Consulta Regional Formal sobre el Reglamento Sanitario Internacional

Informe basado en el documento preparado por la Secretaría de la OMS

[Proyecto de] Plan estratégico mundial quinquenal para mejorar la preparación y respuesta de salud pública

São Paulo, Brasil, del 17 al 19 de julio del 2017

Informe final

Resumen

A continuación se presenta un resumen de las principales inquietudes, observaciones y sugerencias que formularon los Estados Partes de la Región de las Américas en las consultas regionales formales de los años 2015, 2016 y 2017, celebradas con el objetivo de acelerar el examen y la elaboración final del proyecto de plan estratégico mundial quinquenal para mejorar la preparación y respuesta de salud pública y el marco de monitoreo y evaluación del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) por conducto de los órganos de gobierno de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS).

- En cumplimiento del artículo 54, "Presentación de informes y examen", la amplia mayoría de países recomendaron que el marco de monitoreo y evaluación del RSI debería presentarse como un documento independiente, separado del proyecto de plan estratégico mundial quinquenal para mejorar la preparación y respuesta de salud pública, para su consideración y adopción por parte de la 71.ª Asamblea Mundial de la Salud en mayo del 2018, por medio del Consejo Ejecutivo de la OMS en su 142.ª reunión, en enero del 2018.
- En las actividades que realice para definir las versiones futuras del proyecto de plan estratégico mundial quinquenal para mejorar la preparación y respuesta de salud pública en el contexto del proceso consultivo en curso, la Secretaría de la OMS debe tener en cuenta las siguientes consideraciones:
  - En su forma actual, el proyecto de plan estratégico mundial quinquenal para mejorar la preparación y respuesta de salud pública es de naturaleza más operativa que estratégica. Por consiguiente, debe revisarse para que tenga la dimensión estratégica deseada, especialmente con respecto a los pilares estratégicos 2 y 3.
  - *El pilar estratégico 1 (Establecimiento y mantenimiento de las capacidades básicas de los Estados Partes)* debe: i) presentar un marco conceptual que establezca un vínculo

entre las capacidades básicas que se describen en el anexo 1 del RSI y las funciones esenciales de salud pública; y ii) reflejar las amplias variaciones entre los Estados Partes con respecto a la madurez de los sistemas de salud y el estado de aplicación y puesta en práctica del RSI, a fin de dejar atrás de manera expresa el concepto de un "plan nacional dedicado para el RSI" único para todos.

- *El pilar estratégico 2 (Manejo de eventos y cumplimiento) y el pilar estratégico 3 (Medición del progreso y rendición de cuentas)* deben redefinirse porque: *i)* la responsabilidad de demostrar la rendición de cuentas recae exclusivamente en los Estados Partes; *ii)* el marco de monitoreo y evaluación del RSI solo abarca un subconjunto de disposiciones relacionadas con las capacidades básicas; y *iii)* el monitoreo del cumplimiento de las disposiciones establecidas en el RSI que se ha propuesto está restringido a las obligaciones de los Estados Partes según lo dispuesto en el artículo 43

- No se considera necesario formular un plan operativo regional quinquenal independiente, separado de los planes de trabajo bienales de la OPS (2018-2019 y subsiguientes). Además, en la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030 (12) se abordan de manera integral los temas relacionados con el RSI.

- Para poner fin a años de debates dentro de los órganos de gobierno de la OPS y la OMS, es necesario revisar el marco de monitoreo y evaluación del RSI como parte del proceso consultivo en curso. La propuesta que se elaboró en la consulta del 2017 busca encontrar puntos en común aceptables que permitan crear puentes entre las posiciones cada vez más polarizadas de los Estados Partes. Por consiguiente, teniendo en cuenta las observaciones expresadas en las consultas del 2015 y el 2016, el marco de monitoreo y evaluación del RSI debe presentar con respecto a cada uno de sus cuatro componentes: i) la justificación de salud pública y los objetivos; ii) las funciones y responsabilidades de los Estados Partes y la Secretaría de la OMS; iii) la medida en que cada componente complementa los otros componentes, con consideraciones relativas a la costoeficacia; iv) referencias explícitas a las herramientas que se usarán en apoyo del despliegue del componente y el proceso subyacente de elaboración de las herramientas adoptado por la Secretaría de la OMS; v) la frecuencia de ejecución del componente; vi) una descripción del tipo de información que se presentará a la Asamblea Mundial de la Salud al aplicarse el componente; vii) la manera en que la Secretaría de la OMS usará la información producida mediante la aplicación del componente para fundamentar sus actividades de cooperación en los países.

- En términos generales, se aceptó el esquema propuesto por la Oficina para las evaluaciones externas conjuntas de carácter voluntario en la Región de las Américas.

- Siguen siendo válidas las amplias observaciones y sugerencias que hicieron los Estados Partes de la Región en las consultas del 2015 y el 2016 en relación con el proyecto de plan estratégico mundial quinquenal para mejorar la preparación y respuesta de salud pública y con el marco de monitoreo y evaluación del RSI, por lo que la Secretaría de la OMS debería considerarlas como parte del proceso de consulta en curso.

Introducción

1. La "Consulta Regional Formal sobre el Reglamento Sanitario Internacional" (en adelante denominada la "reunión" o la "Consulta") se celebró en São Paulo, Brasil, del 17 al 19 de julio del 2017. El Reglamento Sanitario Internacional se denomina en adelante "RSI" o "Reglamento".

Objetivos

2. En cumplimiento de la decisión WHA70(11),[1] mediante la cual los Estados Miembros de la OMS solicitaron a la Directora General de la OMS "que elabore, en estrecha consulta con los Estados Miembros, en particular a través de los comités regionales, un proyecto de plan estratégico mundial quinquenal para mejorar la preparación y respuesta de salud pública sobre la base de los principios rectores contenidos en el anexo 2 del documento A70/16, y que lo presente para su examen y adopción por la 71.ª Asamblea Mundial de la Salud por conducto del Consejo Ejecutivo en su 142.ª reunión", los objetivos de la Consulta eran los siguientes:

a) contribuir al proceso consultivo mundial para la elaboración del borrador final del "Plan estratégico mundial quinquenal para mejorar la preparación y respuesta de salud pública—Consulta con los Estados Miembros" preparado por la Secretaría de la OMS (en adelante denominado "proyecto de plan estratégico mundial", anexo A);

b) proponer un camino para avanzar en relación con el Marco de monitoreo y evaluación del RSI (en adelante denominado el "Marco");

c) contribuir a la elaboración del plan operativo regional quinquenal para las Américas; y

d) servir de base para las deliberaciones de la 29.ª Conferencia Sanitaria Panamericana/69.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, que tendrá lugar en Washington, D.C., Estados Unidos, del 25 al 29 de septiembre del 2017.

Participantes

3. Se invitó a cada uno de los 35 Estados Partes de la Región a designar dos funcionarios con los siguientes perfiles para participar en la reunión:

a) un funcionario de gobierno encargado de la coordinación intrasectorial e intersectorial de la aplicación del RSI que conociera y comprendiera cabalmente las disposiciones del RSI y los documentos conexos de los Cuerpos Directivos de la OPS y los Órganos Deliberantes de la OMS; y

b) un funcionario de gobierno con facultades decisorias en relación con la aplicación y el cumplimiento del RSI que estuviera informado acerca de los procesos y procedimientos de los Cuerpos Directivos de la OPS y los Órganos Deliberantes de la OMS.

4. En la reunión estuvieron representados treinta (30) Estados Partes (anexo C). Barbados, Cuba, Saint Kitts y Nevis, San Vicente y las Granadinas y Venezuela no pudieron asistir. Además, la Oficina movilizó profesionales de la Región, entre ellos algunos de la Lista

[1] Organización Mundial de la Salud. Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005) [Internet]. 70.ª Asamblea Mundial de la Salud; 22 al 31 de mayo de 2017; Ginebra. Ginebra: OMS; 2017 (decisión WHA70[11]) [consultada el 15 de agosto del 2017]. Se encuentra en http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA70/A70(11)-sp.pdf.

de Expertos del RSI, para facilitar las sesiones de los grupos de trabajo junto con funcionarios de la OPS de cuatro departamentos. La reunión también se benefició de la participación de personal de las representaciones de la OPS/OMS y de la Sede de la OMS.

Métodos de trabajo

5. Se recordó a los participantes en la reunión que la Consulta formaba parte de un proceso consultivo formal mundial, emanado de un mandato que se extendía a los Cuerpos Directivos de la OPS y los Órganos Deliberantes de la OMS. Por consiguiente, a fin de consolidar y formalizar aún más la posición de los países con respecto a los asuntos tratados, era crucial que transmitieran sus observaciones acerca de la reunión a las respectivas delegaciones que asistieran a la 29.ª Conferencia Sanitaria Panamericana/69.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas.

6. La metodología de trabajo adoptada para la reunión consistió principalmente en facilitar las deliberaciones de los grupos de trabajo guiadas por conjuntos comunes de preguntas (25 preguntas en total, anexo E), con la formulación de observaciones en las sesiones plenarias. Se proporcionó interpretación simultánea en los cuatro idiomas oficiales de la OPS en las sesiones plenarias y en algunas sesiones de los grupos de trabajo. El programa de la reunión consta en el anexo D.

7. La Consulta representó la tercera ronda de consultas formales mundiales con los Estados Miembros de la OMS, por medio de los respectivos comités regionales de la OMS, que han tenido lugar desde el 2015, principalmente a raíz de la necesidad de deliberar de manera constructiva sobre asuntos relacionados con el monitoreo y la evaluación del RSI.

a) La Consulta Formal del 2015 (en adelante denominada "Consulta del 2015") se realizó de conformidad con la resolución WHA68.5[2] y se centró en la "Nota conceptual - Desarrollo, monitoreo y evaluación del funcionamiento de la capacidad básica para la implementación del Reglamento Sanitario Internacional (2005)",[3] que constituyó la primera versión del Marco de monitoreo y evaluación del RSI. Las actividades a nivel regional en preparación para el 54.º Consejo Directivo/67.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, que tuvo lugar en Washington, D.C., Estados Unidos, del 28 de septiembre al 2 de octubre del 2015, se realizaron en forma virtual.

b) La Consulta Formal del 2016 (en adelante denominada "Consulta del 2016") se realizó de conformidad con la decisión WHA69(14)[4] y se centró en el "Proyecto de plan mundial de aplicación de las recomendaciones del Comité de Examen sobre el papel del Reglamento Sanitario Internacional (2005) en el brote de ébola y la respuesta que se le ha dado", el cual, al abordar ampliamente los aspectos del monitoreo y la evaluación del Reglamento, estaba estrechamente relacionado con la versión revisada del Marco de monitoreo y evaluación del RSI presentada en la 69.ª Asamblea Mundial de la Salud en mayo del 2016 como anexo del documento A69/20.[5] Contrariamente a

[2] Organización Mundial de la Salud. Informe del Comité de Examen sobre las segundas prórrogas para establecer capacidades nacionales de salud pública y sobre la aplicación del RSI [Internet]. 68.ª Asamblea Mundial de la Salud; 18 al 26 de mayo de 2015; Ginebra. Ginebra: OMS; 2015 (resolución WHA68.5) [consultada el 15 de agosto del 2017]. Se encuentra en http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68/A68_22Add1-sp.pdf?ua=1.

[3] Organización Mundial de la Salud. Nota conceptual. Desarrollo, monitoreo y evaluación del funcionamiento de la capacidad básica para la implementación del Reglamento Sanitario Internacional (2005). OMS; 2015 (?) [consultada el 15 de agosto del 2017]. Se encuentra en http://www.who.int/ihr/publications/concept_note_201407es.pdf?ua=1.

[4] Organización Mundial de la Salud. Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005) [Internet]. 69.ª Asamblea Mundial de la Salud; 23 al 28 de mayo de 2016; Ginebra. Ginebra: OMS; 2016 (decisión WHA69[14]) [consultada el 15 de agosto del 2017]. Se encuentra en http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_DIV3-sp.pdf.

[5] Organización Mundial de la Salud. Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005). Informe anual sobre la

la hoja de ruta establecida en la primera versión, la 69.ª Asamblea Mundial de la Salud simplemente "tomó nota" del Marco de monitoreo y evaluación del RSI y no se solicitó la intervención de la Asamblea. Como parte de las actividades a nivel regional en preparación para el 55.º Consejo Directivo/68.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, que tuvo lugar en Washington, D.C., Estados Unidos, del 26 al 30 de septiembre del 2016, se realizó la "Consulta Regional Formal sobre el Proyecto de plan mundial de aplicación de las recomendaciones del Comité de Examen sobre el papel del Reglamento Sanitario Internacional (2005) en el brote del ébola y la respuesta que se le ha dado". Se trató de una reunión presencial celebrada en Miami, Estados Unidos, del 1 al 3 de agosto del 2016.[6] Los resultados de esa reunión fueron recibido con beneplácito en el 55.º Consejo Directivo/68.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas por medio de la decisión CD55(D5).[7]

c) La Consulta Formal del 2017, celebrada de conformidad con la decisión WHA70(11), se centró en el proyecto de plan estratégico mundial, que ahora incorpora el Marco de monitoreo y evaluación del RSI. Cabe destacar que, según el documento EB140/14,[8] presentado al 140.º Consejo Ejecutivo de la OMS en enero del 2017, el Marco de monitoreo y evaluación del RSI debía presentarse en la 70.ª Asamblea Mundial de la Salud en mayo del 2017 para su consideración y adopción. La versión del proyecto de plan estratégico mundial que se consideró en la reunión era del 3 de julio del 2017 (anexo A, "Plan estratégico mundial quinquenal para mejorar la preparación y respuesta de salud pública—Consulta con los Estados Miembros"). La versión definitiva de este documento, del 1 de agosto del 2017, para presentar en las sesiones de los comités regionales de la OMS en el 2017, se adjunta en el anexo B, "Elaboración de un proyecto de plan estratégico mundial quinquenal para mejorar la preparación y respuesta de salud pública—Consulta con los Estados Miembros". Se informó a los participantes en la reunión acerca de los importantes cambios que se harían en el documento, razón por la cual no se abordaron temas conexos durante la reunión. El Marco de monitoreo y evaluación del RSI presentado en el documento A69/20 fue la base de las deliberaciones durante la reunión.

Estructura del informe

8. El presente informe se compiló sobre la base de las notas tomadas durante las sesiones plenarias y de los grupos de trabajo por personal de la Oficina asignado a esa tarea.

9. El informe consta de las siguientes secciones, que reflejan en términos generales los temas abordados durante las sesiones de los grupos de trabajo:

---

aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005) [Internet]. 69.ª Asamblea Mundial de la Salud; 23 al 28 de mayo de 2016; Ginebra. Ginebra: OMS; 2016 (documento A69/20) [consultado el 15 de agosto del 2017]. Se encuentra en http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_20-sp.pdf.

[6] Organización Panamericana de la Salud. Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) [Internet]. 55.º Consejo Directivo de la OPS, 68.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 26 al 30 de septiembre del 2016; Washington, DC. Washington, DC: OPS; 2016 (documento CD55/12, Rev. 1) [consultado el 15 de agosto del 2017]. Se encuentra en http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=36187&Itemid=270&lang=es.

[7] Organización Panamericana de la Salud. Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) [Internet]. 55.º Consejo Directivo de la OPS, 68.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 26 al 30 de septiembre del 2016; Washington, DC. Washington, DC: OPS; 2016 (decisión CD55[D5]) [consultada el 15 de agosto del 2017]. Se encuentra en http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=37218&Itemid=270&lang=es.

[8] Organización Mundial de la Salud. Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005). Proyecto de plan mundial de aplicación [Internet]. 140.ª reunión del Consejo Ejecutivo; 23 de enero al 1 de febrero de 2017; Ginebra (Suiza). Ginebra: OMS; 2017 (documento EB140/14) [consultado el 22 de agosto del 2017]. Se encuentra en http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB140/B140_14-sp.pdf.

a) Alcance del proyecto de plan estratégico mundial quinquenal

b) Pilar estratégico 1: Establecimiento y mantenimiento de las capacidades básicas de los Estados Partes

c) Pilar estratégico 2: Manejo de eventos y cumplimiento

d) Pilar estratégico 3: Medición del progreso y rendición de cuentas, con énfasis en el Marco de monitoreo y evaluación del RSI

e) Conclusiones

10. Teniendo en cuenta los objetivos de la reunión, se recogió lo siguiente de cada una de las sesiones, según el caso:

a) la concordancia con la posición de los Estados Partes expresada en las consultas del 2015 y el 2016 y su reiteración; y

b) asuntos sobre los cuales se llegó a un acuerdo, ya sea por mayoría o por consenso, en relación con los cuales se justifica proponer la acción de los Cuerpos Directivos de la OPS y los Órganos Deliberantes de la OMS o se requiere la acción de los Estados Partes, la Secretaría de la OMS o la Oficina.

Alcance del proyecto de plan estratégico mundial quinquenal

11. Los participantes llegaron a un acuerdo unánime e insistieron en que las observaciones y sugerencias formuladas en las consultas del 2015 y 2016, incluidas las relacionadas con el Marco de monitoreo y evaluación del RSI, todavía son válidas y que la Secretaría de la OMS debe poner en práctica las recomendaciones conexas.

12. Como ya se expresó en la Consulta del 2016, la gran mayoría de los participantes señalaron que, en cumplimiento del artículo 54 del RSI, el Marco de monitoreo y evaluación del RSI debe presentarse como documento independiente para su consideración y adopción por la Asamblea de la Salud. Por consiguiente, el proyecto de plan estratégico mundial y el Marco de monitoreo y evaluación del RSI deben presentarse en dos documentos separados para su consideración y adopción por la 71.ª Asamblea Mundial de la Salud en mayo del 2018 por conducto del 142.º Consejo Ejecutivo de la OMS de enero del 2018.

13. Aunque se reiteró que dar curso separado a los dos documentos antedichos en lo que respecta a los Órganos Deliberantes de la OMS sería la manera más transparente de proceder por razones tanto legales como prácticas, incluido el hecho de que el proyecto de plan estratégico mundial abarca un período limitado por definición y su alcance es pertinente para la Secretaría de la OMS, en tanto que el Marco de monitoreo y evaluación del RSI, en su forma actual, es pertinente para los Estados Partes, toda posible relación de cualquier tipo entre ambos documentos debe hacerse explícita en el proyecto de plan estratégico mundial. Esta consideración podría justificar también la revisión del principio rector "Vinculación del plan estratégico mundial quinquenal con los requisitos del Reglamento Sanitario Internacional (2005)".

14. Con respecto a la posible introducción de requisitos para los Estados Partes en materia de informes a nivel internacional en relación con el proyecto de plan estratégico mundial, los participantes reiteraron la posición ya expresada en la Consulta del 2016 de que el requisito de que los Estados Partes informen sobre el estado de la aplicación del RSI estaría vinculado únicamente a la introducción prospectiva del Marco de monitoreo y evaluación del RSI. Tal

posición se justifica porque las disposiciones del RSI son mucho más amplias que el alcance del proyecto de plan estratégico mundial. Además, el proyecto de plan estratégico mundial y el Marco de monitoreo y evaluación del RSI incumben a entidades diferentes: la Secretaría de la OMS y los Estados Partes, respectivamente.

15. Los participantes recibieron con beneplácito el hecho de que el proyecto de plan estratégico mundial estuviera configurándose de una manera participativa de acuerdo con lo solicitado por los Estados Partes de las Américas en la Consulta del 2016 y señalaron reiteradamente que la Secretaría de la OMS no tuvo en cuenta los aportes efectuados a lo largo del tiempo para guiar la elaboración del proyecto, los cuales siguen siendo válidos. En el contexto del proceso consultivo en curso se formularon las observaciones fundamentales que constan a continuación sobre las versiones futuras del documento.

a) El proyecto de plan estratégico mundial, a pesar de su título, no tiene una perspectiva amplia y es de una índole más operativa que estratégica. De hecho, refleja las acciones y los resultados del Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS a nivel mundial, presentados en el documento A70/7, "Proyecto de presupuesto por programas 2018-2019",[9] y adoptados por la 70.ª Asamblea Mundial de la Salud, de mayo del 2017, por medio de la resolución WHA70.5.[10] Además, su contenido reitera predominantemente el compromiso de la Secretaría de la OMS de aplicar y cumplir las disposiciones del RSI. Por consiguiente, de conformidad con la decisión WHA70(14), es necesario reconfigurar el proyecto de plan estratégico mundial para que sea fiel a su título y a sus principios rectores, de manera que refleje una visión mundial a largo plazo que represente una aspiración y que al mismo tiempo sea realista, que abarque el desarrollo y la economía, reconociendo explícitamente la heterogeneidad de los contextos nacionales y regionales y tomando como base la información existente acerca de los países y las prioridades regionales, sin tratar de representar una agregación de planes nacionales o regionales.

b) Los títulos del pilar estratégico 2, "Manejo de Eventos y cumplimiento", y del pilar estratégico 3, "Medición del progreso y rendición de cuentas", no están enteramente relacionados con su contenido; en consecuencia, inducen a error semántico y técnico. En el texto no se traslucen las especificidades de los conceptos de "rendición de cuentas", "evaluación y monitoreo de la aplicación del RSI" y "monitoreo del cumplimiento del RSI". Además, el texto evoca un enfoque histórico y conceptualmente compartimentado del RSI. De hecho, la demostración de la rendición de cuentas recae exclusivamente en los Estados Partes; solo el subconjunto de disposiciones relativas a las capacidades básicas detalladas en el anexo 1 del RSI está comprendido en el Marco de monitoreo y evaluación del RSI; y el monitoreo prospectivo del cumplimiento de las disposiciones del RSI está restringido a las obligaciones de los Estados Partes de conformidad con el artículo 43 del RSI (véanse también los apartados *a*) y *d*) del párrafo 59 y el apartado *b*) del párrafo 67).

c) En el proyecto de plan estratégico mundial se deben señalar los criterios utilizados para establecer las prioridades, los hitos, los plazos y los presupuestos y para indicar los mecanismos de monitoreo y evaluación que se aplicarían a la Secretaría de la OMS a nivel mundial.

[9] Organización Mundial de la Salud. Proyecto de presupuesto por programas 2018-2019 [Internet]. 70.ª Asamblea Mundial de la Salud; 22 al 31 de mayo de 2017; Ginebra. Ginebra: OMS; 2017 (documento WHA70/7) [consultado el 22 de agosto del 2017]. Se encuentra en http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA70/A70_7-sp.pdf.

[10] Organización Mundial de la Salud. Presupuesto por programas 2018-2019 [Internet]. 70.ª Asamblea Mundial de la Salud; 22 al 31 de mayo de 2017; Ginebra. Ginebra: OMS; 2017 (resolución WHA70.5) [consultada el 22 de agosto del 2017]. Se encuentra en http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA70/A70_R5-sp.pdf.

d) En el proyecto de plan estratégico mundial se deben presentar los mecanismos mediante los cuales se conecta con el marco de resultados y los requisitos presupuestarios relativos al Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS 2016-2017,[11] con el presupuesto por programas adoptado para 2018-2019 y los ciclos de planificación de la OMS en general, con los planes mundiales conexos (por ejemplo, para la resistencia a los antimicrobianos) y, considerando el principio rector "Alianzas amplias", con otros programas y organizaciones internacionales pertinentes (por ejemplo, el Organismo Internacional de Energía Atómica y la Organización Mundial de Sanidad Animal), a fin de ofrecer un ejemplo concreto de coordinación intersectorial (véase también el apartado *h*) del párrafo 41).

e) El proyecto de plan estratégico mundial, debido a su pertinencia para la Secretaría de la OMS y a su naturaleza estratégica, no debe tratar de representar una agregación de planes regionales, subregionales y nacionales.

16. Con respecto al principio rector "Atención centrada en contextos frágiles", aunque se reiteró que la Secretaría de la OMS debe responder a las necesidades de todos los Estados Partes según las prioridades que ellos establezcan, del proyecto de plan estratégico mundial no se infiere la forma en que el enfoque estratégico mundial prospectivo adoptado por la Secretaría de la OMS para aumentar la capacidad en contextos frágiles diferiría del enfoque utilizado en otros contextos.

