

53.º CONSEJO DIRECTIVO

66.ª SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL DE LA OMS PARA LAS AMÉRICAS

Washington, D.C., EUA, 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014

Punto 4.12 del orden del día provisional

CD53/14
28 de julio del 2014
Original: inglés

AVANCE HACIA UNA POSICIÓN REGIONAL SOBRE EL REGLAMENTO SANITARIO INTERNACIONAL

1. La finalidad del presente informe es proporcionar una actualización sobre el estado de la implementación del Reglamento Sanitario Internacional (en adelante el RSI o el Reglamento). En él se actualiza el último informe presentado en el 2013 al Comité Ejecutivo en su 152.ª sesión (1) y se destacan algunos temas que merecen una acción concertada por parte de los Estados Partes de la Región de las Américas para la implementación futura del Reglamento.
 2. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) actúa como punto de contacto de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el RSI para la Región de las Américas y facilita el manejo de los eventos de salud pública por conducto de los canales de comunicación establecidos con los centros nacionales de enlace para el RSI (CNE). En el 2013, los 35 Estados Partes de la Región presentaron una confirmación o actualización anual de los datos para establecer contacto con su CNE. Algunas pruebas de conectividad de rutina realizadas en el 2013 entre el punto de contacto de la OMS para el RSI y los CNE de la Región dieron resultados satisfactorios en 33 de los 35 Estados Partes (94%), en el caso del correo electrónico, y en 32 de los 35 Estados Partes (91%) en el caso del teléfono.
 3. En el período comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre del 2013 se detectaron y evaluaron un total de 82 eventos de salud pública en la Región con posibles implicaciones internacionales. En 54 de los 82 eventos (66%), las autoridades sanitarias nacionales, por conducto del CNE en 40 ocasiones, fueron la fuente inicial de información. Se solicitó y obtuvo verificación para 13 eventos detectados mediante fuentes informales u oficiosas. De los 82 casos considerados, 40 (49%) constituyeron un evento de salud pública de importancia internacional comprobada y afectaron a 20 Estados Partes de la Región. La mayoría de estos 40 eventos se atribuyeron a los riesgos infecciosos (20 eventos o 50%), y las causas registradas con mayor frecuencia fueron el virus del dengue (tres eventos) y el virus chikungunya (tres eventos). Los restantes 20 eventos de salud pública de importancia internacional comprobada se atribuyeron a los siguientes riesgos: inocuidad de los alimentos
-

(7), relativos a los productos (5), de origen indeterminado (4), relativos a las zoonosis (2), químicos (1) y relativos a la radiación (1).

4. A continuación se destacan los principales eventos de salud pública que, en el 2014 (del 1 de enero al 15 de julio del 2014), afectaron a los Estados Partes de la Región de las Américas o tuvieron consecuencias para la salud pública:

- a) El virus chikungunya se detectó en la subregión del Caribe en diciembre del 2013. Al 11 de julio del 2014, se había documentado la transmisión autóctona del virus en 10 Estados