17. Aunque los participantes estuvieron de acuerdo en que la determinación de la prioridad de los países para recibir apoyo de la Secretaría de la OMS concuerda con uno de los principios que sustentan el RSI (la comunidad mundial de salud pública es tan fuerte como su eslabón más débil), como ya indicaron los Estados Partes en la Consulta del 2016, hubo consenso en que al proyecto de plan estratégico mundial todavía le falta:

a) una definición de contexto frágil;

b) una descripción del enfoque metodológico para caracterizar los contextos frágiles. Los participantes señalaron que la caracterización de la fragilidad debería tener en cuenta criterios multidimensionales (por ejemplo, políticos, sociales, económicos y ambientales, puntos de entrada, conflictos);

c) una descripción del proceso que vincula la determinación de los contextos frágiles con la determinación de los países prioritarios. Los participantes hicieron diversas sugerencias, desde un análisis DAFO (de debilidades, amenazas, fuerzas y oportunidades) por las autoridades nacionales y la comunicación de los resultados a la Secretaría de la OMS hasta la utilización de la información que la Secretaría de la OMS obtiene de evaluaciones relacionadas con el RSI, evaluaciones de sistemas de salud y actividades relacionadas con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS); y

d) el período durante el cual un país se consideraría prioritario y la cronología de la evaluación y reevaluación del contexto de los países. Los participantes indicaron que los países que no están incluidos en la lista mundial de países prioritarios podrían desviar recursos y atención de áreas de trabajo que son pertinentes para el cumplimiento de las disposiciones del RSI.

18. Los participantes señalaron que las autoridades nacionales de las Américas generalmente son conscientes de los puntos débiles y las necesidades de sus países, así como

[11] World Health Organization. WHO Health Emergencies Programme Results Framework and Budget Requirements 2016-2017. OMS; 2016 [consultado el 15 de agosto del 2017]. Se encuentra en http://www.who.int/about/who_reform/emergency-capacities/emergency-programme-framework-budget.pdf?ua=1.

del hecho de que solo la institucionalización de las capacidades nacionales puede asegurar la sostenibilidad. Eso se considera suficiente como base para configurar iniciativas de cooperación técnica bilaterales o multilaterales. Además, se señalaron las necesidades comunes a toda la Región, entre ellas el fortalecimiento de la capacidad para prepararse y responder a los eventos de salud pública agudos relacionados con peligros químicos o radiológicos y el fortalecimiento de los recursos humanos.

19. Para alcanzar un equilibrio y equidad en la distribución de los recursos entre los países de las Américas, se propuso fortalecer los mecanismos regionales y subregionales.

20. La mayoría de los participantes no consideraron necesario formular un plan operativo regional quinquenal independiente, separado de los planes de trabajo bienales de la OPS (para 2018-2019 y bienios subsiguientes), y opinaron que los mecanismos actuales de la OPS para la planificación y prestación de cooperación técnica son suficientes para dar cabida a las necesidades de los países y absorberlas.

21. Se señaló que en la 29.ª Conferencia Sanitaria Panamericana/69.ª sesión del Comité Regional de la OMS para la Región de las Américas se presentará el plan de trabajo bienal de la OPS 2018-2019[12] para su consideración y adopción. El plan aborda los elementos necesarios para apoyar la aplicación y el cumplimiento del RSI, incluidos los relacionados con el monitoreo y la evaluación.

22. De manera análoga, se observó que los Estados de Miembros de la OPS y la Oficina participaron en el proceso estratégico y político de elaboración de la "Agenda de salud sostenible para las Américas 2018-2030".[13] Este documento, que se presentará para su consideración y adopción en la 29.ª Conferencia Sanitaria Panamericana/69.ª sesión del Comité Regional de la OMS para la Región de las Américas, abarca integralmente la aplicación y el cumplimiento del RSI en el Objetivo 8: Fortalecer la capacidad nacional y regional de preparación, prevención, detección, vigilancia y respuesta a los brotes de enfermedades y las emergencias y los desastres que afectan la salud.

23. Sin embargo, se señaló que las estrategias de cooperación en los países (ECP),[14,15] que deben constituir la base para la elaboración de los planes de trabajo bienales de la OPS, a menudo son negociados exclusivamente por autoridades nacionales de nivel político e intermedio, sin aportes del nivel técnico. Por consiguiente, se sugirió que las ECP se refieran automáticamente al Reglamento a fin de que las prioridades relacionadas estén debidamente representadas.

24. De manera análoga, como ya se indicó en la Consulta del 2016, se señaló que el volumen de la información conexa de los países con que cuentan la Secretaría de la OMS y la Oficina podría aprovecharse mejor para fundamentar las actividades de cooperación técnica con los países.

---

[12] Organización Panamericana de la Salud. Programa y Presupuesto de la OPS 2018-2019. Documento oficial que se presentará en la 29.ª Conferencia Sanitaria Panamericana (documento CSP29/OD354) [consultado el 15 de agosto del 2017]. Se encuentra en http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=41697&Itemid=70&lang=en.

[13] Organización Panamericana de la Salud. Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030. Documento de trabajo que se presentará en la 29.ª Conferencia Sanitaria Panamericana (documento CSP29/6) [consultado el 15 de agosto del 2017].

[14] Organización Panamericana de la Salud. La Estrategia de Cooperación con el País. OPS [consultada el 15 de agosto del 2017]. Se encuentra en http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=2126&Itemid=1849.

[15] Organización Mundial de la Salud. Estrategias de cooperación en los países. OMS [consultado el 15 de agosto del 2017]. Se encuentra en http://who.int/country-cooperation/what-who-does/strategies-and-briefs/es/.

Pilar estratégico 1: Establecimiento y mantenimiento de las capacidades básicas de los Estados Partes

25. En relación con el principio rector "Integración con el sistema de salud" del proyecto de plan estratégico mundial, como ya se indicó en la Consulta del 2016, los participantes reiteraron que el proyecto de plan estratégico mundial debe:

a) presentar un marco conceptual que conecte las capacidades básicas detalladas en el anexo 1 del RSI como funciones esenciales de salud pública; y

b) ser explícito con respecto a las estrategias previstas para promover y desencadenar el paso de las capacidades básicas a las funciones esenciales de salud pública, manteniendo al mismo tiempo una conciencia política suficiente con respecto a los derechos y las obligaciones de los Estados Partes frente a la comunidad internacional de conformidad con las disposiciones del RSI.

26. De manera análoga, como ya se indicó en la Consulta del 2016, los participantes reiteraron que el proyecto de plan estratégico mundial debe reflejar las grandes diferencias entre los Estados Partes con respecto a la madurez de sus sistemas de salud y el estado de la aplicación del RSI. Eso ayudaría a asegurar que cada Estado Parte adopte el modelo más apropiado para mantener las capacidades básicas en el contexto de su sistema de salud y, en consecuencia, fortalecer los enfoques nacionales de la planificación más allá de un "plan nacional exclusivo para el RSI".

27. Los participantes señalaron que las dimensiones de rectoría y gobernanza de la estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud son cruciales para establecer y mantener las capacidades operativas básicas. Las dimensiones de rectoría y gobernanza robustas no solo implican marcos jurídicos, de planificación y de financiamiento eficientes para las funciones esenciales de salud pública, sino que también conducen a la creación de oportunidades para aumentar o mantener un alto grado de concientización acerca del RSI en los niveles políticos. Por consiguiente, en el contexto del fortalecimiento de los sistemas de salud, hay que dar prioridad a las actividades orientadas a consolidar la rectoría y la gobernanza.

28. Se reconoció que la capacidad de los Estados Partes para mantener las capacidades básicas depende de lo siguiente:

a) Es necesario que las autoridades nacionales comprendan que el RSI no es una nueva disciplina técnica sino una herramienta para apoyar el fortalecimiento continuo de las funciones esenciales de salud pública, que consiste en normas que en su mayoría ya existen y que, en distinta medida, ya se aplican en el sistema de salud. Por extensión, esto les permite a los Estados Partes aplicar y cumplir el Reglamento y contribuir a la salud pública mundial.

b) La planificación nacional debe ser eficiente, idealmente con recursos obtenidos con antelación, con mecanismos para coordinar los planes entre diferentes sectores y con mecanismos de monitoreo y evaluación.

c) Los mecanismos nacionales de asignación de recursos deben ser eficientes. Se reconoció que, actualmente, los recursos financieros nacionales son escasos y que la asignación de fondos para responder a emergencias relacionadas con la salud, a emergencias de cualquier clase o a nuevas prioridades políticas está desviando fondos programáticos asignados en términos generales a la salud pública.

En relación con los puntos *a)*, *b)* y *c)*, se formularon las siguientes sugerencias como opciones para asegurar la sostenibilidad de las capacidades básicas detalladas en el anexo 1 del RSI:

i. Se debería examinar el uso de técnicas de mercadeo social para convencer a los encargados de las decisiones y a los políticos, en particular:

   - destacar los aspectos preventivos derivados de la aplicación y el cumplimiento del RSI, que reducirían al mínimo las consecuencias económicas negativas de los eventos de salud pública agudos para el turismo y el comercio internacionales; adquirir la capacidad para demostrar los costos de la respuesta a los eventos de salud pública agudos; analizar la relación costo-efectividad de los estudios de casos con respecto al manejo de eventos de salud pública agudos para presentarlos a las instancias decisorias a fin de mejorar la asignación y gestión de los recursos financieros antes que se produzcan eventos de salud pública agudos; explicar a las instancias decisorias que la ausencia de eventos de salud pública agudos representa un éxito resultante de inversiones de capital y la asignación sostenida de recursos financieros con fines programáticos y, en consecuencia, no se justificaría reducir o interrumpir la dotación de fondos;
   - demostrar los elementos en común y las sinergias de los compromisos internacionales asumidos por los países (el RSI, los ODS, el Marco de Sendai para la Reducción del Riesgo de Desastres), la medida en que ya se están cumpliendo con las acciones e intervenciones nacionales sin necesidad de crear estructuras institucionales nuevas y la necesidad de asegurar que se asignen recursos y posiblemente se los incremente para que se puedan cumplir esos compromisos y obligaciones internacionales.

ii. La representación exacta de las capacidades básicas en el proceso de presupuestación programática permitiría no solo que se asignaran fondos suficientes, sino también que se los destinara a fines específicos. Con ese fin, en el proceso de planificación debería participar simultáneamente personal de los departamentos de planificación de los ministerios de salud junto con personal de otros departamentos con funciones relacionadas con la aplicación y el cumplimiento de las disposiciones del RSI.

iii. Los procesos actuales de planificación y presupuestación no programáticas, como los relacionados con la gestión de riesgos y el sistema nacional de emergencias, podrían usarse mejor con fines programáticos.

iv. Se justifica la acción a nivel nacional para buscar recursos financieros en el país, más allá del sector de la salud y del sector público.

v. Habría que establecer mecanismos para asegurar la rendición de cuentas y la transparencia a fin de que, a pesar de los cambios de gobierno y de autoridades, haya mayores probabilidades de continuidad en la asignación de recursos financieros al demostrar la correlación entre las promesas y los resultados obtenidos.

d) Debe haber un marco jurídico nacional compatible con las disposiciones del RSI, que abarque todas las instituciones de distintos sectores, con responsabilidades con respecto a la aplicación y el cumplimiento del Reglamento. A pesar de que han transcurrido 10 años desde la entrada en vigor del RSI, los Estados Partes todavía

están teniendo grandes dificultades para ajustar su marco jurídico nacional, lo cual se considera que reduce en gran medida su posibilidad de mantener las capacidades básicas.

e) Es necesario trabajar con las autoridades locales en los distintos niveles administrativos y sectores. Se considera que la sostenibilidad de las capacidades a nivel local está profundamente vinculada a la disponibilidad de suficientes profesionales de la salud con una capacitación adecuada. Asimismo, se considera que el sistema federal de algunos Estados Partes de las Américas es un factor que podría obstaculizar la sostenibilidad de las capacidades básicas.

f) Se necesitan mecanismos para fomentar y mantener las interacciones intersectoriales (véase también el párrafo 33).

29. La presentación del marco conceptual que conecta las capacidades básicas y las funciones esenciales de salud pública en el proyecto de plan estratégico mundial permitiría al sector de la salud:

a) simplificar y hacer más coherentes y eficientes sus procesos internos de planificación y asignación de recursos;

b) concretar las capacidades básicas, especialmente a nivel subnacional, incluso en los estados federales; y

c) trabajar con otros sectores a fin de ampliar el sentido de pertenencia del RSI y promover el concepto de que el RSI no constituye una disciplina o un fin en sí mismo.

30. En relación con los principios rectores “Implicación de los países” e “Integración con el sistema de salud” y recalcando los beneficios previstos de encuadrar claramente las capacidades básicas detalladas en el anexo 1 del RSI como funciones esenciales de salud pública a fin de mejorar la capacidad de los Estados Partes para aplicar y cumplir las disposiciones del RSI, los participantes destacaron su compromiso con el RSI como asunto de Estado, cuya principal razón de ser está arraigada en instituciones nacionales robustas para garantizar su sostenibilidad.

31. Los participantes expresaron inquietudes con respecto a la posibilidad de que la Secretaría de la OMS o la Oficina introduzcan diferentes métodos para medir la situación de las capacidades básicas detalladas en el anexo 1 del RSI y las funciones esenciales de salud pública, y pidieron a la Secretaría de la OMS y a la Oficina que dieran la máxima consideración posible a este aspecto. La Oficina indicó que se está trabajando para pasar de la aplicación de métodos de medición cuantitativos a las funciones esenciales de salud pública a un enfoque cualitativo que procura estimular la transformación de los sistemas de salud hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud.

32. En relación con el principio rector “Enfoque intersectorial” se señalaron los siguientes retos relacionados con la búsqueda y la activación de mecanismos intersectoriales:

a) el sentido desigual de pertenencia del RSI en los distintos sectores;

b) la poca conciencia y reconocimiento de los beneficios mutuos de la planificación y las intervenciones intersectoriales conjuntas;

c) pocas oportunidades para encontrar áreas de interés común para distintos sectores que puedan llevar a la búsqueda de sinergias;

d) la falta de mecanismos de planificación y presupuestación integrados para hacer un uso sinérgico de los recursos disponibles, así como de los mecanismos para la movilización conjunta de recursos;

e) la falta de presupuesto para que todos los sectores cumplan sus responsabilidades con respecto a la aplicación de las disposiciones del RSI situadas dentro de su ámbito de competencia; y

f) la existencia de prioridades en pugna en los diferentes sectores en un contexto de escasez de recursos humanos y financieros.

33. A fin de superar los retos relacionados con los aspectos programáticos y de manejo de emergencias de las interacciones intersectoriales, se sugirió lo siguiente:

a) llevar a cabo actividades proactivas y sistemáticas de concientización orientadas a los niveles políticos y decisorios de todos los sectores antes de que se produzcan crisis (por ejemplo, reuniones periódicas para fomentar la participación del nivel político de distintos sectores);

b) señalar de manera extensa e integral las instituciones gubernamentales con responsabilidades directas o indirectas relacionadas con el establecimiento y mantenimiento de las capacidades básicas, incluida la caracterización de sus respectivos recursos financieros y no financieros;

c) fomentar la participación de otros sectores, además del sector de la salud, en la elaboración de los principales documentos estratégicos y programáticos del ministerio de salud, así como en sus actividades periódicas de planificación y presupuestación para hacer un uso sinérgico de los recursos disponibles y, posiblemente, movilizar más recursos;

d) comunicar eficazmente las actividades y los logros de la salud pública en todos los sectores a fin de mantener un mayor grado de conciencia y apoyar las actividades de movilización de recursos. En particular, se justifica una acción para explicar a los ministerios de hacienda el valor agregado financiero de la salud pública y, a la industria del turismo, las posibles consecuencias económicas de no aplicar y cumplir el RSI;

e) en virtud de su perspectiva privilegiada de la salud internacional, así como de sus relaciones con las organizaciones internacionales, los ministerios de relaciones exteriores podrían ser intermediarios eficaces de mecanismos intersectoriales nacionales relacionados con la aplicación y el cumplimiento del Reglamento, incluso para la planificación intersectorial conjunta a nivel nacional;

f) establecer nuevamente o activar un órgano institucional intersectorial que se encargue, entre otras cosas, del monitoreo de la situación de las capacidades básicas, teniendo en cuenta la ejecución de planes institucionales pertinentes en distintos sectores, mediante el uso de indicadores generados por los respectivos mecanismos institucionales de monitoreo y evaluación, y que esté facultado para tomar medidas correctivas;

g) realizar un ejercicio intersectorial anual basado en la colaboración para cumplir las disposiciones del RSI relacionadas con los informes internacionales acerca del estado de aplicación del Reglamento, preparando el informe anual de los Estados Partes que debe presentarse a la Asamblea Mundial de la Salud o participando en otros ejercicios voluntarios descritos en el Marco de monitoreo y evaluación del RSI, como exámenes posteriores a la acción, ejercicios de simulación y evaluaciones externas conjuntas,

que también podrían constituir una oportunidad para la participación del nivel político en todos los sectores; y

h) fortalecer los mecanismos de comunicación de riesgos en toda la Región para posibilitar la activación de mecanismos intersectoriales.

34. Aunque se señaló que, en algunos Estados Partes de la Región, el apoyo técnico, financiero y de promoción de la causa de la Oficina ha facilitado el establecimiento y el mantenimiento de capacidades básicas y que este apoyo debe continuar, los participantes indicaron que las actividades de cooperación técnica de la Oficina deben:

a) extenderse a áreas técnicas tradicionalmente relacionadas con la pericia en sistemas de salud con objeto de facilitar la participación de las autoridades nacionales a cargo de los servicios de salud en el proceso de planificación de la salud pública;

b) centrarse en la elaboración de planes estratégicos para asegurar la sostenibilidad de un personal de salud adecuado;

c) ayudar a superar las divergencias políticas entre sectores, incluso a nivel subnacional;

d) centrarse en la elaboración de una nota informativa que describa modelos y mecanismos para facilitar la colaboración intersectorial a nivel nacional, ya que un documento de ese tipo podría servir también para la promoción de la causa;

e) proporcionar a los Estados Partes información más detallada obtenida de los informes anuales de los Estados Partes en relación con el RSI a la Asamblea Mundial de la Salud para estimular el proceso de planificación intersectorial a nivel nacional y los intercambios de buenas prácticas entre Estados Partes, así como para catalizar iniciativas de cooperación bilaterales o entre varios países (véanse también el párrafo 77 y el apartado *c*), inciso *ii*), del párrafo 39);

f) promover el intercambio de información y buenas prácticas entre Estados Partes y facilitar la formación de redes para aumentar la capacidad y el acceso a asociados; y

g) preconizar las ventajas de la colaboración intersectorial con respecto a:

   i. otras organizaciones internacionales, como la Organización Mundial del Comercio (OMC), asegurando que comprendan claramente los objetivos y el alcance multisectorial del Reglamento e invitándolas a trabajar con sus homólogas nacionales sobre la base de las disposiciones del RSI; y

   ii. los mecanismos de integración económica subregional, asegurando que el RSI constituya un punto permanente en el orden del día de estos foros en los más altos niveles.

Pilar estratégico 2: Manejo de eventos y cumplimiento

Centro Nacional de Enlace para el RSI

35. Durante la reunión, la Oficina recalcó reiteradamente que, a nivel nacional, los tres componentes que hacen que las bases institucionales sean conducentes para la aplicación y el cumplimiento del Reglamento son:

a) el apoyo político sostenido;

b) la coordinación y supervisión por una entidad institucional con poder de convocatoria intersectorial, acceso a las instancias decisorias en distintos sectores y conocimiento y

comprensión integral de los derechos y las obligaciones de los Estados Partes de conformidad con el RSI y otros acuerdos internacionales conexos; y

c) arreglos operativos, como los relacionados con los centros nacionales de enlace y el manejo de eventos de salud pública agudos.

53. Las funciones de los centros nacionales de enlace, que son exclusivamente de comunicación operativa, corresponden a la última categoría. En ese sentido, la Oficina recalcó que las funciones del centro nacional de enlace desempeñadas por la entidad institucional designada, a menos que se justifique sobre la base de análisis institucionales y operativos meticulosos, **no** incluyen lo siguiente:

a) crear una entidad institucional ad hoc;

b) coordinar y supervisar la aplicación y el cumplimiento del RSI;

c) desempeñar funciones de vigilancia de la salud pública;

d) desempeñar la función de alerta temprana de salud pública, sino más bien recibir las señales generadas por diferentes sistemas de vigilancia, incluidos los basados en eventos, de distintos sectores;

e) realizar evaluaciones de riesgos relacionados con eventos de salud pública agudos;

f) aplicar el instrumento de decisión que consta en el anexo 2 del RSI para trabajar con la OMS, por medio de los Puntos de Contacto para el RSI a nivel de Oficina Regional, en el manejo de eventos de salud pública agudos;

g) coordinar las operaciones de respuesta; y

h) asignar un espacio físico dedicado exclusivamente a las funciones de los centros nacionales de enlace.

36. A pesar de que el artículo 4 del Reglamento es una de las pocas disposiciones del RSI que dan claramente el mandato de atribuir funciones institucionales, los participantes reiteraron los retos que los Estados Partes enfrentan continuamente en el desempeño de las funciones de los centros nacionales de enlace para el RSI.

37. Aunque las funciones de los centros nacionales de enlace en 33 de los 35 Estados Partes de las Américas están a cargo de la entidad institucional que se ocupa directamente de la epidemiología de las enfermedades transmisibles o que tiene funciones estrechamente relacionadas con este tema, como ya se recalcó en ocasión de la Consulta del 2016, se reconoció que la gobernanza de los centros nacionales de enlace, su posicionamiento institucional y su estructura, sustentadas en una condición jurídica y funciones apropiadas, varían mucho entre países, dentro y fuera de la Región. Un Centro Nacional de Enlace puede ser desde una persona con varias responsabilidades, entre ellas la función permanente de Centro Nacional de Enlace, hasta una unidad institucional con un espacio físico y personal propio. También se reconoció que, para consolidar las funciones de los centros nacionales de enlace, se necesita un equilibrio delicado con respecto a su posicionamiento institucional, incluidas las consideraciones acerca de si se debe dar más prioridad a la conectividad institucional que a los conocimientos técnicos especializados y en qué medida, teniendo en cuenta también el tamaño y la estructura administrativa del país. De manera análoga, hubo acuerdo en el sentido de que, aunque una posición institucional alta para el Centro Nacional de Enlace puede facilitar su acceso a las instancias decisorias, también puede poner en peligro su continuidad y comunicación operativa al exponerlo a influencias políticas y cambios políticos.

38. Durante los últimos 10 años, los centros nacionales de enlace han informado que enfrentan los mismos retos en cuanto a su gobernanza, lo cual posiblemente sea una señal de la necesidad de un examen minucioso de su posicionamiento institucional y funcionamiento en la Región. Estos problemas, que se examinaron más a fondo en la reunión, son los siguientes:

a) Según se informa, las funciones obligatorias del Centro Nacional de Enlace detalladas en el artículo 4 del RSI no se comprenden con claridad en todos los Estados Partes, especialmente en los más altos niveles institucionales. Por consiguiente, aunque en los Estados Partes pequeños una misma entidad institucional por lo general desempeña las funciones de los centros nacionales de enlace y de coordinación y supervisión del RSI, persiste la necesidad de que la Secretaría de la OMS y la Oficina aclaren las funciones obligatorias de los centros nacionales de enlace.

b) La necesidad de que los centros nacionales de enlace cuenten con respaldo político para posicionarse estratégicamente a nivel institucional a fin de tener influencia a nivel intersectorial y aun así mantener la independencia técnica al intercambiar información en cumplimiento de los mecanismos institucionales de aprobación no está acompañada del nivel deseado de conciencia, conocimiento y comprensión en niveles jerárquicos más altos, incluido el nivel político.

c) Las deficiencias persistentes del marco jurídico nacional en relación con las funciones de los centros nacionales de enlace constituyen otro obstáculo para su funcionamiento eficiente y eficaz.

d) La falta de claridad con respecto al alcance de las funciones obligatorias de los centros nacionales de enlace plantea dificultades para asignar un presupuesto adecuado. Se señaló que, desde el punto de vista de la prevención, las inversiones adecuadas y la asignación sostenida de recursos para fortalecer y mantener las capacidades básicas detalladas en el anexo 1 del RSI probablemente conduzcan a una reducción del presupuesto para las funciones de los centros nacionales de enlace.

e) Todavía no resulta claro, a nivel nacional, que las funciones de los centros nacionales de enlace, que deben desempeñarse permanentemente, no pueden estar a cargo de una sola persona sino que deben estar distribuidas entre un grupo de funcionarios con acceso a los medios de comunicación necesarios. Con ese fin, se sugirió que en el Marco de monitoreo y evaluación del RSI se puedan indicar los Estados Partes donde las funciones de los centros nacionales de enlace están a cargo de un solo profesional.

f) La dotación de personal para las funciones permanentes de los centros nacionales de enlace sigue siendo difícil por varias razones, entre ellas la escasez real de recursos humanos, la multiplicidad de tareas que los funcionarios tienen a su cargo además de las funciones de los centros nacionales de enlace, la falta de arreglos jurídicos y contractuales que dispongan el suministro permanente de estos servicios y el nivel inadecuado de capacitación de los responsables de las funciones de los centros nacionales de enlace debido a la transición y el recambio de personal.

g) No siempre se cuenta con medios de comunicación adecuados en todo momento debido a la falta de acceso a líneas telefónicas internacionales, que en algunos casos deben justificarse anualmente en el presupuesto, y debido a la falta de cobertura adecuada de internet, especialmente en países grandes. Se señaló que, en algunos casos, las funciones de los centros nacionales de enlace tienden a equipararse con la existencia de un centro físico de operaciones que pueda facilitar logísticamente la comunicación, pero de ninguna manera debería considerarse como un sustituto de las

funciones de un centro de operaciones de emergencia ni debería haber una superposición de funciones.

h) En toda la Región, la conectividad intrasectorial y, más visiblemente, la conectividad intersectorial de los centros nacionales de enlace se considera subóptima y causa demoras en la comunicación debido a:

   i. la falta de conocimiento y conciencia de las obligaciones y las posibles implicaciones para el Estado Parte con respecto a los intercambios de información con la comunidad internacional de salud pública sobre eventos de salud pública agudos;

   ii. la falta de procedimientos internos para aprobar la interacción o el intercambio de información con la OMS por medio de los Puntos de Contacto para el RSI a nivel de Oficina Regional y con otros Estados Partes, lo cual podría interferir en las actividades de comunicación de riesgos y con los medios de comunicación relacionadas con cualquier evento de salud pública agudo dado; y

   iii. la falta o insuficiencia de procedimientos para el intercambio de información, particularmente en lo que se requiere a las señales de alerta temprana, la interpretación uniforme de la información y la complejidad de las numerosas capas institucionales que es necesario conectar, especialmente en los países federales o con territorios de ultramar.

i) La capacidad para ampliar la escala de las funciones del Centro Nacional de Enlace durante una situación de emergencia interna o una emergencia de salud pública de importancia internacional es insuficiente o inexistente. De manera análoga, los procedimientos para trasladar temporalmente las funciones de los centros nacionales de enlace a otra institución en el contexto de la activación de una estructura nacional de manejo de emergencias, asegurando al mismo tiempo que se sigan abordando asuntos que no estén relacionados con la emergencia, son insuficientes o inexistentes. A falta de procedimientos, las interacciones entre los centros nacionales de enlace y los equipos de respuesta siguen siendo difíciles (véase también el párrafo 53).

j) La red de centros nacionales de enlace no se utiliza de manera óptima ni es totalmente eficiente para la comunicación horizontal entre Estados Partes.

k) Aunque se valoró el apoyo de la Oficina para fortalecer las funciones de los centros nacionales de enlace y aumentar la conciencia al respecto, se consideró que el asesoramiento proporcionado era prescriptivo y no siempre compatible con las leyes y la normativa nacionales.

39. Además de las observaciones y sugerencias formuladas en la Consulta del 2016, los participantes reiteraron la necesidad de que el proyecto de plan estratégico mundial:

a) presente las funciones del Centro Nacional de Enlace, junto con los requisitos mínimos en materia jurídica, presupuestaria, operativa y de recursos humanos que conduzcan a su sostenibilidad;

b) presente las estrategias que la Secretaría de la OMS tiene la intención de adoptar para aumentar la conciencia política a nivel nacional a fin de fortalecer el posicionamiento de los centros nacionales de enlace en el contexto de los arreglos intersectoriales para el manejo de eventos de salud pública agudos;

c) señale las estrategias para reforzar los mecanismos que los Estados Partes pueden usar con el fin de ejercer presión entre pares, para fomentar la confianza entre los Estados

Partes, para mejorar el sentido de titularidad del país y para estimular las actividades bilaterales de aumento de la capacidad entre Estados Partes. Con ese fin se sugirió lo siguiente:

i. establecer mecanismos para fortalecer la comunicación horizontal y el intercambio de información entre centros nacionales de enlace; y

ii. establecer una comunidad de práctica virtual para los centros nacionales de enlace (por ejemplo, intercambio de buenas prácticas y de enseñanzas en cuanto a la coordinación interna). Aunque sería sumamente aconsejable que la comunidad de práctica fuese mundial, los participantes indicaron que las Américas deben probar este enfoque con un proyecto piloto (véanse también los apartados *e*) y *f*) del párrafo 34);

d) incluya explícitamente la actualización del documento de la OMS "Guía para el Centro Nacional de Enlace para el RSI"[16] y su ampliación para abarcar el funcionamiento de los centros nacionales de enlace durante emergencias;

e) describa el proceso para la asignación de prioridades y la elaboración de documentos de orientación técnica que la Secretaría de la OMS tiene la intención de preparar. Esto es necesario porque, en la Consulta del 2016, los Estados Partes de las Américas indicaron que, dada las grandes diferencias de capacidad entre las regiones de la OMS, todo documento de orientación de la Secretaría de la OMS debía producirse a nivel regional para asegurar que el contenido sea apropiado para el contexto y, en consecuencia, prevenir contratiempos en las regiones y los Estados Partes de la OMS donde la capacidad de los centros nacionales de enlace ya está afianzada y sus funciones se comprenden bien; y

f) describa el enfoque estratégico de la capacitación que se necesita para distintos destinatarios (por ejemplo, funcionarios nacionales que desempeñan con carácter permanente las funciones de los centros nacionales de enlace, funcionarios a nivel subnacional y personal de la Secretaría de la OMS en la representación) e indique específicamente el uso que se dará a la plataforma abierta de transferencia de conocimientos de la OMS en la web para mejorar la respuesta a emergencias sanitarias[17] y la plataforma de la OMS para el aprendizaje sobre seguridad sanitaria en el contexto del RSI.[18]

40. Los participantes reconocieron que el apoyo proporcionado por la Oficina a lo largo de los años para fortalecer las funciones de los centros nacionales de enlace va mucho más allá del alcance actual del proyecto de plan estratégico mundial. Se propuso que la Oficina prosiga las actividades de cooperación técnica en curso y se formularon sugerencias para ampliarlas, entre ellas las siguientes:

a) Mantener una mayor conciencia de las autoridades nacionales en los más altos niveles y en distintos sectores acerca de las funciones de los centros nacionales de enlace y la necesidad de asignar suficientes recursos.

b) Apoyar a los centros nacionales de enlaces en el desempeño de sus funciones obligatorias de las siguientes formas:

[16] Organización Mundial de la Salud. Guía para el Centro Nacional de Enlace para el RSI. OMS; 2009 (?) [consultada el 15 de agosto del 2017]. Se encuentra en http://www.who.int/ihr/Spanish2.pdf.
[17] World Health Organization. OpenWHO web-based, knowledge-transfer platform for improving the response to health emergencies. OMS [consultada el 15 de agosto del 2017]. Se encuentra en https://openwho.org/courses.
[18] World Health Organization. WHO Health Security learning Platform in the context of the IHR. OMS [consultada el 15 de agosto del 2017]. Se encuentra en https://extranet.who.int/hslp/training/.

i. proporcionando capacitación a los encargados de las funciones de los centros nacionales de enlace así como a los funcionarios de gobierno que forman parte de los trayectos de intercambio de información relacionados con los centros nacionales de enlace. Además de la sostenibilidad limitada de las actividades de capacitación en epidemiología a nivel subnacional en particular, se señaló que los programas de capacitación en epidemiología no abordan necesariamente las funciones y operaciones de los centros nacionales de enlace;

ii. examinando los procedimientos nacionales para los centros nacionales de enlace. Algunos participantes, a pesar de que destacaron la diversidad de contextos institucionales en que operan los centros nacionales de enlace en toda la Región, sugirieron que se normalicen los procedimientos operativos de los centros nacionales de enlace en la Región y fuera de ella;

iii. apoyando el intercambio de experiencias entre homólogos por medio de visitas técnicas; y

iv. fomentado el intercambio de información y buenas prácticas entre homólogos en los centros nacionales de enlace.

c) Organizar reuniones regionales anuales de centros nacionales de enlace para fomentar la confianza y como mecanismo para ejercer presión social.

d) Recordando que, en la Consulta del 2016, los Estados Partes de la Región indicaron que los documentos de orientación de la Secretaría de la OMS debían prepararse a nivel regional a fin de que el contenido fuese apropiado para el contexto, es necesario mejorar los documentos de orientación técnica y operativa de la Oficina, incluso con respecto a:

i. la función de los centros nacionales de enlace en el manejo de eventos de salud pública agudos;

ii. el flujo de información entre los centros nacionales de enlace y los niveles subnacionales;

iii. el flujo de información entre todas las instituciones nacionales que puedan participar en el manejo de eventos de salud pública agudos que puedan ser o que sean de importancia internacional;

iv. el flujo de información entre los centros nacionales de enlace, las representaciones de la OPS/OMS y el Punto de Contacto de la OMS para el RSI, a cargo de la Oficina, ya que se considera que facilita la interacción con los medios de comunicación;

v. la relación institucional y operativa entre los centros nacionales de enlace y el Centro de Operaciones de Emergencia; y

vi. la difusión de modelos adoptados por los Estados Partes que se consideren funcionales con respecto al posicionamiento de los centros nacionales de enlace en el contexto de arreglos intersectoriales para el manejo de eventos de salud pública agudos.

e) Aunque se señaló la necesidad de mejorar el flujo de información entre los Estados Partes y el Punto de Contacto de la OMS para el RSI, la Región de las Américas, como pionera, debe explorar el uso de medios de comunicación más innovadores relación con los eventos de salud pública agudos, como WhatsApp.

Manejo de eventos de salud pública agudos

41. En el proyecto de plan estratégico mundial no se presenta ningún enfoque estratégico relacionado con el manejo de eventos de salud pública agudos. Solo se reitera el compromiso de la Secretaría de la OMS de aplicar y cumplir las disposiciones pertinentes del RSI y se hace referencia a una herramienta operativa: la plataforma Epidemic Intelligence from Open Sources [inteligencia epidémica a partir de fuentes de acceso abierto]. Por consiguiente, para que el proyecto de plan estratégico mundial tenga la amplitud estratégica deseada, a continuación se formulan observaciones y sugerencias pertinentes, incluidas las expresadas en la Consulta del 2016. El proyecto de plan estratégico mundial debe:

a) asegurar que el foco estratégico sea la forma en que la Secretaría de la OMS se propone proporcionar cooperación técnica para fortalecer a los Estados Partes y no exclusivamente el fortalecimiento de la Secretaría de la OMS en sí;

b) asegurar que el enfoque estratégico relacionado con el manejo de eventos de salud pública agudos se presente en el contexto de la asignación sostenible de recursos para fortalecer y mantener las capacidades básicas nacionales, lo cual debería constituir la prioridad estratégica del proyecto de plan estratégico mundial, como requisito previo para el manejo de eventos de salud pública agudos;

c) abordar el proceso de evaluación de riesgos relacionados con los eventos de salud pública agudos como una responsabilidad compartida de los Estados Partes y la Secretaría de la OMS;

d) proporcionar indicaciones de la forma en que se fortalecerá el proceso de evaluación de riesgos, que es continuo y reiterativo, como resultado del enfoque de abajo arriba y presentar pruebas que respalden este enfoque;

e) proporcionar indicaciones de la forma en que la Secretaría de la OMS se propone mejorar la transparencia en lo que se refiere a la formulación de recomendaciones temporales cuando se declare una emergencia de salud pública de importancia internacional y dar seguimiento al cumplimiento de tales recomendaciones y a su derogación;

f) proporcionar indicaciones de la forma en que la OMS se propone mejorar la comunicación relacionada con eventos de salud pública agudos en los tres niveles institucionales de la Secretaría de la OMS;

g) formular estrategias para abogar sistemáticamente por la necesidad de transparencia a nivel político, en vista de que, en un contexto de rápidos cambios en el panorama político nacional, los Estados Partes posiblemente no sean propensos a revelar información; y

h) como ya se recalcó en el apartado *d*) del párrafo 15, proporcionar indicaciones de la forma en que la Secretaría de la OMS se propone convertirse en un ejemplo concreto de coordinación intersectorial.

42. Como base para la revisión del proyecto de plan estratégico mundial, los participantes formularon consideraciones adicionales, tanto generales como específicas, con respecto a las fases diferentes pero superpuestas del manejo de eventos de salud pública agudos.

43. A pesar de que la finalidad y el alcance del RSI se refieren al manejo de eventos de salud pública agudos que podrían tener implicaciones internacionales para la salud pública y que hay otros marcos internacionales complementarios para el manejo de desastres, los participantes hicieron un llamado para que las disposiciones del RSI se apliquen de una

manera más amplia y uniforme a eventos tales como la prolongada crisis migratoria actual, que no es aguda en sentido estricto.

44. La coordinación intrasectorial e intersectorial entre las instituciones nacionales que intervienen en el manejo de eventos de salud pública agudos es el principal cuello de botella experimentado a nivel nacional en todos los procesos de manejo de eventos de salud pública agudo. A continuación se señalan los retos y se presentan sugerencias para superarlos:

a) A nivel nacional no se conoce bien la obligación de notificar eventos de salud pública agudos o riesgos a nivel internacional que son pertinentes para diferentes instituciones nacionales. Los conocimientos relacionados con los canales de comunicación utilizados son igualmente escasos. Por consiguiente, se sugirió que:

   i. la Secretaría de la OMS compile, mantenga actualizadas y publique en su sitio seguro de información sobre eventos las listas de centros nacionales de enlace (o su equivalente) con las obligaciones internacionales relativas a la notificación a otras organizaciones internacionales (por ejemplo, el OIEA, la OIE y la Red Internacional de Autoridades de la Inocuidad de los Alimentos [INFOSAN]);

   ii. los centros nacionales de enlace también compilen y mantengan actualizada la lista de instituciones nacionales que tienen la obligación de presentar informes internacionales;

   iii. todo informe internacional preparado por cualquier institución nacional en cumplimiento de sus obligaciones de notificación internacional se transmita sistemáticamente a los puntos focales (o su equivalente) a nivel nacional; y

   iv. los funcionarios pertinentes de distintos sectores nivel nacional reciban capacitación conjunta.

b) Es necesario que las autoridades nacionales coordinen en diferentes sectores la compilación y el mantenimiento de una lista de expertos nacionales a quienes se pueda consultar para el manejo de eventos de salud pública agudos. En las áreas en las cuales no haya expertos en el país se debería solicitar el aporte y la facilitación de la Oficina.

45. Con respecto a la detección de eventos, los participantes reconocieron la contribución de la plataforma de Red Mundial de Información sobre Salud Pública (RMISP). Se expresaron inquietudes con respecto a la detección de eventos relacionados con peligros no infecciosos (por ejemplo, peligros químicos y relativos a la radiación), que parecen tardar más en detectarse. De manera análoga, se expresó preocupación con respecto a la capacidad para dar seguimiento a la detección de eventos de salud inusuales en el contexto de una emergencia de salud pública, sea nacional o internacional, cuando la capacidad en materia de laboratorios podría ser menor.

46. Con respecto a la evaluación de riesgos relacionados con eventos, los participantes tendieron a considerarla como una actividad excepcional y a equipararla directamente con la capacidad para predecir la propagación internacional de cualquier riesgo para la salud pública, en vez de tener en cuenta que la evaluación de riesgos es un proceso continuo y reiterativo que debe contextualizarse según las intervenciones de salud pública adoptadas para responder a un evento dado.

47. Aunque el método cualitativo de evaluación de riesgos relacionados con eventos que se producen en el territorio nacional se considera satisfactorio en general, los participantes

señalaron la necesidad de herramientas que permitan usar un enfoque menos empírico, así como para la aplicación del anexo 2.

48. Se recalcó que, aunque es común que se haga una evaluación de riesgos en relación con los eventos de salud pública agudos que se producen en el territorio de un país dado, para los eventos de salud pública agudos que se producen en otros lugares la evaluación de riesgos realizada por la Secretaría de la OMS se considera insuficiente y es necesario dotar a los Estados Partes de los medios para realizar su propia evaluación.

49. Los participantes indicaron que, a pesar de la acción conjunta de los Estados Partes y la Secretaría de la OMS para realizar conjuntamente la evaluación de riesgos relacionados con eventos, las conclusiones a las que llegan las partes no siempre coinciden. Por consiguiente, los participantes considerarían la publicación de observaciones adicionales sobre el proceso de evaluación de riesgos relacionados con cualquier evento de salud pública agudo en el sitio seguro de información sobre eventos como signo de una mayor transparencia de la Secretaría de la OMS.

50. Con respecto al intercambio de información relacionada con eventos, los participantes pidieron una mayor transparencia de la Secretaría de la OMS, indicando específicamente que sería sumamente aconsejable que la Secretaría de la OMS proporcionara información acerca de los eventos de salud pública agudos que se estuvieran monitoreando en cuanto tomara conocimiento de ellos, independientemente de la fuente de información.

51. Recordando que, en la Consulta del 2016, los Estados Partes de las Américas destacaron que la información sobre eventos de salud pública agudos proporcionada por la Secretaría de la OMS por medio de los canales existentes (por ejemplo, el sitio de información sobre eventos) debería tener un alcance de más largo plazo, estar mejor estructurada, estar clasificada según el riesgo teniendo en cuenta también la gravedad de un evento y ser más explícita en cuanto a las medidas de salud pública específicas que se considere apropiado que los Estados Partes tomen, los participantes recalcaron que, especialmente para los Estados Partes más pequeños, la información colocada en el sitio de información sobre eventos es la fuente primaria de información sobre epidemias que se producen fuera de su territorio (véase también el apartado *e*) del párrafo 60).

52. A pesar de que en el artículo 4 del RSI se da a los centros nacionales de enlace el mandato de "difundir información a las unidades pertinentes de la administración del Estado Parte de que se trate, incluidas las responsables de la vigilancia y la presentación de informes, los puntos de entrada, los servicios de salud pública, los dispensarios y hospitales y otros departamentos del gobierno, y recibir información de ellas", los participantes expresaron dudas infundadas sobre si la información colocada en el sitio de información sobre eventos puede darse a conocer a homólogos nacionales. Además, se señaló que hay que mejorar la gestión y la difusión de la información a nivel nacional, especialmente para evitar la concentración de información difundida por canales establecidos en cumplimiento de las disposiciones del RSI en un número muy pequeño de funcionarios o en uno solo.

53. En varias ocasiones durante la reunión, los participantes dieron a entender que los intercambios de información entre Estados Partes y entre Estados Partes y la Secretaría de la OMS deberían efectuarse por medio de plataformas interactivas. Con respecto a la respuesta a eventos de salud pública agudos, los participantes reiteraron la necesidad de aclarar los procedimientos para el intercambio de información entre los centros nacionales de enlace y los equipos de respuesta desplegados en el terreno (véase también el inciso *i*) del párrafo 38).

54. Los participantes indicaron que no tenían conocimiento de la plataforma Epidemic Intelligence from Open Sources (EIOS) [inteligencia epidémica a partir de fuentes de acceso abierto] situada en la web que se menciona en el proyecto de plan estratégico mundial y que se incluye como uno de los materiales a entregar en el proyecto de presupuesto por programas de la OMS aprobado para 2018-2019.

55. Se aclaró que la Secretaría de la OMS estaba desarrollando la plataforma EIOS en la web para mejorar su propia capacidad de manejo de eventos y contar con el nivel deseado de redundancia para las actividades a nivel mundial en el ámbito de la información especial sobre epidemias; que la plataforma se propone integrar componentes de detección de eventos y evaluación de riesgos, posibilitando también su contextualización sobre la base de parámetros más refinados; y que la plataforma se centra en los peligros infecciosos.

56. Aunque la plataforma EIOS en la web es para uso de la Secretaría de la OMS, los participantes indicaron que, previendo que esta plataforma podría tener cierta utilidad a nivel nacional, se justificaría introducirla posteriormente a nivel de país, a pesar de los retos inherentes de una herramienta mundial para responder a todas las necesidades de un país dado. Los participantes indicaron que, si la Secretaría de la OMS planea desplegar en los países la plataforma EIOS situada en la web:

a) se debe dar a los Estados Partes la oportunidad de contribuir al diseño de la plataforma a fin de establecer las reglas para la interacción entre la Secretaría de la OMS y los Estados Partes y asegurar que se tengan en cuenta y se aborden debidamente los aspectos de naturaleza legal, así como los relacionados con la seguridad y confidencialidad de los datos; y

b) reiterando la necesidad de adoptar un enfoque menos empírico y más basado en la evidencia para la evaluación de riesgos relacionados con eventos, el componente de evaluación de riesgos de la plataforma EIOS en la web sería de interés particular para los Estados Partes de las Américas. Por consiguiente, se hicieron sugerencias sobre los atributos y las funcionalidades de la plataforma para que pueda aceptarse y usarse a nivel nacional. La plataforma debería:

    i. estar disponible en todos los idiomas oficiales de la OMS;

    ii. ampliar su alcance a fin de abarcar todos los peligros, no solamente los infecciosos;

    iii. ser fácil de usar y estar conectada al sistema de información sobre eventos;

    iv. calificar el riesgo según el contexto;

    v. contar con funcionalidades de mapeo;

    vi. no requerir una labor onerosa de entrada de datos por los usuarios a nivel nacional para realizar actividades de evaluación de riesgos adaptadas a su situación particular, ya que hay preocupaciones acerca del riesgo de duplicar las actividades de vigilancia; y

    vii. permitir que las autoridades nacionales concedan acceso a la plataforma a los usuarios a nivel nacional que consideren apropiados, incluso fuera del sector de la salud.

Medidas sanitarias adicionales

57. Las medidas de salud pública para manejar un evento de salud pública agudo en curso se ajustan y adoptan dinámicamente como resultado del proceso continuo y reiterativo de evaluación de riesgos. Por consiguiente, se observó con satisfacción que, tal como se sugiriera en la Consulta del 2016, en el proyecto de plan estratégico mundial se abordan otras medidas de salud mencionadas en el artículo 43 del RSI de una manera holística, abarcando las adoptadas no solo en relación con una emergencia de salud pública de importancia internacional, sino en cualquier circunstancia.

58. En el proyecto de plan estratégico mundial no se presenta ningún enfoque estratégico relacionado con el monitoreo y el manejo de medidas sanitarias adicionales. Por consiguiente, para que el proyecto de plan estratégico mundial tenga la amplitud estratégica deseada, a continuación formulan observaciones y sugerencias a este respecto, entre ellas las expresadas en la Consulta del 2016.

59. A pesar de los derechos soberanos de cualquier país, en vista de los retos experimentados a nivel nacional que están obstaculizando la aplicación del artículo 43, el proyecto de plan estratégico mundial debe:

a) presentar el método para dar seguimiento al cumplimiento de las disposiciones del RSI en su totalidad, es decir, sin concentrarse de manera restrictiva en disposiciones particulares, como el artículo 43, ni en los Estados Partes solamente (véanse también el apartado *b*) del párrafo 15 y el apartado *d*) del párrafo 59);

b) con la meta fundamental de superar el tratamiento asimétrico de diferentes Estados Partes por la Secretaría de la OMS y, en consecuencia, mejorar la transparencia, señalar los pasos y la cronología del proceso consultivo con los Estados Partes para establecer un proceso estandarizado para el monitoreo y el manejo de medidas sanitarias adicionales, incluidos temas relacionados con la transparencia de las interacciones entre la Secretaría de la OMS y cualquier Estado Parte. Cabe destacar que en la reunión se presentó un borrador de diagrama de flujo de un proceso para el monitoreo y el manejo de medidas sanitarias adicionales elaborado por la Secretaría de la OMS en la Sede;

c) proporcionar orientaciones estratégicas para catalizar el diálogo entre áreas técnicas de las diferentes entidades institucionales a cargo del RSI y el nivel político, incluida la oficina de relaciones externas o internacionales del Ministerio de Salud y el Ministerio de Relaciones Exteriores, que, por definición, tiene interacciones privilegiadas con organizaciones internacionales. A tal efecto se señaló que la adopción de ciertas medidas de salud pública podría remitirse a la Organización Mundial del Comercio (OMC). Sin embargo, sigue poco clara la forma en que el sector de la salud desencadenaría procedimientos que podrían llegar a la OMC y la forma en que la Secretaría de la OMS está interactuando con la OMC;

d) abordar explícitamente la solución de controversias, a la cual se refiere el artículo 56 del RSI, y explicar la estrategia de la Secretaría de la OMS para promover el diálogo entre Estados Partes y con la Secretaría de la OMS en relación con la aplicación y el cumplimiento no solo del artículo 43 sino de todas las disposiciones del RSI. Se señaló que el diálogo bilateral entre los Estados Partes está implícito tanto en el artículo 56 (“En caso de que se produzca una controversia entre dos o más Estados Partes acerca de la interpretación o la aplicación del presente Reglamento, los Estados Partes en cuestión tratarán de resolverla en primer lugar negociando entre ellos o de cualquier otra forma pacífica que elijan, incluidos los buenos oficios, la mediación o la conciliación”) como en el artículo 43 (“Sin perjuicio de los derechos que le amparen

en virtud del artículo 56, un Estado Parte afectado por una medida adoptada […] podrá pedir al Estado Parte que la aplica que mantenga consultas con él. La finalidad de esas consultas es […] encontrar una solución aceptable para ambos"; véanse también el apartado *b*) del párrafo 15 y el apartado *a*) del párrafo 59); y

e) explicar en mayor detalle la forma en que la Secretaría de la OMS promovería el uso de la diplomacia sanitaria en relación con la aplicación de los artículos 43 y 56 en distintos niveles: bilateral; subregional y regional, por medio de los mecanismos de integración económica; y multilateral, por medio de la Secretaría de la OMS. Se entiende que, en aras de la uniformidad y la transparencia, esto requeriría un equilibrio delicado entre la rigidez de un proceso estandarizado y la flexibilidad de la diplomacia sanitaria. De manera análoga, se reconoció que la aplicación del artículo 56 del RSI, que rara vez se invoca, es una señal de un enfoque reactivo de la salud pública.

60. Aunque se recalcó el derecho soberano de todos los Estados Partes, los participantes reiteraron las dificultades experimentadas a nivel nacional que están obstaculizando la aplicación del artículo 43 y formularon las siguientes observaciones con el ánimo de superarlas:

a) La legislación nacional vigente (por ejemplo, las leyes de cuarentena) pueden impedir que los Estados Partes cumplan el artículo 43.

b) Un Estado Parte podría estar verdaderamente desprevenido para manejar un riesgo para la salud pública sin poner en peligro la seguridad nacional (por ejemplo, los Estados Partes que habían solicitado prórrogas de manera transparente) y estar expuesto además a presiones indebidas de otros Estados Partes o de la Secretaría de la OMS para que levante las medidas.

c) La percepción del riesgo a nivel técnico y político, en los países y entre ellos, podría ser diferente como consecuencia de una evaluación de riesgos basada en criterios diferentes.

d) La percepción del riesgo y la presión pública suelen llevar a la adopción de medidas por instancias decisorias políticas haciendo caso omiso de las pruebas científicas.

e) El asesoramiento proporcionado por la Secretaría de la OMS en el sitio de información sobre eventos con respecto a las medidas de salud pública anunciadas en relación con eventos de salud pública agudos y, en particular, las recomendaciones temporales relacionadas con la declaración de una emergencia de salud pública de importancia internacional no se presentan junto con pruebas científicas que los respalden. Además, en las recomendaciones temporales no siempre se especifican los subconjuntos de Estados Partes a los cuales se aplican ni su justificación, no siempre se elaboran a fondo teniendo en cuenta la factibilidad de su ejecución y no incorporan mecanismos para vigilar el cumplimiento. Este enfoque se considera ambiguo y, a menos que se rectifique, se considera que fomenta un enfoque reactivo de la adopción de medidas de salud pública por las autoridades nacionales. Los participantes reiteraron que, a medida que un evento de salud pública agudo va tomando forma, el uso por la Secretaría de la OMS de un método de clasificación del riesgo que exprese las implicaciones nacionales, subregionales, regionales y mundiales prevalentes para la salud pública contribuiría sustancialmente al ajuste de las medidas de salud pública adoptadas por las autoridades nacionales (véase también el párrafo 51).

f) Recordando que no hay ninguna disposición en el Reglamento que dé a la Secretaría de la OMS el mandato de monitorear de manera proactiva las posibles medidas sanitarias adicionales usando fuentes informales de información y que, según el

artículo 43, los Estados Partes deben presentar pruebas científicas que respalden la adopción de medidas sanitarias adicionales, se formularon las siguientes sugerencias para moldear el proceso estandarizado de monitoreo y manejo de las medidas sanitarias adicionales:

i. Hay que explicitar los criterios que deben aplicar los Estados Partes y la Secretaría de la OMS para determinar si una medida "debería" o "podría" considerarse como una medida sanitaria adicional. Se señaló que la necesidad de que los Estados Partes mejoren su capacidad para evaluar los riesgos relacionados con un evento de salud pública agudo se extiende también a las medidas sanitarias adicionales, en particular en cuanto a su capacidad para determinar con exactitud el impacto real o potencial que una medida pueda tener en los viajes y el comercio internacionales.

ii. En el informe anual conjunto de los Estados Partes y la Secretaría de la OMS a la Asamblea Mundial de la Salud sobre la aplicación del RSI se debería indicar qué Estados Partes adoptaron medidas sanitarias adicionales, especificando los eventos de salud pública, agudos o no, que hayan desencadenado la adopción de esas medidas.

iii. Se debe considerar la posibilidad de ofrecer incentivos a los Estados Partes que cumplan el artículo 43.

Grupos consultivos de expertos

61. En el proyecto de plan estratégico mundial todavía se prevé el establecimiento del Grupo Consultivo Técnico de Expertos en Peligros Infecciosos. Por consiguiente, se recordó que, en la Consulta del 2016, los Estados Partes de las Américas expresaron preocupación acerca del establecimiento de un grupo consultivo científico de expertos en riesgos infecciosos debido a los recursos que habría que invertir en la creación de otra estructura de sostenibilidad incierta, la posibilidad de una duplicación de funciones del ámbito de competencia de los comités de emergencias y los comités de examen del RSI y la posibilidad de obstaculizar el proceso de evaluación de riesgos de eventos de salud pública agudos, que es dinámico por definición y debe ser operacionalmente ágil para servir de base para una respuesta eficaz.

62. En relación con la pregunta 18 (véase el anexo E), cuya finalidad era estimular el debate durante la reunión, los participantes señalaron que la pregunta era en gran medida redundante, ya que, de acuerdo con el artículo 47 del RSI, las siguientes disposiciones del Reglamento de los cuadros y comités de expertos[19] de la OMS se aplican a:

a) la Lista de Expertos del RSI: "En la selección de miembros de los cuadros de expertos el Director General tendrá en cuenta, en primer lugar, la capacidad técnica y la experiencia de los expertos, pero procurará asimismo que en los cuadros tengan una representación internacional lo más amplia posible […]. Alentará la presentación de candidaturas de expertos de países en desarrollo y de todas las regiones"; y

b) los comités de expertos: "[…] el Director General elegirá, de uno o más cuadros de expertos, a los miembros de un comité de expertos, basándose en los principios de la distribución geográfica equitativa, el equilibrio entre los sexos, el equilibrio entre el número de expertos que pertenezcan a países desarrollados y el de los que pertenezcan a países en desarrollo, la representación de diferentes tendencias de opinión, métodos

[19] Organización Mundial de la Salud. Reglamento de los cuadros y comités de expertos. OMS [consultado el 15 de agosto del 2017]. Se encuentra en http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf.

aplicables y tipos de experiencia en las distintas partes del mundo, y la búsqueda del debido equilibrio entre las diversas disciplinas".

63. No obstante, en el curso de las deliberaciones se señaló que varios asuntos relacionados con la interpretación y aplicación del artículo 47 sobre la composición de la Lista de Expertos del RSI siguen poco claros a nivel nacional y deben ser aclarados por la Secretaría de la OMS o la Oficina. Entre esos asuntos cabe señalar los siguientes:

a) La finalidad de la Lista de Expertos del RSI. Hay que recordar que la Lista de Expertos del RSI es la fuente primaria de expertos entre los cuales se elige a los integrantes de los comités de emergencias y los comités de examen del RSI, que son nombrados asesores del Director General de OMS. En calidad de tales, los miembros de la Lista de Expertos del RSI no proporcionan asesoramiento directamente a los Estados Partes ni son movilizados por ellos.

b) La composición y los integrantes de la Lista de Expertos del RSI. Hay que recordar que los integrantes de la Lista de Expertos del RSI pueden ser propuestos por la Secretaría de la OMS, en cuyo caso los expertos deben contar con la aprobación de sus respectivas autoridades nacionales; por organizaciones intergubernamentales y de integración económica regional pertinentes; o por Estados Partes. Los miembros de la Lista de Expertos del RSI tienen un mandato de cuatro años que puede renovarse cuatro veces.

c) Los procedimientos relacionados con la administración de la Lista de Expertos del RSI. Hay que recordar que, fuera del artículo 47 del RSI, la Secretaría de la OMS no ha establecido procedimientos escritos que rijan las interacciones entre los Estados Partes, los expertos y la Secretaría de la OMS y que detallen todos los pasos administrativos que se aplican a los Estados Partes, los expertos y la Secretaría de la OMS.

d) La publicación de la Lista de Expertos del RSI. La Secretaría de la OMS publica periódicamente la lista en el portal del sitio de información sobre eventos.[20]

64. Se recordó que, de acuerdo con el artículo 47 del RSI, cada Estado Parte tiene derecho a designar un experto para la Lista, de manera tal que, si se viera afectado por un evento de salud pública agudo que desencadene la convocatoria de un Comité de Emergencias, el Estado Parte pueda defender su estrategia en vez de que la Secretaría de la OMS recomiende unilateralmente medidas de salud pública que pudieran tener efectos adversos innecesarios en el Estado Parte. Idealmente, un experto designado por un Estado Parte debe poseer tanto pericia técnica como la capacidad de argumentar a favor de la posición del Estado Parte. A la fecha de la reunión, nueve de los 35 Estados Partes de las Américas habían designado su experto. Además, los Estados Partes pueden proponer, para someter a la consideración de la Secretaría de la OMS, otros expertos para la Lista de Expertos del RSI debido a su experiencia y pericia técnica.

65. Los participantes también expresaron preocupación por la transparencia del modus operandi de la Lista de Expertos del RSI y los comités de emergencias y los comités de examen del RSI:

[20] World Health Organization. Event Information Site for National IHR Focal Points. OMS [consultado el 15 de agosto del 2017, correspondiente a la actualización de la Lista de Expertos del RSI publicada en diciembre del 2016]. Se encuentra en http://apps.who.int/ihr/eventinformation/system/files/IHRRoster-December2016.pdf.

a) Coherencia de la Secretaría de la OMS al incluir expertos designados por los Estados Partes como miembros del Comité de Emergencias del RSI que está considerando un evento de salud pública agudo en el Estado Parte de origen.

b) Aunque los expertos incluidos en la Lista de Expertos del RSI a propuesta de la Secretaría de la OMS no representan a su país de origen cuando se los selecciona como miembros de los comités de emergencias y los comités de examen del RSI, algunos Estados Partes podrían tener objeciones con respecto a su selección y quieren saber cómo deben comunicarlas a la Secretaría de la OMS.

c) Coherencia de la Secretaría de la OMS en cuanto al anuncio de los integrantes de los comités de emergencias y los comités de examen. Se observó que, tras las críticas dirigidas a la Secretaría de la OMS por no haberlo hecho cuando se convocó el Comité de Examen acerca del funcionamiento del Reglamento Sanitario Internacional (2005) en relación con la pandemia por virus (H1N1) 2009, siempre se han revelado los miembros de otros comités de emergencias y comités de examen del RSI Emergencia del RSI y los Comités de Examen convocados con posterioridad.

66. En vista de los retos y las inquietudes antedichos, es necesario que la Secretaría de la OMS o la Oficina proporcione a los Estados Partes:

a) información acerca de las funciones de la Lista de Expertos del RSI y los comités de emergencias y los comités de examen del RSI;

b) procedimientos detallados para la administración de la Lista de Expertos del RSI; y

c) recordatorios regulares del derecho de los Estados Partes a designar un experto para la Lista.

Pilar estratégico 3: Medición del progreso y rendición de cuentas, con énfasis en el Marco de monitoreo y evaluación del RSI

67. Tal como se indica en el apartado sobre el alcance del proyecto de plan estratégico mundial:

a) Reiterando las observaciones ya expresadas en la Consulta del 2016, la gran mayoría de los participantes indicaron que, en cumplimiento del artículo 54 del Reglamento, el Marco de monitoreo y evaluación del RSI debe presentarse como documento independiente para su consideración y adopción por la 71.ª Asamblea Mundial de la Salud, en mayo del 2018, por conducto del 142.º Consejo Ejecutivo, de enero del 2018.

b) Hay que reconsiderar el título y el contenido del pilar estratégico 2, Manejo de eventos y cumplimiento, y del pilar estratégico 3, Medición del progreso y rendición de cuentas. Por consiguiente, en el proyecto de plan estratégico mundial se debe definir y especificar la distinción entre el monitoreo y la evaluación, así como entre el monitoreo de la aplicación del RSI y el monitoreo del cumplimiento del RSI (véase también el apartado *b*) del párrafo 15).

c) Los participantes estuvieron de acuerdo por unanimidad e insistieron en que las observaciones sobre el Marco de monitoreo y evaluación del RSI formuladas en las consultas del 2015 y el 2016 todavía son válidas y que la Secretaría de la OMS debe poner en práctica las recomendaciones conexas.

d) El Marco de monitoreo y evaluación del RSI refleja un enfoque un enfoque histórico y conceptualmente compartimentado del RSI, con el cual la demostración de la rendición de cuentas recae exclusivamente en los Estados Partes y solo el subconjunto de disposiciones relativas a las capacidades básicas detalladas en el anexo 1 del RSI está comprendido en el marco propuesto. Por consiguiente, la Secretaría de la OMS debería considerar la posibilidad de complementar el Marco de monitoreo y evaluación del RSI con otros componentes que abarquen el RSI en su totalidad y con componentes que se apliquen a la Secretaría de la OMS.

68. Recordando que, de conformidad con la resolución WHA68.5, el Marco de monitoreo y evaluación del RSI gira alrededor de cuatro componentes:

a) *uno obligatorio*: los informes anuales de los Estados Partes; y

b) *tres voluntarios*:

i. el examen posterior a la acción;

ii. los ejercicios de simulación; y

iii. la evaluación externa conjunta.

Durante las deliberaciones se dieron por sentados los principios que sustentan el Marco de monitoreo y evaluación del RSI: titularidad del país, rendición de cuentas mutua, fomento de la confianza, transparencia y ejercicio de aprendizaje colectivo.

69. Se señaló que, aunque las actividades de monitoreo y evaluación son importantes para asegurar la rendición de cuentas entre los Estados Partes, los beneficiarios primarios de tales esfuerzos deben seguir siendo los propios Estados Partes. De manera análoga, mientras que las actividades de monitoreo y evaluación constituyen una buena práctica de salud pública, los esfuerzos de los Estados Partes y la Secretaría de la OMS a este respecto no deben representar una prioridad exclusiva, sino que la Secretaría de la OMS debe prestar al menos la misma atención a actividades más sustanciales de formación de capacidad a nivel nacional, encaminadas a mejorar la sostenibilidad. Además, los participantes señalaron que, desde el 2015, la Secretaría de la OMS ha centrado sus actividades casi exclusivamente en un componente voluntario del Marco de monitoreo y evaluación del RSI: las evaluaciones externas conjuntas.

70. Se señaló que algunas de las controversias en torno a componentes específicos del Marco de monitoreo y evaluación del RSI que se suscitaron durante las deliberaciones de la 70.ª Asamblea Mundial de la Salud, en mayo del 2017, y que en último término llevaron a la adopción de la decisión WHA70(11), giraban en torno a la sugerencia de que el Marco de monitoreo y evaluación del RSI que se presente para la consideración y adopción por la Asamblea de la Salud contuviera herramientas específicas para cada uno de sus cuatro componentes. A este respecto, como ya se indicó en la Consulta del 2016, los participantes coincidieron en que el Marco de monitoreo y evaluación del RSI que se presente para la consideración y adopción por la Asamblea de la Salud debe ser un documento de políticas y que, aprovechando el proceso consultivo en curso, debe ser objeto de una revisión más minuciosa por los Estados Partes.

71. Teniendo en cuenta que el artículo 54 del RSI ("Los Estados Partes y el Director General informarán a la Asamblea de la Salud sobre la aplicación del presente Reglamento según decida la Asamblea de la Salud") no restringe el alcance de las deliberaciones de la Asamblea de la Salud relacionadas con la presentación de informes, y en vista de las sensibilidades en torno al Marco de monitoreo y evaluación del RSI, las posiciones que se

perfilaron durante la reunión demostraron la voluntad constructiva de los Estados Partes representados por los participantes de buscar un punto de convergencia para que el Marco de monitoreo y evaluación del RSI tuviera una base de gobernanza sólida, de manera tal que se pudiera llegar a un cierre institucional.

72. Por consiguiente, también teniendo en cuenta las observaciones y sugerencias expresadas en la Consulta del 2016, en el Marco de monitoreo y evaluación del RSI se debe indicar lo siguiente para cada uno de sus cuatro componentes:

a) una justificación y los objetivos de salud pública;

b) las funciones y responsabilidades de los Estados Partes y la Secretaría de la OMS;

c) la medida en que complementa los otros componentes y consideraciones conexas desde el punto de vista de la costoeficacia;

d) referencias explícitas a las herramientas para facilitar la introducción del componente específico y al proceso en que se basa su desarrollo adoptado por la Secretaría de la OMS. Aunque no hubo consenso entre los participantes debido a la posibilidad de retrasos adicionales, vale la pena mencionar que, junto con el Marco de monitoreo y evaluación del RSI, la Secretaría de la OMS debería considerar la posibilidad de presentar a la Asamblea de la Salud, para su consideración y adopción, la herramienta relacionada con el componente de informes anuales obligatorios;

e) la frecuencia de su aplicación;

f) una descripción de la información que se presentará a la Asamblea de la Salud resultante de la aplicación del componente específico; y

g) la forma en que la Secretaría de la OMS usará la información producida mediante la aplicación del componente específico como base para sus actividades de cooperación en los países.

73. Además, según las Recomendaciones del Comité de Examen sobre las segundas prórrogas para establecer capacidades nacionales de salud pública y sobre la aplicación del RSI, adoptadas por medio de la resolución WHA68.5, "[…] la Secretaría, a través de mecanismos consultivos regionales, debe definir posibles fórmulas para pasar de la autoevaluación exclusiva a métodos […]. 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 las sugerencias formuladas por los Estados Partes de las Américas en la Consulta del 2016, los participantes recalcaron lo siguiente:

a) En vista de la diversidad de Estados Partes, en el Marco de monitoreo y evaluación del RSI se debe indicar explícitamente que las Oficinas Regionales de la OMS deben determinar su aplicación y que hay que dar flexibilidad a los Estados Partes para que el Marco sea beneficioso a nivel nacional. Los participantes también señalaron que posiblemente sea necesario que la Oficina efectúe más aclaraciones técnicas en relación con el Marco, ya que podría haber ambigüedades como consecuencia de la traducción del inglés a los demás idiomas oficiales de la OMS y la OPS.

b) La Secretaría de la OMS debe proporcionar a las Oficinas Regionales y, por conducto de ellas, a los Estados Partes las herramientas que se están creando para apoyar el despliegue del Marco de monitoreo y evaluación del RSI. Las herramientas deben darse a conocer con tiempo suficiente para considerarlas antes de su despliegue, en los

seis idiomas oficiales de la OMS. Cabe señalar que, como se indica en el proyecto de plan estratégico mundial, al invocar el artículo 44 del Reglamento, la Secretaría de la OMS está arrogándose el mandato de crear herramientas relacionadas con el Marco de monitoreo y evaluación del RSI. Sin embargo, en vista del artículo 54 del RSI, la resolución WHA68.5 y, en particular, los resultados de las consultas regionales formales realizadas por medio de los comités regionales de la OMS en el 2015 y 2016, no corresponde aplicar el artículo 44 a las circunstancias en las cuales se presentan informes: "La OMS colaborará con los Estados Partes en la medida de lo posible[, previa solicitud,][21] para: a) la evaluación y estimación de sus capacidades en la esfera de la salud pública para facilitar la aplicación efectiva del presente Reglamento".

c) En el Marco de monitoreo y evaluación del RSI se deben especificar las sinergias y relaciones con mecanismos de monitoreo conexos auspiciados por otras organizaciones internacionales.

74. Los participantes indicaron que, si por alguna razón en las versiones subsiguientes del proyecto de plan estratégico mundial se hace referencia al Marco de monitoreo y evaluación del RSI, sus cuatro componentes deberían estar igualmente representados, a fin de mantener la uniformidad, indicando su naturaleza (obligatoria o voluntaria) y agregando referencias a las herramientas pertinentes.

75. Los participantes indicaron que la Oficina debe desarrollar y probar a título piloto mecanismos de rendición de cuentas que abarquen todas las disposiciones del RSI que se apliquen a la Oficina Sanitaria Panamericana en calidad de Oficina Regional de la OMS para la Región de las Américas.

Informes anuales obligatorios de los Estados Partes

76. Recordando que el informe anual de los Estados Partes, basado en un cuestionario autoadministrado, es el único componente obligatorio del actual proyecto de Marco de monitoreo y evaluación del RSI, los participantes reiteraron las preocupaciones y sugerencias expresadas en las consultas del 2015 y 2016. En particular, las deficiencias de la herramienta que se usa actualmente, junto con las deficiencias de los métodos de medición derivados, justifican un examen minucioso y una reconsideración por la Secretaría de la OMS, teniendo en cuenta lo siguiente:

a) la necesidad de asegurar que los cuatro componentes del Marco de monitoreo y evaluación del RSI sean verdaderamente complementarios, al basarse en metodologías diferentes, y no tengan como finalidad generar información redundante. Esta consideración se aplica especialmente a la complementariedad de los componentes de informes anuales de los Estados Partes y evaluaciones externas conjuntas; y

b) la necesidad de que la herramienta sea más concisa y de que los métodos de medición se basen en un sistema graduado de calificación. La herramienta debe ser más concisa y los métodos de medición deben basarse en un sistema graduado de calificación. Se informó a los participantes que estos temas se trataron en la reunión técnica interna de la OMS sobre el Marco de monitoreo y evaluación del RSI después del 2016, que tuvo lugar en Nueva Delhi, India, del 1 al 4 de noviembre del 2016, y en la reunión técnica interna de la OMS sobre la herramienta para la presentación de informes anuales, que se realizó en Ginebra, Suiza, del 15 al 17 de marzo del 2017. Aunque el trabajo de

[21] Traducción oficiosa de la frase correspondiente en la tercera edición del Reglamento Sanitario Internacional (2005) en inglés. Esta frase no figura en la tercera edición del Reglamento Sanitario Internacional (2005) en español.

elaboración de la herramienta todavía no ha concluido, en la reunión se presentaron algunos elementos del proyecto de herramienta revisada:

i. las capacidades básicas revisadas, que se superponen solo en parte con las áreas técnicas de la evaluación externa conjunta;

ii. el sistema de clasificación codificado con colores, que sigue basándose en porcentajes; y

iii. el hecho de que la herramienta revisada es más grande que el cuestionario que se usa actualmente para presentar los informes anuales de los Estados Partes a la Asamblea de la Salud.

c) A fin de aumentar al máximo los beneficios y reducir al mínimo las controversias a nivel nacional, la Secretaría de la OMS debe proporcionar algún mecanismo para asegurar la coherencia y continuidad entre la herramienta que se usa actualmente para presentar los informes anuales de los Estados Partes a la Asamblea de la Salud.

77. Recordando que la información regional y de cada país relacionada con los indicadores y el puntaje asignado a las capacidades básicas se encuentra en la página web[22] de la Sede de la OMS, los participantes pidieron por unanimidad a la Oficina que, en aras de la máxima transparencia, pusiera a disposición de los Estados Partes de la Región los informes anuales de los Estados Partes en su totalidad (véase también el apartado *e*) del párrafo 34).

Exámenes voluntarios posteriores a la acción

78. Recordando que los Estados Partes de las Américas propugnaron desde el principio la inclusión de exámenes posteriores a la acción en el Marco de monitoreo y evaluación del RSI (Reunión Regional en las Américas sobre la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional, Buenos Aires, Argentina, 29 y 30 de abril del 2014), se informó a los participantes que los exámenes posteriores a la acción se abordaron en la reunión técnica interna de la OMS sobre el Marco de monitoreo y evaluación del RSI después del 2016, que tuvo lugar en Nueva Delhi, India, del 1 al 4 noviembre del 2016. A pesar de los esfuerzos realizados por la Oficina para transmitir a la Secretaría de la OMS los aportes recibidos de la Región desde el 2014, incluidos los de las consultas del 2015 y 2016, la Secretaría de la OMS elaboró recientemente dos documentos técnicos sobre este tema sin tener en cuenta los acuerdos alcanzados en dicha reunión técnica interna de la OMS y las contribuciones de las Américas en particular.

79. Por consiguiente, en concordancia con las consideraciones en torno a los exámenes posteriores a la acción expresadas a su inicio, a saber, que se trata de una herramienta no solo para asegurar la rendición de cuentas entre Estados Partes sino también para ejercer presión entre pares y para facilitar el aprendizaje colectivo, los participantes coincidieron en que una plataforma interactiva en la web debe ser la base para la realización de exámenes voluntarios posteriores a la acción como parte del Marco de monitoreo y evaluación del RSI y debería probarse a título piloto en las Américas. En eso quedaba implícito que, como parte del proceso continuo de preparativos de salud pública en el plano nacional, las autoridades nacionales y locales deben realizar sistemáticamente exámenes posteriores a la acción después de cualquier evento de salud pública agudo.

[22] World Health Organization. Global Health Observatory (GHO) data. OMS [consultado el 15 de agosto del 2017]. Se encuentra en http://www.who.int/gho/ihr/en/.

80. Los participantes indicaron que las Américas están técnicamente equipadas, incluso desde el punto de vista de la TI en la Oficina, para hacer una prueba piloto con los exámenes posteriores a la acción por medio de una plataforma interactiva segura en la web. Al entrar en la plataforma interactiva en la web, los Estados Partes estarían indicando su voluntad de realizar exámenes posteriores a la acción en el contexto del Marco de monitoreo y evaluación del RSI.

Ejercicios voluntarios de simulación

81. Los participantes destacaron que las simulaciones deben ser ante todo pertinentes y útiles para los países participantes. Por consiguiente, los requisitos en materia de informes a la Asamblea de la Salud deben considerarse subsidiarios. Además, se señaló que los exámenes posteriores a la acción deben tener prelación respecto de los ejercicios de simulación como herramientas para desencadenar y realizar cambios en el marco para el manejo de eventos o emergencias de salud pública. Sin embargo, se subrayó que, para algunos países, proporcionar información a la comunidad internacional acerca de eventos de la vida real podría ser delicado desde el punto de vista político y, en esos casos, los ejercicios de simulación serían una opción mejor.

82. Incluso sin abordar la información específica relacionada con los ejercicios de simulación que deben presentarse a la Asamblea de la Salud, y a pesar de que el intercambio de información a nivel internacional no debe ser determinado por el resultado positivo o negativo de un ejercicio de simulación, la caracterización de los ejercicios de simulación que podrían reunir los requisitos para los informes internacionales y que, hasta cierto punto, podrían ser útiles o pertinentes para otros Estados Partes de todo el mundo, no fue concluyente.

83. Observando que, independientemente del enfoque metodológico, las situaciones utilizadas en los ejercicios de simulación deben determinarse sobre la base del perfil de riesgos del contexto en el cual se realicen los ejercicios, a continuación se presentan las sugerencias preponderantes de los participantes con respecto a los atributos que podrían motivar la presentación de un informe de un ejercicio de simulación a la Asamblea de la Salud. Sin embargo, por el momento no se indicó específicamente si los atributos deben ser mutuamente excluyentes.

a) En el ejercicio de simulación debe ponerse a prueba al menos una capacidad básica detallada en el anexo 1 del RSI. Algunos participantes se sentían más inclinados a probar como mínimo un número mayor de capacidades básicas.

b) En los Estados Partes más pequeños, en el ejercicio de simulación deben participar activamente las autoridades a nivel nacional, y en los Estados Partes más grandes, deben participar activamente al menos las autoridades del primer nivel subnacional.

c) En todo ejercicio de simulación que abarque varios países deben participar activamente las autoridades a nivel nacional de los países pertinentes.

d) Ejercicios de simulación que abarquen varios sectores.

84. Mientras que, por una parte, algunos participantes sugirieron que la Secretaría de la OMS establezca un protocolo estandarizado, por otro lado se propuso que los Estados Partes informen a la Oficina acerca de cualquier ejercicio de simulación que hagan dentro del territorio del país y que se deje a discreción de la Oficina el triaje y la selección de los ejercicios que se consideren informativos a nivel mundial.

85. Aunque los participantes señalaron que la Oficina Sanitaria Panamericana está mejor equipada que otras Oficinas Regionales de la OMS para apoyar a los Estados Partes en los ejercicios de simulación, también indicaron que se necesitan documentos de orientación para la planificación de estos ejercicios. Se informó a los participantes que la Secretaría de la OMS en la Sede publicó recientemente el manual de ejercicios de simulación.[23] Se señaló que no se consultó a las Oficinas Regionales de la OMS acerca de la elaboración de ese material.

Evaluaciones externas conjuntas voluntarias

86. Los participantes insistieron en que, en el proceso consultivo en curso, la Secretaría de la OMS debe tener en cuenta las inquietudes y sugerencias con respecto a las evaluaciones externas conjuntas expresadas en las consultas del 2015 y 2016, que se resumen a continuación y se complementan con las formuladas en la reunión, también a raíz de la presentación por la Oficina del esquema del proceso propuesto para realizar evaluaciones externas voluntarias en las Américas.

a) Si bien se reconoce que las evaluaciones externas conjuntas como un fin en sí mismas prácticamente no sirven de nada, la realización voluntaria de una evaluación externa conjunta se considera como buena práctica de salud pública, así como un signo de transparencia y compromiso. Sin embargo, las expectativas generadas actualmente por las evaluaciones externas conjuntas posiblemente no sean realistas y se expresaron incertidumbres acerca de su impacto inmediato y a largo plazo en lo que se refiere a su contribución a la asignación sostenible de recursos nacionales. Se recalcó que el logro de resultados sostenibles depende de la participación y el compromiso del gobierno en su totalidad, no solo del ministerio de salud y del ministerio de hacienda, a fin de tener influencia política y financiera para tomar medidas sostenidas, entre ellas ajustes presupuestarios. Se recalcó que ofrecerse voluntariamente para realizar una evaluación externa conjunta tras el fracaso real o percibido del manejo de un evento de salud pública agudo podría ser una espada de doble filo porque la atención política generada por una crisis sanitaria podría disiparse con rapidez.

b) Hay preocupación acerca de la sostenibilidad financiera, tanto para la Secretaría de la OMS como para la Oficina, de la realización de evaluaciones externas conjuntas tanto en lo inmediato como a más largo plazo. Aunque algunos participantes señalaron que, si la Secretaría de la OMS y la Oficina están promoviendo evaluaciones externas conjuntas, los Estados Partes darían por sentada la disponibilidad de fondos para tales evaluaciones, la Oficina indicó que eso no es así, al menos en el futuro previsible.

c) Se considera que el contenido de la herramienta actual para la evaluación externa conjunta no concuerda necesariamente con las disposiciones del RSI o las directrices de la OMS y no tiene en cuenta el "acceso a ciertas capacidades básicas" como opción para contar con capacidad en el país, tema de especial interés para los pequeños estados insulares. Por consiguiente, la herramienta debe ser sometida a un examen minucioso. Se informó a los participantes que se realizó una reunión de la OMS sobre la revisión de la herramienta para la evaluación conjunta en Ginebra, Suiza, del 19 al 21 de abril del 2017. Sin embargo, aunque el trabajo todavía no ha concluido, en los resultados del ejercicio de revisión no parece abordarse este tema.

d) La Oficina presentó el esquema del proceso para realizar evaluaciones externas conjuntas voluntarias en las Américas y los participantes expresaron su acuerdo

[23] World Health Organization WHO Simulation Exercise Manual. OMS; 2017 [consultado el 15 de agosto del 2017]. Se encuentra en http://www.who.int/ihr/publications/WHO-WHE-CPI-2017.10/en/.

general con el enfoque propuesto. A pesar de que los expertos movilizados para realizar evaluaciones externas conjuntas deben tratar de responder a las necesidades previstas de cualquiera país dado de la mejor manera posible, como ya se dijo en las consultas del 2015 y 2016, la gran mayoría de los participantes insistieron en que los equipos externos de la misión deben aprovechar la pericia regional y el conocimiento del idioma y el contexto nacional.

e) Los participantes indicaron que la Oficina debe suministrar información más específica acerca del plazo para completar el proceso de evaluación externa conjunta, desde el momento en que la Oficina recibe una solicitud de las autoridades nacionales hasta la publicación del resultado, incluidos los retrasos específicos entre las diferentes fases e indicaciones acerca del plazo previsto para la respuesta de la Oficina.

87. Observando que la OPS facilitó una traducción provisional al español de la herramienta de evaluación externa conjunta, a continuación se presenta el esquema del proceso para realizar evaluaciones externas conjuntas voluntarias en las Américas propuesto por la Oficina. Además de las observaciones y sugerencias recogidas en los párrafos anteriores, los participantes expresaron su acuerdo general con el proceso propuesto. La Oficina proporcionará a los Estados Partes de la Región una versión revisada del proceso.

i. Proceso voluntario: documentado por una solicitud formal de realizar una evaluación externa conjunta, dirigida a la Oficina Sanitaria Panamericana y firmada por el ministro de salud, posiblemente junto con el ministro de finanzas.

ii. Proceso de dos fases que se llevará a cabo bajo la conducción de la Oficina Sanitaria Panamericana.

    - Se prevé que el proceso completo llevará de dos a tres meses.

iii. La Oficina Sanitaria Panamericana puede facilitar la evaluación nacional anterior a la misión externa en el país previa solicitud explícita de las autoridades nacionales.

iv. Los equipos de la misión externa en el país serán propuestos y convocados por la Oficina Sanitaria Panamericana y aprobados por las autoridades nacionales.

v. Las misiones externas en el país estarán a cargo de profesionales que hablen el idioma del país, preferentemente de la Región.

vi. Los equipos de la misión externa estarán integrados de la siguiente manera:

    - Homólogos seleccionados por las autoridades nacionales después de la encuesta para determinar la disponibilidad de profesionales y su pericia. Tendrán que firmar una declaración de intereses y un acuerdo de confidencialidad.
    - Expertos en temas muy específicos movilizados sobre la base de necesidades surgidas de evaluaciones pasadas, de la evaluación nacional anterior a la misión externa en el país o a solicitud explícita de las autoridades nacionales. Los expertos serían seleccionados por la Oficina Sanitaria Panamericana de la Lista de Expertos del RSI y redes de Consultores de la OPS. Tendrán que firmar una declaración de intereses y un acuerdo de confidencialidad.
    - Personal de organismos especializados de las Naciones Unidas (convenio OIEA-OPS, Banco Mundial, Organización Mundial de Sanidad Animal, Organización de Aviación Civil Internacional).
    - Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana, con una fuerte presencia de especialistas en sistemas de salud.

Se espera que los miembros del equipo de misión dediquen un total de dos semanas de trabajo a tiempo completo a la evaluación externa conjunta.

vii. En el proceso de dos fases, considerado como parte del proceso continuo de planificación, financiamiento y seguimiento nacional, se dará prelación desde el comienzo a lo siguiente:

- evaluaciones pasadas conexas, iniciativas actuales y compromisos de los Estados Partes en el marco de otras resoluciones de la OPS y la OMS, así como otros acuerdos internacionales, a fin de responder a las necesidades particulares del país de la mejor manera posible, evitando un enfoque único para todos los casos;
- la integración de las capacidades básicas detalladas en el anexo 1 del RSI en los mecanismos nacionales de planificación y financiamiento como funciones esenciales de salud pública, tanto en el sector de la salud como entre ministerios; y
- las áreas técnicas que se sepa que son más débiles y que no se aborden en otros programas extensos de la OPS/OMS.

viii. Las expectativas nacionales con respecto a los resultados a corto y a largo plazo del proceso de dos fases deben indicarse explícitamente en la carta formal de las autoridades nacionales dirigida a la Oficina Sanitaria Panamericana en la cual se le solicite que realice la evaluación externa conjunta en calidad de anfitrión, así como a la publicación del informe de país.

ix. La realización de evaluaciones externas conjuntas por la Oficina Sanitaria Panamericana dependerá de la disponibilidad de fondos.

Conclusiones

88. Los participantes instaron a la Secretaría de la OMS a que fuera más transparente, con respecto a las consultas del 2015 y 2016, en el proceso mediante el cual los aportes al proyecto de plan estratégico mundial recibidos como resultado del proceso consultivo en curso se incorporarán en el borrador final del proyecto de plan estratégico mundial quinquenal que se presentará en el 142.º Consejo Ejecutivo de la OMS en enero del 2018. A tal efecto, la Secretaría de la OMS debe informar a los Estados Partes al respecto cuanto antes.

89. Como parte del proceso consultivo mundial en curso para la elaboración del proyecto final de plan estratégico mundial, la Oficina invitó a los participantes a asegurarse de que sus Estados Partes respectivos estén representados en la consulta formal de Estados Miembros que tendrá lugar en Ginebra, Suiza, en noviembre del 2017, por funcionarios bien versados en asuntos relacionados con el proyecto de plan estratégico mundial y el Marco de monitoreo y evaluación del RSI.

90. Se informó a los participantes que la Oficina les proporcionaría el informe preliminar de la reunión a más tardar el 28 de julio del 2017 a fin de recabar sus observaciones, y que las observaciones, agrupadas por país y con la funcionalidad de control de cambios activada, debían devolverse a la Oficina a más tardar el 4 de agosto del 2017. Asimismo, se les dijo que el informe de la reunión se presentaría en la 29.ª Conferencia Sanitaria Panamericana/69.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas.

91. Los participantes estuvieron de acuerdo en que, a fin de plantear la posición de la Región de las Américas a los Órganos Deliberantes de la OMS, la Oficina debe proponer una decisión o una resolución para su consideración y adopción por la 29.a Conferencia Sanitaria Panamericana/69.a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas.

Anexo A: Plan estratégico mundial quinquenal para mejorar la preparación y respuesta de salud pública - Consulta con los Estados Miembros, 3 de julio del 2017

Organización Mundial de la Salud

VERSIÓN PRELIMINAR

Documento de información WHE/CPI/IHR
3 de julio del 2017

Plan estratégico mundial quinquenal para mejorar la preparación y respuesta de salud pública

Consulta con los Estados Miembros

RESUMEN

1. Este documento ha sido preparado para realizar una consulta con los Estados Miembros en los comités regionales de la OMS en el 2017 sobre el plan estratégico mundial quinquenal para mejorar la preparación y respuesta de salud pública, de acuerdo con lo solicitado en la decisión WHA70(11) de la Asamblea de la Salud.[1] Contiene un análisis de las cuestiones planteadas por los Estados Miembros en la 70.ª Asamblea Mundial de la Salud en relación con este tema, un examen de los mandatos establecidos por la Asamblea de la Salud para la Secretaría de la OMS con respecto a la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional del 2005 (RSI), y una propuesta para avanzar con el proceso consultivo a fin de elaborar el proyecto de plan estratégico mundial quinquenal y presentarlo ante la 71.ª Asamblea Mundial de la Salud en el 2018. En el anexo a este documento se presenta un esbozo preliminar anotado del plan estratégico mundial quinquenal propuesto por la Secretaría de la OMS.

ANTECEDENTES

2. De acuerdo con lo solicitado en la decisión WHA69(14) de Asamblea de la Salud, la Secretaría de la OMS elaboró un proyecto de plan mundial de aplicación de las recomendaciones del Comité de Examen sobre el papel del Reglamento Sanitario Internacional (2005) en el brote del ébola y la respuesta que se le ha dado, que se presentó a la 70.ª Asamblea Mundial de la Salud en mayo del 2017.[2] En ese documento se incorporaron las sugerencias emanadas de extensas consultas con todos los comités regionales y se establecieron seis esferas de acción para responder a las recomendaciones del Comité de Examen y 12 principios rectores del plan estratégico mundial quinquenal para mejorar la preparación y respuesta de la salud pública.

3. La 70.ª Asamblea Mundial de la Salud tomó nota del plan mundial de aplicación y solicitó a la Directora General, por medio de la decisión WHA70(11), "que elabore, en estrecha consulta con los Estados

[1] Decisión WHA70(11): http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA70/A70(11)-sp.pdf.
[2] Documento A70/16: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA70/A70_16-sp.pdf.

Miembros, en particular a través de los comités regionales, un proyecto de plan estratégico mundial quinquenal para mejorar la preparación y respuesta de salud pública sobre la base de los principios rectores contenidos en el anexo 2 del documento A70/16, y que lo presente para su examen y adopción por la 71.ª Asamblea Mundial de la Salud por conducto del Consejo Ejecutivo en su 142.ª reunión".

4. En este documento se presenta un análisis de las cuestiones planteadas por los Estados Miembros en la 70.ª Asamblea Mundial de la Salud en relación con este tema, un examen de los mandatos establecidos por la Asamblea de la Salud para la Secretaría de la OMS con respecto a la aplicación del RSI y una propuesta para avanzar con el proceso consultivo a fin de terminar de elaborar el plan estratégico mundial quinquenal. En el anexo a este documento se presenta un esbozo preliminar anotado del plan estratégico mundial quinquenal propuesto por la Secretaría de la OMS para las consultas con los Estados Miembros en los comités regionales de la OMS en el 2017.

ASUNTOS PLANTEADOS POR LOS ESTADOS MIEMBROS EN LA 70.ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD

Marco de seguimiento y evaluación del RSI

5. El asunto principal sobre el cual los Estados Miembros expresaron criterios divergentes en la 70.ª Asamblea Mundial de la Salud fue el proyecto de marco de seguimiento y evaluación del RSI. El acta resumida de las deliberaciones se encuentra en el enlace de la nota al pie de página.[3]

6. La mayor parte de los Estados Miembros agradecieron el liderazgo de la OMS en la introducción de los componentes nuevos y voluntarios del marco de seguimiento y evaluación del RSI, incluida la evaluación externa conjunta, que algunos Estados Miembros consideran como una herramienta eficaz para adquirir las capacidades básicas requeridas de conformidad con el RSI. Esos Estados Miembros elogiaron la introducción del proceso de evaluación externa como "un paquete", mediante el cual se planifica la evaluación a la par que se elaboran planes nacionales de acción para la preparación y respuesta de salud pública. Algunos Estados Miembros señalaron que la orientación técnica preparada por la Secretaría para el seguimiento y los informes sobre la aplicación del RSI debe basarse en la evidencia, ser neutral y no estar supeditada a influencias políticas. Algunos Estados Miembros subrayaron la necesidad de tener en cuenta los recursos regionales para tener acceso a las capacidades básicas, en particular en el contexto de los países pequeños, como los pequeños Estados insulares.

7. Cinco Estados Miembros expresaron reservas y preocupaciones sustanciales con respecto a la evaluación externa conjunta y el marco de seguimiento y evaluación, y han solicitado que se presenten instrumentos nuevos para el seguimiento, la evaluación y los informes a los órganos deliberantes de la OMS para su adopción. Un Estado Miembro también indicó que, para introducir evaluaciones externas y otros mecanismos nuevos que no están previstos en el RSI, podría ser necesario modificar el RSI. Otra inquietud se relacionó con la soberanía nacional, específicamente con el hecho de que la evaluación externa no se convirtiera en una condición previa para recibir asistencia financiera y técnica.

Integración de las capacidades básicas del RSI y sistemas de salud resilientes

8. Tras el brote de la enfermedad por el virus del Ébola en África Occidental en el 2014-2015 resultó abrumadoramente evidente que los sistemas de salud fuertes y resilientes son un factor indispensable para el buen funcionamiento de las capacidades básicas del RSI. Los Estados Miembros reconocieron de manera unánime la importancia fundamental de contar con sistemas de salud fuertes y resilientes para la aplicación del RSI y la necesidad de integrar las capacidades básicas del RSI con las funciones esenciales de salud pública, en el marco de la cobertura universal de salud. Solicitaron a la Secretaría de la OMS que elaborara orientación específica sobre la forma de apoyar a los países, en particular los de pocos recursos, en la creación de sus capacidades básicas de acuerdo con el RSI. Se prevé que en el foro sobre la cobertura universal de salud que se realizará en diciembre del 2017, coauspiciado por Japón, la OMS y el Banco

[3] http://apps.who.int/gb/s/s_wha70.html [será reemplazado por la versión definitiva cuando esté lista]

Mundial, se proporcionarán un marco y una hoja de ruta para establecer sistemas de salud resilientes encuadrando las capacidades básicas del RSI como funciones esenciales de salud pública de los sistemas de salud.

Otros temas

9. Se formularon otras observaciones e intervenciones relacionadas con la elaboración de los planes de acción nacionales, el apoyo a los Centros Nacionales de Enlace para el RSI, la creación de herramientas para el sistema internacional de alerta temprana y la evaluación de riesgos. Estos elementos se abordarán en el plan estratégico mundial quinquenal para mejorar la preparación y respuesta de salud pública.

10. Muchos Estados Miembros plantearon también algunas cuestiones relativas a la investigación y el desarrollo en situaciones de emergencia, el intercambio de información y de muestras, y la administración y el funcionamiento general del Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS, pero esas cuestiones no se abordan en este documento porque la Secretaría de la OMS preparará documentos separados sobre estos temas para la 71.ª Asamblea Mundial de la Salud.

SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LAS CAPACIDADES BÁSICAS DEL RSI: MANDATOS Y TRABAJO TÉCNICO REALIZADO HASTA LA FECHA

11. El Reglamento Sanitario Internacional del 2005 es jurídicamente vinculante para los 196 Estados Partes, incluidos los 194 Estados Miembros de la OMS. Fue adoptado por la Asamblea de la Salud en mayo del 2005 y entró en vigor el 15 de junio del 2007. Después de la entrada en vigor del RSI, los Estados Partes tenían cinco años para desarrollar, reforzar y mantener "la capacidad de detectar, evaluar y notificar eventos [...] y presentar informes sobre ellos" y "responder con prontitud y eficacia a los riesgos para la salud pública y las emergencias de salud pública de importancia internacional", incluida la capacidad necesaria en aeropuertos, puertos y pasos fronterizos terrestres designados, como se describe en anexo 1 del RSI. Para los Estados Partes que no pudieran cumplir estos requisitos mínimos en los primeros cinco años, en el RSI se preveían dos prórrogas de dos años (2012-2014 y 2014-2016) para su cumplimiento. La Secretaría de la OMS y sus asociados han proporcionado y siguen proporcionando apoyo técnico, pero alrededor de xx Estados Partes todavía no cuentan con las capacidades básicas requeridas de conformidad con el RSI.

12. De acuerdo con el artículo 54.1 del RSI, los "Estados Partes y el Director General informarán a la Asamblea de la Salud sobre la aplicación del presente Reglamento según decida la Asamblea de la Salud", que también comprende el seguimiento del estado de las capacidades básicas. En el 2008, la Asamblea de la Salud, por medio de la resolución WHA61.2, decidió que "los Estados Partes y el Director General informarán anualmente a la Asamblea de la Salud sobre la aplicación del Reglamento". Mediante la resolución WHA61.2 también se solicitó a la Directora General que "someta cada año a la consideración de la Asamblea de la Salud un informe único que comprenda la información presentada por los Estados Partes e información sobre las actividades de la Secretaría". En el 2009 y el 2010, el cuestionario en línea enviado por la Secretaría de la OMS se centró principalmente en los informes de los Estados Partes relacionados con el establecimiento y el funcionamiento de los Centros Nacionales de Enlace para el RSI.[4]

13. En el 2010, la Secretaría de la OMS preparó una guía técnica para brindar apoyo a los Estados Partes en el cumplimiento de sus obligaciones con respecto a la presentación de informes de conformidad con el RSI (2005).[5] En esta guía se proponía un proceso dirigido por los países para hacer una autoevaluación e informar sobre el estado de las capacidades básicas descritas en el anexo 1 del RSI. Posteriormente, la Secretaría elaboró un marco de seguimiento de las capacidades básicas del RSI.[6] Este marco incluía una

[4] Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005). Informe de la Directora General. Documentos A62/2 y A63/5.
[5] WHO Protocol for assessing national surveillance and response capacities for the International Health Regulations (2005) in accordance with Annex 1 of the IHR. WHO/HSE/IHR/2010.7. Se encuentra en http://www.who.int/ihr/publications/who_hse_ihr_201007_en.pdf?ua=1.
[6] IHR Core capacities monitoring framework: checklist and indicators for monitoring progress in the development and implementation of the IHR core capacities in States Parties. WHO/HSE/GCR/2013.2. Se encuentra en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/84933/1/WHO_HSE_GCR_2013.2_eng.pdf?ua=1.

lista de verificación y 28 indicadores que los Estados Partes usaron para hacer la autoevaluación e informar anualmente a la Asamblea de la Salud sobre el estado de ocho capacidades básicas y otras capacidades en puntos de entrada, al igual que sobre cuatro riesgos específicos abarcados en el Reglamento, es decir, los riesgos biológicos (zoonosis, inocuidad de los alimentos y otros riesgos infecciosos), químicos, radiológicos y nucleares. La herramienta de autoevaluación, llenada y presentada anualmente por los Estados Partes a la Secretaría de la OMS, constituyó la base para la compilación del informe de la Secretaría a la Asamblea de la Salud sobre la aplicación del RSI. Los puntajes de los Estados Partes relacionados con el estado de cada capacidad básica se incluyeron en el informe anual sobre la aplicación del RSI que la Secretaría presentó a la Asamblea Mundial de la Salud del 2011 al 2016.[7] Desde el 2016, estos puntajes se publicaron en línea por medio del Observatorio Mundial de la Salud de la OMS.[8]

14. En el 2015, el Comité de Examen sobre las segundas prórrogas para establecer capacidades nacionales de salud pública y sobre la aplicación del RSI recomendó "pasar de la autoevaluación exclusiva a métodos que combinen la autoevaluación con el examen colegiado por expertos y con evaluaciones externas voluntarias con intervención de expertos tanto nacionales como independientes".[9] En la resolución WHA68.5 se instó a los Estados Miembros a que apoyaran la aplicación de las recomendaciones del Comité de Examen y a la OMS a que presentara una actualización a la 69.ª Asamblea Mundial de la Salud sobre el progreso realizado en relación con las recomendaciones del Comité de Examen. Posteriormente, la Secretaría de la OMS elaboró una nota conceptual en la cual se describía un nuevo enfoque para el seguimiento y la evaluación de las capacidades básicas del RSI.[10] La nota conceptual fue analizada por los comités regionales de la OMS en el 2015, y en el 2016 se presentó un marco revisado de seguimiento y evaluación a la 69.ª Asamblea Mundial de la Salud, que tomó nota de dicho marco.[11]

15. El marco de seguimiento y evaluación del RSI tiene cuatro componentes complementarios: los informes anuales obligatorios de los Estados Partes de conformidad con el Reglamento Sanitario Internacional (2005) y tres componentes voluntarios: la evaluación externa conjunta, el examen posterior a la acción y los ejercicios de simulación. Como parte de su función y mandato de conformidad con el RSI (artículo 44.2), la Secretaría de la OMS está creando herramientas técnicas para cada uno de los tres componentes voluntarios. A fin de mantener la coherencia y congruencia entre los diversos instrumentos, la Secretaría de la OMS examinará la herramienta para los informes anuales y se propondrá este instrumento revisado a los Estados Partes para la presentación de informes anuales en el futuro.

16. El Director General establecerá un grupo consultivo científico para orientar a la Secretaría con respecto a su labor de seguimiento e información sobre la aplicación y el cumplimiento del RSI. El grupo se establecerá de acuerdo con el *Reglamento de los cuadros y comités de expertos*[12] y contará con una representación amplia, incluidas las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales y todas las regiones geográficas.

PROPUESTA PARA AVANZAR CON EL PROCESO

17. En preparación para la formulación del plan estratégico mundial quinquenal solicitado en la decisión WHA70(11), la Secretaría de la OMS ha preparado este documento temático en el cual se pone de relieve la esfera del seguimiento y la evaluación de la aplicación del RSI como tema principal que debe ser objeto de

[7] Documentos A64/9, A65/17, A66/16 y A66/16Add1, A67/35 y 67/35Add1, A68/22.
[8] http://www.who.int/gho/ihr.
[9] WHA68/2015/REC/1. Recomendaciones incluidas en el informe para la Directora General del Comité de Examen sobre las segundas prórrogas para establecer capacidades nacionales de salud pública y sobre la aplicación del RSI. Se encuentra en http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68-REC1/A68_2015_REC1-sp.pdf.
[10] Desarrollo, monitoreo y evaluación del funcionamiento de la capacidad básica para la implementación del Reglamento Sanitario Internacional (2005). Nota conceptual. Se encuentra en http://www.who.int/ihr/publications/concept_note_201407es.pdf?ua=1.
[11] Documento A69/20. Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005). Informe anual sobre la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005). Informe de la Directora General. Se encuentra en http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_20-sp.pdf.
[12] Reglamento de los cuadros y comités de expertos. Se encuentra en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/84471/1/s8.pdf.

consultas adicionales. La finalidad de este documento, que incluye un proyecto de esquema anotado del plan estratégico mundial quinquenal en el anexo, es usarlo en las consultas en ocasión de las reuniones de los seis comités regionales entre agosto y octubre del 2017.

18. La Secretaría de la OMS también presentará este documento temático a los seis coordinadores regionales de los centros de enlace de las misiones permanentes en Ginebra en una sesión de información en julio del 2017. Además, la Secretaría de la OMS está planificando una consulta por internet sobre el documento temático entre mediados de julio y mediados de octubre del 2017.

19. Sobre la base del esquema del plan estratégico mundial quinquenal propuesto en el anexo y de los resultados de las consultas con los Estados Miembros que tendrán lugar en los comités regionales en el 2017, la Secretaría de la OMS ajustará el proyecto de plan y organizará una consulta formal presencial con los Estados Miembros en Ginebra (Suiza), el 2 y 3 de noviembre del 2017. La versión definitiva del plan estratégico mundial quinquenal se presentará al Consejo Ejecutivo en su 142.º reunión.

INTERVENCIÓN DE LOS COMITÉS REGIONALES

20. Se invita a los comités regionales a examinar el esquema anotado del plan estratégico mundial quinquenal y a proporcionar sus observaciones sobre el marco de seguimiento y evaluación del RSI.

ANEXO

ESQUEMA ANOTADO DE LA VERSIÓN PRELIMINAR DEL PLAN ESTRATÉGICO MUNDIAL QUINQUENAL PARA MEJORAR LA PREPARACIÓN Y RESPUESTA DE LA SALUD PÚBLICA

1. En este esquema anotado se aplican/recuperan los principios rectores presentados en el documento A70/16 y se proponen tres pilares estratégicos para la preparación y respuesta de salud pública para la aplicación sostenida del Reglamento Sanitario Internacional (2005). La meta es fortalecer las capacidades mundiales, regionales y nacionales en lo que respecta a la preparación, detección, evaluación y respuesta ante riesgos y emergencias de salud pública que pudieran propagarse internacionalmente.

Principios rectores del plan estratégico mundial quinquenal para mejorar la preparación y respuesta de salud pública[1]

Principio rector	Detalles
1. Consultas	Proceso consultivo entre mayo y noviembre del 2017 por medio de los comités regionales, consultas por internet y reunión informativa con los coordinadores regionales de las misiones permanentes en Ginebra. Se hará una consulta formal de los Estados Miembros en Ginebra (Suiza), el 2 y 3 de noviembre del 2017.
2. Implicación de los países	La creación y el mantenimiento de las capacidades básicas como funciones esenciales de salud pública del sistema de salud, a nivel nacional y subnacional, son responsabilidades primordiales de los gobiernos nacionales, teniendo en cuenta sus contextos nacionales sanitarios, sociales, económicos, de seguridad y políticos.
3. Liderazgo y gobernanza de la OMS	El Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS guiará la formulación y aplicación del plan estratégico mundial quinquenal para mejorar la preparación y respuesta de salud pública. La Secretaría de la OMS informará acerca de los progresos a los órganos deliberantes, en el marco de la presentación de informes periódicos sobre la aplicación y puesta en práctica del Reglamento Sanitario Internacional (2005).
4. Alianzas amplias	Muchos países solicitan asistencia técnica para evaluar, fortalecer y mantener sus capacidades básicas como funciones esenciales de salud pública de sus sistemas de salud. Muchos asociados mundiales prestan apoyo a los países en las esferas de fortalecimiento de los sistemas de salud y la preparación y respuesta de salud pública. Según lo decidido por la 58.ª Asamblea Mundial de la Salud, la OMS coordinará sus actividades y cooperará, según proceda, con las siguientes entidades: Naciones Unidas, Organización Internacional del Trabajo, Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, Organismo Internacional de Energía Atómica, Organización de Aviación Civil Internacional, Organización Marítima Internacional, Comité Internacional de la Cruz Roja, Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, Asociación del Transporte Aéreo Internacional, Federación Naviera Internacional, y Oficina Internacional de las Epizootias. También se considerarán las posibilidades de cooperación con otros agentes no estatales y asociaciones de la industria pertinentes dentro del *Marco para la colaboración con agentes no estatales* de la OMS (conocido como FENSA por su sigla en inglés).

[1] Véanse más detalles en el anexo 2 del documento A70/16.

5. Enfoque intersectorial	La respuesta a los riesgos, eventos y emergencias de salud pública requiere un enfoque multisectorial coordinado (por ejemplo, con los sectores de agricultura y ganadería, transporte, turismo y finanzas). Muchos países ya cuentan con plataformas o mecanismos de coordinación sanitaria, entre ellos el enfoque de "Una salud". El plan estratégico mundial quinquenal proporcionará orientación estratégica para la planificación de la preparación y la respuesta de salud pública en diversos sectores.
6. Integración con el sistema de salud	El brote de la enfermedad por el virus del Ébola en África Occidental en el 2014-2015 hizo que la seguridad sanitaria y la resiliencia de los sistemas de salud se incluyeran entre las máximas prioridades de la agenda para el desarrollo. Encuadrar las capacidades básicas detalladas en el anexo 1 del RSI como funciones esenciales de salud pública reforzará la seguridad sanitaria y los sistemas de salud, y con ello la resiliencia de los sistemas de salud.
7. Participación comunitaria	La preparación eficaz de salud pública solo se puede lograr con la activa participación de los gobiernos locales, las organizaciones de la sociedad civil, los dirigentes locales y los ciudadanos particulares. Las comunidades deben comprometerse en su preparación y reforzarla para diversos tipos de emergencias, desde eventos locales o nacionales hasta pandemias y desastres.
8. Atención centrada en contextos frágiles	Si bien el Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS está apoyando a todos los países en sus actividades de preparación y respuesta ante riesgos, eventos y emergencias de salud pública, el punto central inicial será un grupo de países prioritarios en situación de fragilidad. En la selección de los países prioritarios se tendrá en cuenta una evaluación de las capacidades básicas nacionales y otras evaluaciones de riesgos, por ejemplo, las realizadas con la metodología INFORM.[2]
9. Integración regional	Sobre la base del plan estratégico mundial quinquenal, las oficinas regionales de la OMS elaborarán planes operativos regionales, teniendo en cuenta los marcos y mecanismos regionales existentes, entre ellos la estrategia regional para la seguridad sanitaria (estrategia de la Oficina Regional para África), la estrategia de Asia y el Pacífico para las enfermedades emergentes (marco estratégico común para las regiones de Asia Sudoriental y el Pacífico Occidental), Salud 2020 (marco normativo y estrategia para la Región de Europa), la Comisión Regional de Evaluación del Reglamento Sanitario Internacional (2005) establecida por el Comité Regional para el Mediterráneo Oriental y otras iniciativas regionales.
10. Financiación nacional	A efectos de lograr la sostenibilidad a largo plazo, la presupuestación y la financiación de las capacidades básicas como funciones esenciales de salud pública se deberán apoyar en la medida de lo posible con recursos nacionales. La Secretaría de la OMS trabajará con los países para fomentar la asignación de recursos financieros nacionales al fortalecimiento y el mantenimiento de las funciones esenciales de salud pública en el contexto de los mecanismos nacionales de planificación y financiación. En los países que necesiten recursos externos sustanciales, la Secretaría de la OMS contribuirá al fortalecimiento de los mecanismos institucionales que permitan coordinar la cooperación internacional, sobre la base de los principios de la

[2] El INFORM Index for Risk Management es un instrumento para entender el riesgo planteado por las crisis y los desastres humanitarios. Se encuentra en http://www.inform-index.org/Portals/0/InfoRM/INFORM%20Global%20Results%20Report%202017%20FINAL%20WEB.pdf?ver=2016-11-21-164053-717.

	cooperación eficaz para el desarrollo (implicación de los países, atención centrada en los resultados, alianzas integradoras, transparencia y rendición de cuentas).[3]
11. Vinculación del plan estratégico mundial quinquenal con los requisitos del RSI (2005)	El plan estratégico mundial quinquenal propondrá orientaciones estratégicas vinculadas a los requisitos pertinentes previstos en el RSI para los Estados Partes y la OMS, así como aspectos operacionales y técnicos voluntarios que no son requisitos impuestos por el Reglamento Sanitario Internacional (2005).
12. Atención centrada en los resultados, incluidos el seguimiento y la rendición de cuentas	El plan estratégico mundial quinquenal contará con su propio marco de seguimiento, con indicadores y plazos que se establecerán mediante el proceso de consultas y se utilizarán para la presentación de los informes anuales sobre los progresos a la Asamblea de la Salud.

Pilar estratégico 1 Establecimiento y mantenimiento de las capacidades básicas de los Estados Partes

2. En vista de las enseñanzas obtenidas en el brote de la enfermedad por el virus del Ébola en África Occidental en el 2014-2015 y en otros eventos recientes de salud pública, los Estados Partes deben centrarse en el establecimiento y mantenimiento de sistemas de salud resilientes y en encuadrar las capacidades básicas como funciones esenciales de salud pública de sus sistemas de salud. Al cumplir los requisitos para asegurar la rendición de cuentas mutua a nivel internacional con respecto a la aplicación del RSI, los países tienen que establecer mecanismos nacionales de seguimiento y evaluación como parte de sus sistemas de salud, que también facilitarán el seguimiento del estado de las capacidades básicas como funciones esenciales de salud pública.

3. Será necesario considerar las implicaciones y los posibles avances en cuanto a la continuidad en ciertas capacidades de los países que serán consecuencia de la transición de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis a una estrategia de poscertificación. La 70.ª Asamblea Mundial de la Salud pidió al Director General que "para el final de 2017, elabore un plan de acción estratégico para la transición que se presentará a la consideración de la 71.ª Asamblea Mundial de la Salud, por conducto del Consejo Ejecutivo en su 142.ª reunión, en el que… se determinen claramente las capacidades y los activos, especialmente a escala de país y, cuando proceda, de comunidad, necesarios para sostener los progresos realizados en otras áreas programáticas, como la vigilancia de enfermedades; la inmunización y el fortalecimiento de los sistemas de salud; la alerta temprana y la respuesta a las emergencias y los brotes epidémicos, incluidos el fortalecimiento y el mantenimiento de las capacidades básicas exigidas en el Reglamento Sanitario Internacional (2005)".

4. Los Estados Partes tuvieron casi 10 años para establecer las capacidades básicas para prevenir, detectar, evaluar, informar y responder a riesgos, eventos y emergencias de salud pública que pudieran propagarse internacionalmente, de conformidad con los requisitos del RSI. Los Estados Partes deben seguir estableciendo y manteniendo estas capacidades básicas como funciones esenciales de salud pública de sus sistemas de salud para la aplicación eficaz del RSI, incluidas las capacidades relacionadas con los puntos de entrada.

5. En el caso de aquellos Estados Partes en los que los mecanismos nacionales de planificación, financiamiento, seguimiento y evaluación de sus sistemas de salud son subóptimos, la Secretaría de la OMS elaborará pautas a fin de facilitar el establecimiento y mantenimiento de las capacidades básicas, como funciones esenciales de salud pública, como parte del proceso continuo de evaluación y planificación y en consonancia con la estrategia nacional de salud. De manera análoga, la Secretaría de la OMS elaborará

[3] Global Partnership for Effective Development Cooperation—principles. Se encuentra en http://effectivecooperation.org/about/principles/. Consultado el 1 de mayo de 2017.

pautas a fin de facilitar el enfoque nacional de la planificación y el financiamiento intersectoriales. La OMS elaborará pautas y proporcionará apoyo técnico a los países para elaborar estos planes. La formulación de los planes de acción nacionales debe hacerse en consonancia con las estrategias y los planes del sector de la salud y, en su elaboración y ejecución, se debe poner de relieve la coordinación de los múltiples sectores y asociados, como la OIE y la FAO de conformidad con el enfoque de "Una salud". Dado que las capacidades básicas requeridas en el RSI abarcan varios sectores, el sector financiero y otros sectores deben formar parte del proceso de planificación para garantizar la coordinación intersectorial y la asignación de recursos financieros suficientes.

Pilar estratégico 2 Manejo de eventos y cumplimiento

6. La Secretaría de la OMS y los Estados Partes deben seguir cumpliendo sus obligaciones de conformidad con el RSI en relación con la detección, la evaluación, la notificación, la presentación de información y la respuesta a los riesgos para la salud pública y eventos que pudieran propagarse internacionalmente. Se deberá reforzar la función de los Centros Nacionales de Enlace para el RSI por medio del asesoramiento técnico, procedimientos normalizados de trabajo, capacitación, intercambio de información y actividades para aprender de las enseñanzas.

7. La Secretaría de la OMS fortalecerá sus funciones para la vigilancia basada en eventos mediante la nueva plataforma Epidemic Intelligence from Open Sources (EIOS) [inteligencia epidémica a partir de fuentes de acceso abierto] para la detección temprana y la evaluación de riesgos de los eventos de salud pública.

8. La Secretaría de la OMS fortalecerá su función de administración de los grupos de expertos establecidos para apoyar la aplicación y el cumplimiento del RSI, como la Lista de Expertos para el Comité de Emergencia y los Comités de Examen, el grupo consultivo científico y técnico sobre cartografía geográfica del riesgo de fiebre amarilla y el grupo consultivo *ad hoc* sobre desinsectación de aeronaves para controlar la propagación internacional de enfermedades transmitidas por vectores. También avanzará en el establecimiento del Grupo Consultivo Técnico de Expertos en Peligros Infecciosos con las funciones que se describen en el anexo 3 del documento A70/16.

9. Un elemento fundamental para el funcionamiento óptimo del sistema mundial de alerta y respuesta es el cumplimiento por los Estados Partes de los requisitos del RSI en relación con las medidas que se toman en respuesta a riesgos y eventos de salud pública, incluso durante las emergencias de salud pública de importancia internacional. La Secretaría de la OMS, en cumplimiento del artículo 43, establecerá con los Estados Partes los procedimientos para la notificación, la recopilación, el seguimiento y la difusión sistemáticos de información relacionada con otras medidas de salud adoptadas por los Estados Partes. Asimismo, recopilará sistemáticamente información sobre medidas adicionales y solicitará la justificación de salud pública y las pruebas científicas para las medidas que interfieran considerablemente con el tránsito internacional.

Pilar estratégico 3 Medición del progreso y rendición de cuentas

10. Un elemento importante para la preparación y respuesta de la salud mundial es el seguimiento continuo del progreso en el establecimiento y el mantenimiento por los Estados Partes de las capacidades básicas detalladas en el anexo 1 del RSI, y la capacidad del sistema mundial para responder a eventos de salud pública que pudieran propagarse internacionalmente.

11. De acuerdo con el artículo 54.1 del RSI, "[l]os Estados Partes y el Director General informarán a la Asamblea de la Salud sobre la aplicación del presente Reglamento según decida la Asamblea de la Salud". Esto abarca el seguimiento del estado de las capacidades básicas detalladas en el anexo 1 del RSI. La frecuencia anual de los informes a la Asamblea de la Salud se estableció en la resolución WHA61.2. Desde el 2010, la Secretaría de la OMS ha propuesto una herramienta de autoevaluación, centrada exclusivamente en las capacidades básicas, para que los Estados Partes cumplan su obligación de informar anualmente a la Asamblea de la Salud. En cumplimiento del artículo 54 del RSI y de la resolución WHA68.5, como resultado de las consultas de los comités regionales de la OMS en el 2017, el plan estratégico mundial

quinquenal propondrá un marco revisado de seguimiento y evaluación del RSI para informar a la Asamblea de la Salud sobre el estado de la aplicación del RSI.

12. Entretanto, la Secretaría de la OMS seguirá proponiendo la herramienta de autoevaluación para la notificación anual introducida en el 2010 y al mismo tiempo responderá a las solicitudes de Estados Miembros que quieran usar instrumentos adicionales de seguimiento y evaluación como parte del marco de seguimiento y evaluación del RSI.

13. El plan estratégico mundial quinquenal contendrá indicadores y plazos para medir el progreso a nivel mundial y regional. La mayoría de las regiones ya tienen estrategias y marcos específicos que se tendrán en cuenta al adoptar el enfoque de seguimiento del plan estratégico mundial quinquenal.

Anexo B: Elaboración de un proyecto de plan estratégico mundial quinquenal para mejorar la preparación y respuesta de salud pública - Consulta con los Estados Miembros, 1 de agosto del 2017

Organización Mundial de la Salud

WHE/CPI/IHR

Documento de información **1 de Agosto del 2017**

Elaboración de un proyecto de plan estratégico mundial quinquenal para mejorar la preparación y respuesta de salud pública

Consulta con los Estados Miembros

RESUMEN

1. Este documento ha sido preparado para realizar una consulta con los Estados Miembros en las sesiones de los comités regionales en el 2017, a fin de elaborar un proyecto de plan estratégico mundial quinquenal para mejorar la preparación y respuesta de salud pública, de acuerdo con lo solicitado en la decisión WHA70(11) (2017). Contiene las cuestiones planteadas por los Estados Miembros en la 70.ª Asamblea Mundial de la Salud con respecto a la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005), los mandatos y el trabajo técnico llevados a cabo por la Secretaría de la OMS en relación con el monitoreo y la evaluación de las capacidades básicas requeridas por el Reglamento y una propuesta para avanzar con el proceso consultivo a fin de elaborar el proyecto de plan estratégico mundial quinquenal. El anexo a este documento contiene los principios rectores y los pilares propuestos por la Secretaría para el plan estratégico mundial quinquenal.

ANTECEDENTES

2. En respuesta a la decisión WHA69(14) (2016), la Secretaría elaboró un proyecto de plan mundial de aplicación de las recomendaciones del Comité de Examen sobre el papel del Reglamento Sanitario Internacional (2005) en el brote del ébola y la respuesta que se le ha dado. La versión final del plan mundial de aplicación fue presentada a la 70.ª Asamblea Mundial de la Salud en mayo del 2017,[1] por medio del Consejo Ejecutivo en su 140.ª reunión, celebrada en enero del 2017. El plan mundial de aplicación finalizado contenía propuestas emanadas de extensas consultas con los seis comités regionales e incluía seis esferas de acción para responder a las recomendaciones del Comité de Examen y 12 principios rectores del plan estratégico mundial quinquenal para mejorar la preparación y respuesta de salud pública.

3. La 70.a Asamblea Mundial de la Salud tomó nota del informe que contenía el plan mundial de aplicación y, por medio de la decisión WHA70(11), solicitó a la Directora General "que elabore, en estrecha

[1] Documento A70/16.

consulta con los Estados Miembros, en particular a través de los comités regionales, un proyecto de plan estratégico mundial quinquenal para mejorar la preparación y respuesta de salud pública sobre la base de los principios rectores contenidos en el anexo 2 del documento A70/16, y que lo presente para su examen y adopción por la 71.ª Asamblea Mundial de la Salud por conducto del Consejo Ejecutivo en su 142.ª reunión".

ASUNTOS PLANTEADOS POR LOS ESTADOS MIEMBROS EN LA 70.ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD SOBRE LA APLICACIÓN DEL REGLAMENTO SANITARIO INTERNACIONAL (2005)

Marco de monitoreo y evaluación del RSI

4. El asunto principal sobre el cual los Estados Miembros expresaron criterios divergentes en la 70.ª Asamblea Mundial de la Salud fue el proyecto de Marco de monitoreo y evaluación del RSI.[2]

5. La mayoría de los Estados Miembros agradecieron el liderazgo de la Secretaría en la aplicación de los componentes nuevos y voluntarios del Marco de monitoreo y evaluación del RSI, incluida la evaluación externa conjunta, que algunos Estados Miembros consideran como una herramienta eficaz para adquirir las capacidades básicas requeridas de conformidad con el Reglamento Sanitario Internacional (2005). Esos Estados Miembros agradecieron también el hecho de que el proceso de evaluación externa esté llevándose a cabo como un paquete, mediante el cual se planifica la evaluación a la par que se elaboran planes nacionales de acción para la preparación y respuesta de salud pública. Algunos Estados Miembros señalaron que la orientación técnica preparada por la Secretaría para el monitoreo y los informes sobre la aplicación del Reglamento debe basarse en la evidencia, ser neutral y no estar supeditada a influencias políticas. Algunos Estados Miembros subrayaron la necesidad de tener en cuenta los recursos regionales para alcanzar las capacidades básicas requeridas por el Reglamento, en particular en el contexto de los países pequeños, como los pequeños Estados insulares.

6. Algunos Estados Miembros expresaron reservas y preocupaciones sustanciales con respecto a la evaluación externa conjunta y el Marco de monitoreo y evaluación del RSI. Solicitaron que se presenten instrumentos nuevos para el monitoreo, la evaluación y los informes a los órganos deliberantes de la OMS para su adopción. Otro Estado Miembro indicó que, para introducir evaluaciones externas y otros mecanismos nuevos que no están previstos en el Reglamento, podría ser necesario modificar el Reglamento. Otra inquietud se relacionó con la soberanía nacional: se consideraba que la evaluación externa no debía convertirse en una condición previa para recibir asistencia financiera y técnica.

Integración de las capacidades básicas requeridas por el Reglamento Sanitario Internacional (2005) y sistemas de salud resilientes

7. Tras el brote de la enfermedad por el virus del Ébola en África Occidental en el 2014 y el 2015 resultó abrumadoramente evidente para los Estados Miembros que los sistemas de salud fuertes y resilientes son un factor indispensable para el buen funcionamiento de las capacidades básicas requeridas por el Reglamento. Los Estados Miembros reconocieron de manera unánime la importancia fundamental de contar con sistemas de salud fuertes y resilientes para la aplicación del Reglamento y la necesidad de integrar las capacidades básicas requeridas por el Reglamento con las funciones esenciales de salud pública, en el marco de la cobertura universal de salud. Solicitaron a la Secretaría que elaborara orientación específica sobre la forma en que se podría apoyar a los países, en particular los que enfrentan limitaciones de recursos, en la creación de sus capacidades básicas requeridas por el Reglamento. Se prevé que en un foro sobre la cobertura universal de salud que se realizará en diciembre del 2017, organizado conjuntamente por el Banco Mundial, la OMS, el UNICEF, UHC2030, el Gobierno de Japón y el Organismo Japonés de Cooperación Internacional,[3] se proporcionarán un marco y una hoja de ruta para establecer sistemas de salud resilientes encuadrando las capacidades básicas requeridas por el Reglamento Sanitario Internacional (2005) como funciones esenciales de salud pública de los sistemas de salud.

[2] Véase el acta resumida provisional de la 70.ª Asamblea Mundial de la Salud, Comité A, primera, segunda, cuarta y séptima reuniones.

[3] Véase https://www.uhc2030.org/fileadmin/uploads/uhc2030/Documents/Upcoming_events/UHC_Forum_2017/Flyer_for_UHC_Forum_2017.pdf (consultado el 20 de julio del 2017).

Otros temas

8. Se formularon otras observaciones relacionadas con la elaboración de los planes de acción nacionales para la preparación y repuesta de salud pública, el apoyo a los Centros Nacionales de Enlace para el RSI, la creación de herramientas para un sistema internacional de alerta temprana y la evaluación de riesgos.

9. Muchos Estados Miembros plantearon también algunas cuestiones relativas a la investigación y el desarrollo en situaciones de emergencia, el intercambio de datos y de muestras, y la administración y el funcionamiento general del Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS. Sin embargo, esas cuestiones no se incluyen en este documento porque se abordarán en informes separados sobre el Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS que se presentarán en la 71.ª Asamblea Mundial de la Salud en el 2018.

MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LAS CAPACIDADES BÁSICAS REQUERIDAS POR EL REGLAMENTO SANITARIO INTERNACIONAL (2005): MANDATOS Y TRABAJO TÉCNICO LLEVADOS A CABO POR LA SECRETARÍA HASTA LA FECHA

10. El Reglamento Sanitario Internacional (2005) es jurídicamente vinculante para los 196 Estados Partes, incluidos los 194 Estados Miembros de la OMS. Fue adoptado por la Asamblea de la Salud en mayo del 2005[4] y entró en vigor el 15 de junio del 2007. Después de la entrada en vigor, los Estados Partes tenían cinco años para desarrollar, reforzar y mantener "la capacidad necesaria para responder con prontitud y eficacia a los riesgos para la salud pública y las emergencias de salud pública de importancia internacional",[5] incluida la capacidad básica necesaria en aeropuertos, puertos y pasos fronterizos terrestres designados, como se describe en anexo 1 del Reglamento. Para los Estados Partes que no pudieran cumplir estos requisitos mínimos en los primeros cinco años, en el Reglamento se preveían dos prórrogas de dos años (2012-2014 y 2014-2016) para darles tiempo para cumplirlos.

11. De acuerdo con el artículo 54.1 del Reglamento, los "Estados Partes y el Director General informarán a la Asamblea de la Salud sobre la aplicación del presente Reglamento según decida la Asamblea de la Salud", que también comprende el monitoreo del estado de las capacidades básicas. En el 2008, la Asamblea de la Salud, por medio de la resolución WHA61.2, decidió que "los Estados Partes y el Director General informarán anualmente a la Asamblea de la Salud sobre la aplicación del Reglamento". Mediante dicha resolución también se solicitó a la Directora General que "someta cada año a la consideración de la Asamblea de la Salud un informe único que comprenda la información presentada por los Estados Partes e información sobre las actividades de la Secretaría". En el 2008 y el 2009, la Secretaría envió un cuestionario a los Estados Miembros centrado principalmente en los informes de los Estados Partes relacionados con el establecimiento y el funcionamiento de los Centros Nacionales de Enlace para el RSI.6

12. En el 2010, la Secretaría elaboró y distribuyó a los Estados Partes un marco de monitoreo de las capacidades básicas,[7] con un cuestionario sobre el estado de la aplicación del Reglamento para que los Estados Miembros lo llenaran voluntariamente. Este marco incluía una lista de verificación y 20 indicadores sobre el estado de ocho capacidades básicas y otras capacidades en puntos de entrada, al igual que sobre cuatro riesgos específicos abarcados en el Reglamento, en particular los eventos biológicos (zoonosis, eventos relacionados con la inocuidad de los alimentos y otros riesgos infecciosos), químicos, radiológicos y nucleares. La herramienta de autoevaluación, llenada y presentada por los Estados Partes a la Secretaría anualmente (del 2010 al 2017), constituyó la base para la compilación del informe de la Secretaría a la Asamblea de la Salud sobre la aplicación

[4] Véase la resolución WHA58.3 (2005).
[5] Reglamento Sanitario Internacional International (2005), tercera edición. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016, artículo 13.1.
[6] Véanse los documentos A62/6 y A63/5.
[7] IHR core capacity monitoring framework: Checklist and indicators for monitoring progress in the development of IHR core capacities in States Parties. WHO/HSE/GCR/2013.2. Se encuentra en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/84933/1/WHO_HSE_GCR_2013.2_eng.pdf?ua=1 (consultado el 17 de julio del 2017).

del Reglamento. Los puntajes de los Estados Partes relacionados con el estado de cada capacidad básica se incluyeron en el informe anual sobre la aplicación del Reglamento que la Secretaría presentó a la Asamblea de la Salud del 2013 al 2015.8 Desde el 2015, estos puntajes se publicaron en línea por medio del Observatorio Mundial de la Salud.[9]

13. En el 2015, el Comité de Examen sobre las segundas prórrogas para establecer capacidades nacionales de salud pública y sobre la aplicación del RSI recomendó que la Secretaría presentara opciones para "pasar de la autoevaluación exclusiva a métodos que combinen la autoevaluación con el examen colegiado por expertos y con evaluaciones externas voluntarias con intervención de expertos tanto nacionales como independientes".[10] En la resolución WHA68.5 (2015) se instó a los Estados Miembros a que apoyaran la aplicación de las recomendaciones del Comité de Examen y se solicitó a la Directora General que presentara una actualización a la 69.ª Asamblea Mundial de la Salud sobre el progreso realizado en relación con las recomendaciones del Comité de Examen. Posteriormente, la Secretaría elaboró una nota conceptual en la cual se describía un nuevo enfoque para el monitoreo y la evaluación de las capacidades básicas requeridas por el Reglamento.[11] La nota conceptual fue analizada por los comités regionales en el 2015, y en el 2016 se presentó un marco revisado de monitoreo y evaluación a la 69.ª Asamblea Mundial de la Salud, que tomó nota de dicho marco.[12]

14. El Marco de monitoreo y evaluación revisado del RSI que fue presentado a la Asamblea de la Salud en el 2016 tiene cuatro componentes complementarios: los informes anuales obligatorios de los Estados Partes de conformidad con la resolución WHA61.2 (2008) sobre la aplicación del Reglamento y tres componentes voluntarios: la evaluación externa conjunta, el examen posterior a la acción y el ejercicio o los ejercicios de simulación. Como parte de su función y mandato de conformidad con el Reglamento,[13] a Secretaría está creando herramientas técnicas para cada uno de los tres componentes voluntarios. El Marco de monitoreo y evaluación del RSI es una parte importante del tercer pilar del proyecto de plan estratégico mundial quinquenal para mejorar la preparación y respuesta de salud pública (véase el anexo de este documento).

PROPUESTA PARA AVANZAR CON EL PROCESO CONSULTIVO PARA LA ELABORACIÓN DEL PROYECTO DE PLAN ESTRATÉGICO MUNDIAL QUINQUENAL

15. En el presente documento se pone de relieve la esfera del monitoreo y la evaluación de la aplicación del Reglamento como tema principal que debe ser objeto de consultas adicionales en preparación para la elaboración del proyecto de plan estratégico mundial quinquenal.

16. Además de consultar con los Estados Miembros en las reuniones de los comités regionales entre agosto y octubre del 2017, la Secretaría está planificando una consulta por internet sobre el documento entre mediados de agosto y mediados de octubre del 2017.

17. La Secretaría utilizará los aportes que se reciban de los Estados Miembros en las reuniones de los comités regionales para seguir ajustando el proyecto de plan y organizará una consulta presencial con los Estados Miembros por medio de los centros de enlace de las misiones permanentes en Ginebra en noviembre del 2017. La versión actualizada del plan estratégico mundial quinquenal se presentará al Consejo Ejecutivo en su 142.º reunión en el 2018.

[8] Documentos A64/9, A65/17, A66/16 y A66/16 Add.1, A67/35 y A67/35Add.1, y A68/22.
[9] Véase http://www.who.int/gho/ihr (consultado el 17 de julio del 2017).
[10] Véase WHA68/2015/REC/1, anexo 2.
[11] Desarrollo, monitoreo y evaluación del funcionamiento de la capacidad básica para la implementación del Reglamento Sanitario Internacional (2005). Nota conceptual. Se encuentra en http://www.who.int/ihr/publications/concept_note_201407es.pdf?ua=1 (consultado el 17 de julio del 2017).
[12] Véase el documento A69/20.
[13] Resolución WHA58.3 (2005), artículo 44.2 y anexo 1.

INTERVENCIÓN DE LOS COMITÉS REGIONALES

18. Se invita a los comités regionales a examinar los principios rectores y los pilares del plan estratégico mundial quinquenal y a proporcionar sus observaciones sobre el Marco de monitoreo y evaluación del RSI.

ANEXO

PLAN ESTRATÉGICO MUNDIAL QUINQUENAL PARA MEJORAR LA PREPARACIÓN Y RESPUESTA DE SALUD PÚBLICA: PRINCIPIOS RECTORES Y PILARES

En este anexo se recuerdan los principios rectores contenidos en el documento A70/16 y se proponen tres pilares para la preparación y respuesta de salud pública. La meta del plan es fortalecer las capacidades mundiales, regionales y nacionales en lo que respecta a la preparación, detección, evaluación y respuesta ante riesgos y emergencias de salud pública que pudieran propagarse internacionalmente. Los principios rectores se presentan en el siguiente cuadro.

Cuadro. Principios rectores del plan estratégico mundial quinquenal para mejorar la preparación y respuesta de salud pública[1]

Principio rector	Detalles
1. Consultas	Proceso consultivo entre mayo y noviembre del 2017 por medio de los comités regionales y de una consulta por internet. Se planea realizar una consulta formal de los Estados Miembros, por medio de los centros de enlace de las misiones permanentes en Ginebra, en noviembre del 2017, en Ginebra.
2. Implicación de los países	La creación y el mantenimiento de las capacidades básicas requeridas por el Reglamento Sanitario Internacional (2015) como funciones esenciales de salud pública de los sistemas de salud, a nivel nacional y subnacional, son responsabilidades primordiales de los gobiernos nacionales, teniendo en cuenta sus contextos nacionales sanitarios, sociales, económicos, de seguridad y políticos.
3. Liderazgo y gobernanza de l OMS	El Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS guiará la formulación y aplicación del plan estratégico mundial quinquenal. La Secretaría de la OMS informará acerca de los progresos en las reuniones de los órganos deliberantes, en el marco de la presentación de informes periódicos sobre la aplicación y puesta en práctica del Reglamento Sanitario Internacional (2005).
4. Alianzas amplias	Muchos países solicitan asistencia técnica para evaluar, fortalecer y mantener sus capacidades básicas requeridas por el Reglamento como funciones esenciales de salud pública de sus sistemas de salud. Muchos asociados mundiales prestan apoyo a los países en las esferas de fortalecimiento de los sistemas de salud y la preparación y respuesta de salud pública. Según lo decidido por la 58.ª Asamblea Mundial de la Salud, la OMS coordinará sus actividades y cooperará, según proceda, con las siguientes entidades: Naciones Unidas, OIT, FAO, OIEA, OACI, OMI, Comité Internacional de la Cruz Roja, Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, IATA, Federación Naviera Internacional y OIE. También se considerarán las posibilidades de cooperación con otros agentes no estatales y asociaciones de la industria pertinentes dentro del *Marco para la colaboración con agentes no estatales*.
5. Enfoque intersectorial	La respuesta a los riesgos, eventos y emergencias de salud pública requiere un enfoque multisectorial coordinado (por ejemplo, con los

[1] Basado en el documento A70/16, anexo 2.

Principio rector	Detalles
	sectores de agricultura y ganadería, transporte, turismo y finanzas). Muchos países ya cuentan con plataformas o mecanismos de coordinación sanitaria, entre ellos el enfoque de una salud. El plan estratégico mundial quinquenal proporcionará orientación estratégica para la planificación de la preparación y la respuesta de salud pública en diversos sectores.
6. Integración con el sistema de salud	El brote de la enfermedad por el virus del Ébola en África Occidental en el 2014 y el 2015 hizo que la seguridad sanitaria y la resiliencia de los sistemas de salud se incluyeran entre las máximas prioridades de la agenda para el desarrollo. Encuadrar las capacidades básicas detalladas en el anexo 1 del Reglamento como funciones esenciales de salud pública reforzará la seguridad sanitaria y los sistemas de salud, y con ello la resiliencia de los sistemas de salud.
7. Participación comunitaria	La preparación eficaz de salud pública solo se puede lograr con la activa participación de los gobiernos locales, las organizaciones de la sociedad civil, los dirigentes locales y los ciudadanos particulares. Las comunidades deben comprometerse en su preparación y reforzarla para diversos tipos de emergencias, desde eventos locales o nacionales hasta pandemias y desastres.
8. Atención centrada en contex frágiles	Si bien el Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS está apoyando a todos los países en sus actividades de preparación y respuesta ante riesgos, eventos y emergencias de salud pública, el punto central inicial será un grupo de países prioritarios en situación de fragilidad. En la selección de los países prioritarios se tendrá en cuenta una evaluación de las capacidades básicas nacionales y otras evaluaciones de riesgos, por ejemplo, las realizadas con la metodología INFORM.[2]
9. Integración regional	Sobre la base del plan estratégico mundial quinquenal, las oficinas regionales elaborarán planes operativos regionales, teniendo en cuenta los marcos y mecanismos regionales existentes, entre ellos la estrategia regional para la seguridad sanitaria y emergencias 2016-2020 (estrategia de la Oficina Regional para África),[3] la estrategia de Asia y el Pacífico para las enfermedades emergentes y las emergencias de salud pública (APSED III, por su sigla en inglés, un marco estratégico común para las regiones de Asia Sudoriental y el Pacífico Occidental),[4] Salud 2020 (marco normativo y estrategia para la Región de Europa),[5] la Comisión Regional de Evaluación del Reglamento Sanitario Internacional (2005) establecida por el Comité Regional para el Mediterráneo Oriental[6] y otras iniciativas regionales.
10. Financiación nacional	A efectos de lograr la sostenibilidad a largo plazo, la presupuestación y la financiación de las capacidades básicas requeridas por el Reglamento como funciones esenciales de salud pública se deberán apoyar en la

[2] El INFORM Index for Risk Management es un instrumento para entender el riesgo planteado por las crisis y los desastres humanitarios. Se encuentra en: http://www.inform-index.org/Portals/0/InfoRM/INFORM%20Global%20Results%20Report%202017%20FINAL%20WEB.pdf?ver=2016-11-21-164053-717 (consultado el 17 de julio del 2017).

[3] Véase http://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-07/afr-rc66-6-en-2107.pdf (consultado el 20 de julio del 2017).

[4] Véase http://www.wpro.who.int/about/regional_committee/67/documents/wpr_rc67_9_apsed.pdf (consultado el 20 de julio del 2017).

[5] Véase http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf?ua=1 (consultado el 20 de julio del 2017).

[6] Véase http://applications.emro.who.int/docs/RC62_Resolutions_2015_R3_16576_EN.pdf?ua=1 (consultado el 20 de julio del 2017).

Principio rector	Detalles
	medida de lo posible con recursos nacionales. La Secretaría trabajará con los países para fomentar la asignación de recursos financieros nacionales al fortalecimiento y el mantenimiento de las funciones esenciales de salud pública en el contexto de los mecanismos nacionales de planificación y financiación. En los países que necesiten recursos externos sustanciales, la Secretaría contribuirá al fortalecimiento de los mecanismos institucionales que permitan coordinar la cooperación internacional, sobre la base de los principios de la cooperación eficaz para el desarrollo (implicación de los países, atención centrada en los resultados, alianzas integradoras, transparencia y rendición de cuentas).[7]
11. Vinculación del plan estratég mundial quinquenal con los requisitos del Reglamento Sanitario Internacional (200	El plan estratégico mundial quinquenal propondrá orientaciones estratégicas vinculadas a los requisitos pertinentes previstos en el Reglamento para los Estados Partes y la OMS, así como aspectos operacionales y técnicos voluntarios que no son requisitos impuestos por el Reglamento.
12. Atención centrada en los resultados, incluidos el monitoreo y la rendición de cuentas	El plan estratégico mundial quinquenal contará con su propio marco de monitoreo, con indicadores y plazos que se establecerán mediante el proceso de consultas y se utilizarán para la presentación de los informes anuales sobre los progresos a la Asamblea de la Salud.

Pilares

1. Establecimiento y mantenimiento de las capacidades básicas de los Estados Partes requeridas por el Reglamento Sanitario Internacional (2005)

a) En vista de las enseñanzas obtenidas en el brote de la enfermedad por el virus del Ébola en África Occidental en el 2014 y el 2015 y en otros eventos recientes de salud pública, los Estados Partes deben centrarse en el establecimiento y mantenimiento de sistemas de salud resilientes y en encuadrar las capacidades básicas como funciones esenciales de salud pública de sus sistemas de salud. Al cumplir los requisitos para asegurar la rendición de cuentas mutua a nivel internacional con respecto a la aplicación del RSI, los países tienen que establecer mecanismos nacionales de monitoreo y evaluación como parte de sus sistemas de salud, que también facilitarán el monitoreo del estado de las capacidades básicas como funciones esenciales de salud pública.

b) Será necesario considerar las implicaciones y los posibles avances en cuanto a la continuidad en ciertas capacidades de los países que serán consecuencia de la transición de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis a una estrategia de poscertificación. La 70.ª Asamblea Mundial de la Salud pidió al Director General, entre otras cosas, que "para el final de 2017, elabore un plan de acción estratégico para la transición que se presentará a la consideración de la 71.ª Asamblea Mundial de la Salud, por conducto del Consejo Ejecutivo en su 142.ª reunión, en el que: i) se determinen claramente las capacidades y los activos, especialmente a escala de país y, cuando proceda, de comunidad, necesarios para sostener los progresos realizados en otras áreas programáticas, como la vigilancia de enfermedades; la inmunización y el fortalecimiento de los sistemas de salud; la alerta temprana y la respuesta a las emergencias y los brotes epidémicos, incluidos el fortalecimiento y el mantenimiento de las capacidades básicas exigidas en el Reglamento Sanitario Internacional (2005)".[8]

c) Los Estados Partes han tenido poco más de 10 años para establecer las capacidades básicas para prevenir, detectar, evaluar, informar y responder a riesgos, eventos y emergencias de salud pública que

[7] Global Partnership for Effective Development Cooperation—principles. Se encuentra en http://effectivecooperation.org/about/principles/ (consultado el 17 de julio del 2017).
[8] Véase la decisión WHA70(9).

pudieran propagarse internacionalmente, de conformidad con los requisitos del Reglamento. Los Estados Partes deben seguir estableciendo y manteniendo estas capacidades básicas como funciones esenciales de salud pública de sus sistemas de salud para la aplicación eficaz del Reglamento, incluidas las capacidades relacionadas con los puntos de entrada.

d) En el caso de aquellos Estados Partes en los que los mecanismos nacionales de planificación, financiamiento, monitoreo y evaluación de sus sistemas de salud son subóptimos, la Secretaría elaborará pautas a fin de facilitar el establecimiento y mantenimiento de las capacidades básicas, como funciones esenciales de salud pública, como parte del proceso continuo de evaluación y planificación y en consonancia con la estrategia nacional de salud. De manera análoga, la Secretaría elaborará pautas a fin de facilitar el enfoque nacional de la planificación y el financiamiento intersectoriales. La Secretaría elaborará pautas y proporcionará apoyo técnico a los países para elaborar estos planes. La formulación de los planes de acción nacionales debe hacerse en consonancia con las estrategias y los planes del sector de la salud y, en su elaboración y ejecución, se debe poner de relieve la coordinación de los múltiples sectores y asociados, como la OIE y la FAO de conformidad con el enfoque de una salud. Dado que las capacidades básicas requeridas en el RSI abarcan varios sectores, el sector financiero y otros sectores deben formar parte del proceso de planificación para garantizar la coordinación intersectorial y la asignación de recursos financieros suficientes.

2. Manejo de eventos y cumplimiento

a) La Secretaría y los Estados Partes deben seguir cumpliendo sus obligaciones de conformidad con el Reglamento en relación con la detección, la evaluación y la notificación de los riesgos para la salud pública y eventos que pudieran propagarse internacionalmente, así como la presentación de información al respecto y la respuesta ante dichos riesgos y eventos. Se deberá reforzar la función de los Centros Nacionales de Enlace para el RSI por medio del asesoramiento técnico, procedimientos normalizados de trabajo, capacitación, intercambio de información y actividades sobre las enseñanzas extraídas.

b) La Secretaría fortalecerá sus funciones para la vigilancia basada en eventos mediante la nueva plataforma Epidemic Intelligence from Open Sources [inteligencia epidémica a partir de fuentes de acceso abierto] para la detección temprana y la evaluación de riesgos de los eventos de salud pública.

c) La Secretaría fortalecerá su función de administración de los grupos de expertos establecidos para apoyar la aplicación y el cumplimiento del Reglamento, es decir, la lista de expertos para los comités de emergencia y los comités de examen, el grupo consultivo científico y técnico sobre cartografía geográfica del riesgo de fiebre amarilla y el grupo consultivo *ad hoc* sobre desinsectación de aeronaves para controlar la propagación internacional de enfermedades transmitidas por vectores. También avanzará en el establecimiento del Grupo Consultivo Técnico de Expertos en Peligros Infecciosos con las funciones provisionales que se describen en el anexo 3 del documento A70/16.

d) Un elemento fundamental para el funcionamiento óptimo del sistema mundial de alerta y respuesta es el cumplimiento por los Estados Partes de los requisitos del Reglamento en relación con las medidas que se toman en respuesta a riesgos y eventos de salud pública, incluso durante las emergencias de salud pública de importancia internacional. La Secretaría, en cumplimiento del artículo 43 del Reglamento, proporcionará a los Estados Partes información relacionada con otras medidas de salud adoptadas por los Estados Partes. Asimismo, recopilará sistemáticamente información sobre medidas adicionales y, para las medidas que interfieran considerablemente con el tránsito internacional de conformidad con el artículo 43, transmitirá a los otros Estados Partes la justificación de salud pública y las pruebas científicas proporcionadas por los Estados Partes que hayan tomado dichas medidas.

3. Medición del progreso y rendición de cuentas

a) Un elemento importante para la preparación y respuesta de la salud mundial es el monitoreo continuo del progreso en el establecimiento y el mantenimiento por los Estados Partes de las capacidades básicas detalladas en el anexo 1 del Reglamento, y la capacidad del sistema mundial para responder a eventos de salud pública que pudieran propagarse internacionalmente.

b) De acuerdo con el artículo 54.1 del Reglamento, "[l]os Estados Partes y el Director General informarán a la Asamblea de la Salud sobre la aplicación del presente Reglamento según decida la Asamblea de la Salud". Esto abarca el monitoreo del estado de las capacidades básicas detalladas en el anexo 1 del Reglamento. La frecuencia anual de los informes a la Asamblea de la Salud se estableció en la 61.a Asamblea

Mundial de la Salud en el 2008.9 Desde el 2010, la Secretaría ha propuesto una herramienta de autoevaluación, centrada exclusivamente en las capacidades básicas, para que los Estados Partes cumplan su obligación de informar anualmente a la Asamblea de la Salud. En cumplimiento del artículo 54 del Reglamento sobre la presentación de informes y examen y de la resolución WHA68.5 (2015) sobre las Recomendaciones del Comité de Examen sobre las segundas prórrogas para establecer capacidades nacionales de salud pública y sobre la aplicación del RSI, y como resultado de las consultas realizadas durante las reuniones de los comités regionales en el 2017, el plan estratégico mundial quinquenal propondrá un marco revisado de monitoreo y evaluación del RSI para informar a la Asamblea de la Salud sobre el estado de la aplicación del Reglamento.

c) Entretanto, la Secretaría seguirá proponiendo la herramienta de autoevaluación para la notificación anual introducida en el 2010 y al mismo tiempo responderá a las solicitudes de Estados Miembros que quieran usar instrumentos adicionales de monitoreo y evaluación como parte del Marco de monitoreo y evaluación del RSI. Como se señala en el documento A70/16, del cual tomó nota la 70.ª Asamblea Mundial de la Salud en el 2017, a fin de mantener la coherencia y congruencia entre los diversos instrumentos, la Secretaría examinará la herramienta para los informes anuales y se propondrá este instrumento revisado a los Estados Partes para la presentación de informes anuales en el futuro.

d) El plan estratégico mundial quinquenal contendrá indicadores y plazos para medir el progreso a nivel mundial y regional. La mayoría de las regiones ya tienen estrategias y marcos específicos que se tendrán en cuenta al adoptar el enfoque de monitoreo del plan estratégico mundial quinquenal.

= = =

[9] Véase la resolución WHA61.2 (2008).

Anexo C: Lista de Participantes

Consulta Regional Formal sobre el Reglamento Sanitario Internacional

São Paulo, Brasil, 17-19 de julio del 2017

Lista de Participantes **List of Participants**

Nombre Name		Pais Country	E-mail
Walter Percival	Christopher	Antigua and Barbuda	walter.p.christopher@gmail.com
James Edwin	Knight	Antigua and Barbuda	nitejam@hotmail.com
Jorgelina	Constanzi	Argentina	jorgelina_costanzi@yahoo.com.ar
María	Mesplet	Argentina	mmesplet@msal.gov.ar / rsiargentinamsal@gmail.com

Pearl Denette	McMillan	Bahamas	pearlmcmillan@bahamas.gov.bs
Marvin	Manzanero	Belize	dhs@health.gov.bz
Russell	Manzanero	Belize	rmanzanero@health.gov.bz
Jhovana	Huanca Quispe	Bolivia	jhovana_cu@hotmail.com
Lidia Amalia	Mendez Sáenz	Bolivia	amendez1968@hotmail.com
Andressa	Bolzan Degaut	Brazil	andressa.degaut@saude.gov.br
Marcio Henrique	De Oliveira Garcia	Brazil	marcio.garcia@saude.gov.br
Rodrigo Matias	de Souza	Brazil	rodrigo.mesande@saude.gov.br
Greice Madeleine	Do Carmo	Brazil	greice.madeleine@saude.gov.br
Eduardo	Hage Carmo	Brazil	eduardohage@isags-unasur.org
Marilla	Lavocat Nunes	Brazil	marilia.lavocat@saude.gov.br
Indiara	Meira Goncalves	Brazil	indiara.goncalves@saude.gov.br
Rodolfo	Navarro Nunes	Brazil	rodolfo.nunes@anvisa.gov.br
Joao Paulo	Toledo	Brazil	joao.toledo@saude.gov.br

Katharine	Acs-Charter	Canada	katharine.acscharter@phac-aspc.gc.ca
Sergio	Loayza	Chile	sloayza@minsal.cl
Patricia	Salvadó	Chile	patricia.salvado@minsal.cl
Sandra	Girón	Colombia	sgiron@minsalud.gov.co
Carlos	Salguero Mendoza	Costa Rica	carlos.salguero@misalud.go.cr
Shalauddin	Ahmed	Dominica	ahmeds@dominica.gov.dm
José Luis	Cruz Raposo	Dominican Republic	josecru@gmail.com
Hector	Quezada	Dominican Republic	drhquezada@gmail.com
Iván	Cantos	Ecuador	ivan.cantos@msp.gob.ec / cantosivan86@gmail.com
Andrés	Román	Ecuador	andres.roman@msp.gov.ec
Lilian Angelica	Cruz	El Salvador	lcruz@salud.gob.sv
Oscar René	Sorto Rubio	El Salvador	osorto@salud.gob.sv
Bowen Wesley	Louison	Grenada	bowen.louison88@gmail.com
George Winston	Mitchell	Grenada	mitgeogw@gmail.com

Mario	Chang	Guatemala	chang.dr@gmail.com
Joshua Ignatius	DaSilva	Guyana	joshuaignatiusdasilva23@gmail.com
Lesly Liverdieu	Andrecy	Haiti	alesly2004@yahoo.fr
Gerard	Joseph	Haiti	gerardajo944@gmail.com / gajo09@yahoo.fr
Roberto	Cosenza	Honduras	dgriss.16@gmail.com
Diana	Nunez	Honduras	uvs@salud.gob.hn
Jacqueline	Bissassor Mckenzie	Jamaica	mckenziej@moh.gov.jm / drjmckenzie@gmail.com
Nicole	Lowe Fahmi	Jamaica	fahmin@moh.gov.jm
Ana Lucia	de La Garza	Mexico	ana.delagarza@salud.gob.mx/ anadelagarza.dge@gmail.com
Miguel Alberto	Molina	Mexico	miguel.molinau17@gmail.com/ miguel.molina@salud.gob.mx
Octavio	Chávez	Nicaragua	xe1s67-chi@minsa.gob.ni / ochave0@gmail.com
Luis Iván	Gutierrez	Nicaragua	vigepi@minsa.gob.ni
Israel	Cedeño	Panama	icedeno@minsa.gob.pa
Cecilio	Tejeira	Panama	ctejeira@minsa.gob.pa

María Agueda	Cabello Sarubi	Paraguay	aguedacabello@gmail.com
Andrea	Ojeda	Paraguay	andy_bio2006@hotmail.com
Manuel Jesús	Loayza Alarico	Peru	mloayza@dge.gob.pe / mloayzaa@yahoo.com
Mirtha Gabriela	Soto Cabezas	Peru	gsoto@dge.gob.pe
Gemma	Chery	Saint Lucia	slugems@yahoo.com
Parker	Ragnanan	Saint Lucia	parker.ragnanan@health.gov.lc
Radjesh	Ramadhin	Suriname	rjramadhin@gmail.com
Edith	Tilon	Suriname	edith.tilon@health.gov.sr
Adelle-Lisa	Chang On	Trinidad and Tobago	adelle.chin@health.gov.tt
Amy	Dubois	United States	duboisae@state.gov
Jack	Herrmann	United States	jack.herrmann@hhs.gov
Christopher	Perdue	United States	christopher.perdue@hhs.gov
Cody	Thornton	United States	cody.thornton@hhs.gov
Laura	Solá	Uruguay	lsola@msp.gub.uy

Carmen	Dolea	WHO-OMS	doleac@who.int
Ximena	Aguilera	PAHO/WHO-OPS/OMS	xaguilera@udd.cl
Lara	Daibert	PAHO/WHO-OPS/OMS	laradaibert@gmail.com
Hernan	Rosenberg	PAHO/WHO-OPS/OMS	hernanrosenberg2@gmail.com
Mario	Masana	PAHO/WHO-OPS/OMS Argentina	mmasana@paho.org
Matheus	Cerroni	PAHO/WHO-OPS/OMS Brazil	cerronimat@paho.org
Zohra	Abaakouk	PAHO/WHO-OPS/OMS Chile	abaakoukz@paho.com
Aida	Soto	PAHO/WHO-OPS/OMS Ecuador	sotoa@paho.org
Mariano	Bonet Gorbea	PAHO/WHO-OPS/OMS Guyana	bonetm@paho.org
Natael	Fenelon	PAHO/WHO-OPS/OMS Haiti	fenelonnat@paho.org
Amy	Tovar	PAHO/WHO-OPS/OMS	tovaramy@paho.org

		Honduras	
Sandra Tamara	Mancero	PAHO/WHO-OPS/OMS Mexico	mancerot@paho.org
Guillermo	Gonzalvez	PAHO/WHO-OPS/OMS Nicaragua	gonzalvezg@paho.org
Ana Margarita	Botello	PAHO/WHO-OPS/OMS Panama	botelloana@paho.org
Eldonna	Boisson	PAHO/WHO-OPS/OMS Trinidad and Tobago	boissoel@paho.org
Veronica	Abdala	PAHO/WHO-OPS/OMS BIREME	abdalave@paho.org
Marcia	Barretto	PAHO/WHO-OPS/OMS BIREME	barretto@paho.org
Lilian	Caló	PAHO/WHO-OPS/OMS BIREME	calolili@paho.org
Jobar	Farias	PAHO/WHO-OPS/OMS BIREME	fariasjo@paho.org

Renato	Murasaki	PAHO/WHO-OPS/OMS BIREME	murasaki@paho.org
Silvia	Valentin	PAHO/WHO-OPS/OMS BIREME	valentins@paho.org
Maria	Almiron	PAHO/WHO-OPS/OMS	almironm@paho.org
Roberta	Andraghetti	PAHO/WHO-OPS/OMS	andragro@paho.org
Ernesto	Bascolo	PAHO/WHO-OPS/OMS	bascoloe@paho.org
Mariana	Faria	PAHO/WHO-OPS/OMS	fariatmar@paho.org
Enrique	Perez	PAHO/WHO-OPS/OMS	pereze@paho.org
Ciro	Ugarte	PAHO/WHO-OPS/OMS	ugarteci@paho.org

Anexo D: Agenda

Consulta Formal Regional sobre el Reglamento Sanitario Internacional (RSI)

Sao Paulo, Brasil, 17-19 de julio del 2017

Agenda provisional

Lunes, 17 de julio del 2017, Día 1		
Horario	**Tema**	**Detalles**
08.00-08.30	Registro de participantes	
08.30-08.45	Apertura de la reunión	Ministerio de Salud de Brasil OPS/OMS
08.45-09.00	Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud (BIREME)	OPS/OMS/BIREME
09.00-09.15	Logística, objetivos, y metodología de trabajo de la Consulta	OPS/OMS
09.15-09.30	Presentación de los participantes	
09.30-10.00	Estado de la aplicación, implementación, y cumplimiento con el RSI en las Américas y Documentos, Decisiones y Resoluciones relevantes de los Cuerpos Directivos de la OPS y OMS	OPS/OMS
10.00-10.15	*Café*	
10.15-10.45	**Sesión 1:** Introducción del trabajo de grupo	OPS/OMS
	Plan estratégico mundial quinquenal para mejorar la preparación y respuesta de salud pública (Plan estratégico mundial quinquenal)– Documento de "Consulta con los Estados Miembros" - Alcance - Plan estratégico mundial quinquenal para mejorar la preparación y respuesta de salud pública y Marco de Monitoreo y Evaluación del RSI - Relación entre el Plan estratégico mundial quinquenal y Planes operativos regionales - Relación entre el Plan estratégico mundial quinquenal y los Planes Bienales de Trabajo 2018-2019 de la OPS y de la OMS - Articulación del Plan estratégico mundial quinquenal con los Planes de otros organizaciones internacionales relevantes - Proceso de consulta con los Estados Miembros - Principios subyacentes del Plan estratégico mundial quinquenal - Esquema del Plan estratégico mundial quinquenal - Mecanismos de medición del progreso en la implementación del Plan estratégico mundial quinquenal	
10.45-12.30	**Sesión 1:** Trabajo de grupo	Tres/cuatro grupos (Facilitadores y salas de trabajo de grupo a comunicarse)
12.30-13.30	*Almuerzo*	

Lunes, 17 de julio del 2017, Día 1		
Horario	**Tema**	**Detalles**
13.30-14.30	**Sesión 1:** Presentación del trabajo de grupo y discusión	Relatores (uno por grupo)
14.30-15.00	**Sesión 2:** Introducción del trabajo de grupo	
	Pilar estratégico 3: Medición del progreso y rendición de cuentas - Mecanismos de medición del progreso en la implementación del Plan estratégico mundial quinquenal - ("un") Marco de Monitoreo y Evaluación del RSI revisado - Obligatorio: Auto-evaluación - Voluntario: Examen posterior a la acción - Voluntario: Ejercicio de simulación - Voluntario: Evaluación externa conjunta - Presentación de la información a la Asamblea Mundial de la Salud - Articulación con otros mecanismos internacionales de Monitoreo y Evaluación	
15.00-15.15	*Café*	
15.15-17.00	**Sesión 2:** Trabajo de grupo	Tres/cuatro grupos (Facilitadores y salas de trabajo de grupo a comunicarse)
17.00-18.00	**Sesión 2:** Presentación del trabajo de grupo y discusión	Relatores (uno por grupo)
19.30	*Cena*	

Martes, 18 de julio del 2017, Día 2		
Horario	**Tema**	**Detalles**
08.30-09.30	**Sesión 3:** Introducción del trabajo de grupo	
	Pilar estratégico 1: Establecimiento y mantenimiento de las capacidades básicas de los Estados Partes - Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud (15min) - Implementación del RSI como parte del proceso de fortalecimiento de los sistemas de salud - Enmarcamiento de las capacidades básicas como funciones esenciales de salud publica - Construcción y mantenimiento de sistemas de salud resilientes - Mecanismos de planificación, financiamiento, y monitoreo y evaluación: un continuum en el contexto de la estrategia nacional de salud - Articulaciones interministeriales relacionadas con la planificación y el financiamiento - Movilización de recursos	
09.30-10.30	**Sesión 3:** Trabajo de grupo	Tres/cuatro grupos (Facilitadores y salas de trabajo de grupo a comunicarse)
10.30-10.45	*Café*	
10.45-11.30	**Sesión 3:** Trabajo de grupo – Continuación	Tres/cuatro grupos (Facilitadores y salas de trabajo de grupo a comunicarse)
11.30-12.30	**Sesión 3:** Presentación del trabajo de grupo y discusión	Relatores (uno por grupo)
12.30-13.30	*Almuerzo*	
13.30-14.00	**Sesión 4:** Introducción del trabajo de grupo	
	Pilar estratégico 1: Establecimiento y mantenimiento de las capacidades básicas de los Estados Partes - Centro Nacionales de Enlace para el RSI (también Pilar estratégico 2: Manejo de eventos y cumplimiento) - Riesgos químicos - Riesgos relacionados con radiaciones - Recursos humanos - Puntos de Entrada	
14.00-16.15	**Sesión 4:** Trabajo de grupo	Tres/cuatro grupos (Facilitadores y salas de trabajo de grupo a comunicarse)
16.15-16.30	*Café*	
16.30-17.30	**Sesión 4:** Presentación del trabajo de grupo y discusión	Relatores (uno por grupo)
19.30	*Cena*	

Miércoles, 19 de julio del 2017, Día 3		
Horario	**Tema**	**Detalles**
08.30-09.00	**Sesión 5:** Introducción del trabajo de grupo	OPS/OMS
	Pilar estratégico 2: Manejo de eventos y cumplimiento *Parte 1* - Manejo de eventos - Detección de eventos - Evaluación del riesgo - Diseminación de la información - Respuesta, incluyendo la adopción de posibles Medidas sanitarias adicionales Parte 2 - Grupos de expertos de asesoramiento a la OMS - Lista de Expertos del RSI (Comité de Emergencia y Comité de Examen) - Grupo consultivo científico-técnico sobre cartografía geográfica del riesgo de fiebre amarilla (GRYF) - Establecimiento del Grupo científico asesor de expertos sobre los riesgos relativos a las enfermedades infecciosas	
09.00-10.30	**Sesión 5:** Trabajo de grupo – *Parte 1*	Tres/cuatro grupos (Facilitadores y salas de trabajo de grupo a comunicarse)
10.30-10.45	*Café*	
10.45-12.00	**Sesión 5:** Trabajo de grupo – *Parte 2*	Tres/cuatro grupos (Facilitadores y salas de trabajo de grupo a comunicarse)
12.00-13.00	**Sesión 5:** Presentación del trabajo de grupo y discusión	Relatores (uno por grupo)
13.00-14.00	*Almuerzo*	
14.00-16.15	Discusión plenaria: - Resumen de los aportes al Plan estratégico mundial quinquenal - Resumen de los aportes para elaborar el Plan Operativo Regional - Acciones frente a la 29.a Conferencia Sanitaria Panamericana/69.o Comité Regional de la OMS para las Américas	
16.15-16.30	Cierre de la reunión	Ministerio de Salud de Brasil OPS/OMS
16.30-17.00	*Café*	
19.30	*Cena*	

Anexo E. Preguntas

Alcance del proyecto de plan estratégico mundial quinquenal

Pregunta 1. ¿Se debería incorporar el Marco de monitoreo y evaluación del RSI en el proyecto de plan estratégico mundial quinquenal o se debería dar curso separado a estos dos documentos en los Órganos Deliberantes de la OMS?

Pregunta 2. ¿Cómo se puede alcanzar un equilibrio en el proyecto de plan estratégico mundial quinquenal entre la atención de las necesidades tanto de los países prioritarios en situación de fragilidad como de los países que no tienen prioridad?

Pregunta 3. ¿Es necesario elaborar un plan operativo regional quinquenal independiente, además de los planes de trabajo bienales de la OPS (2018-2019 y subsiguientes)?

Pregunta 4. A falta de un plan operativo regional quinquenal independiente, ¿serían los mecanismos actuales de planificación y prestación de cooperación técnica de la Oficina suficientes para abarcar y absorber lo que deba hacerse para apoyar a los países en el ámbito de los preparativos y la respuesta en las Américas?

Pilar estratégico 1: Establecimiento y mantenimiento de las capacidades básicas de los Estados Partes

Pregunta 5. Los Estados Partes de las Américas han indicado la necesidad de que la Secretaría de la OMS o la Oficina elabore un marco conceptual que conecte las funciones esenciales de salud pública y las capacidades básicas detalladas en el anexo 1 del RSI. ¿Todavía es necesario hacerlo?

Pregunta 6. Sobre la base de la experiencia de los últimos diez años con el uso del RSI como herramienta para establecer y mantener las capacidades básicas, ¿qué mecanismos de planificación, presupuestarios y de asignación de recursos hay que adoptar o mejorar a fin de fortalecer más esas capacidades y lograr su sostenibilidad?

Pregunta 7. Considerando la heterogeneidad de los procesos nacionales de planificación en toda la Región, ¿se necesita el apoyo de la Oficina para evaluar la necesidad de fortalecer los procesos de planificación nacionales, a fin de que los elementos relacionados con las funciones esenciales de salud pública (las capacidades básicas detalladas en anexo 1 del RSI) puedan incorporarse en dichos procesos, evitando así la duplicación que representaría la elaboración de planes subsidiarios dedicados al RSI?

Pregunta 8. Los recursos financieros no son el único tipo de recurso en juego. ¿Es necesario que la Oficina apoye la planificación, la presupuestación u otros procesos de asignación de recursos para determinar la cantidad y el tipo de recursos necesarios?

Pregunta 9. ¿Cómo se conectarán las estrategias de cooperación en los países con los planes de trabajo bienales de la OPS (2018-2019 y subsiguientes) o con el plan operativo regional quinquenal? ¿Habrá un enlace con las estrategias de cooperación en los países?

Pregunta 10. ¿Qué dificultades hay a nivel nacional para seleccionar y activar mecanismos institucionales a fin de facilitar la acción intersectorial (por ejemplo, cómo encarar los ejercicios de planificación conjunta, cómo elaborar acuerdos interministeriales específicos)?

Unrevised by CBO/IR

¿Es necesario que la Oficina preparare una nota o un documento en el cual se describan los posibles enfoques?

Pilar estratégico 2: Manejo de eventos y cumplimiento

Centro Nacional de Enlace para el RSI

Pregunta 11. ¿Cuáles son los retos principales que enfrentan los centros nacionales de enlace para cumplir las funciones obligatorias detalladas en el artículo 4 del RSI?

Pregunta 12. A fin de apoyar a los centros nacionales de enlace en el fortalecimiento y mantenimiento de sus funciones obligatorias, ¿qué acción debería incorporarse en el proyecto de plan estratégico mundial quinquenal? [El proyecto de plan estratégico mundial quinquenal se refiere a la orientación técnica, los procedimientos normalizados de trabajo, la capacitación, el intercambio de información y actividades de aprendizaje.]

Pregunta 13. A fin de apoyar a los centros nacionales de enlace en el fortalecimiento y mantenimiento de sus funciones obligatorias, ¿qué acción debería incorporarse en los planes de trabajo bienales de la OPS (2018-2019 y subsiguientes) o en el plan operativo regional quinquenal?

Manejo de eventos de salud pública agudos

Pregunta 14. ¿Qué estrategias deben reflejarse en el proyecto de plan estratégico mundial quinquenal para fortalecer el manejo de eventos (detección, evaluación de riesgos, intercambio de información y respuesta)?

Pregunta 15. En vista de que la Secretaría de la OMS está elaborando una nueva herramienta de información especial sobre epidemias situada en la web, ¿qué características debe tener esta herramienta para apoyar a los países en el manejo de eventos de salud pública?

Medidas sanitarias adicionales

Pregunta 16. Debido a la percepción de un tratamiento asimétrico de diferentes Estados Partes por la Secretaría de la OMS y con el fin de mejorar la transparencia, ¿deberían incluirse pasos para establecer un proceso estandarizado para el monitoreo y el manejo de medidas sanitarias adicionales, incluido el incremento escalonado en casos de incumplimiento, en el plan estratégico mundial quinquenal como proceso participativo que abarque a los Estados Partes?

Pregunta 17. ¿Se deberían incluir consideraciones con respecto a la medida en que los diálogos bilaterales entre países deberían formar parte del proceso para resolver controversias surgidas de la adopción de medidas sanitarias, incluidas las medidas adicionales?

Grupos consultivos de expertos

Pregunta 18. ¿Cómo se puede asegurar que todas las regiones estén igualmente representadas en los grupos consultivos y en la Lista de Expertos del RSI?

Unrevised by GBO/IR

Pilar estratégico 3: Medición del progreso y rendición de cuentas, con énfasis en el Marco de monitoreo y evaluación del RSI

Pregunta 20. ¿Siguen siendo válidas las observaciones sobre el Marco de monitoreo y evaluación del RSI formuladas por Estados Partes de las Américas en las consultas formales del 2015 y 2016? (Las observaciones de los Estados Partes de las Américas se presentan en el anexo B del documento CD55/12 Rev.1.)

Pregunta 21. ¿Se debe presentar el Marco de monitoreo y evaluación del RSI a la Asamblea Mundial de la Salud como paquete, con las herramientas, la información que hay que presentar, las modalidades para el intercambio de información con diferentes usuarios y el formato de las observaciones proporcionadas a los Estados Miembros?

Pregunta 22. Para asegurar la transparencia y considerando los asuntos planteados por los Estados Miembros en la 70.ª Asamblea Mundial de la Salud, ¿debería la Secretaría de la OMS poner en marcha un proceso consultivo mundial para revisar el Marco de monitoreo y evaluación del RSI presentado en el documento A69/20 o el paquete descrito anteriormente?

Exámenes voluntarios posteriores a la acción

Pregunta 23. ¿Debería la Región de las Américas ser una pionera y probar a título piloto este componente del Marco de monitoreo y evaluación del RSI como tema prioritario por medio de una plataforma interactiva (por ejemplo, una adaptación del sitio de información sobre eventos), dado que esto no se recogió en los documentos elaborados a nivel mundial?

Ejercicios voluntarios de simulación

Pregunta 24. ¿Qué atributos debe tener un ejercicio de simulación para que se pueda presentar un informe voluntario al respecto a la Asamblea Mundial de la Salud (por ejemplo, participación del nivel nacional, naturaleza de la participación del nivel nacional, enfoque metodológico [ejercicios basados en deliberaciones, como ejercicios de mesa; ejercicios basados en operaciones, como prácticas, ejercicios funcionales y ejercicios de campo o en gran escala], resultados concretos [por ejemplo, ajustes de los planes nacionales, cambios documentados de prácticas, cambios de políticas])?

Evaluaciones externas conjuntas voluntarias

Pregunta 25. Considerando la prioridad asignada por la Secretaría de la OMS a las evaluaciones externas conjuntas, así como las observaciones recibidas de los Estados Partes de las Américas en el 2015 y 2016, la Oficina Sanitaria Panamericana está proponiendo un enfoque de las evaluaciones externas conjuntas adaptado a las Américas que se detalla a continuación. ¿Hay acuerdo con respecto a los elementos del protocolo propuesto?

Unrevised by CBO/IR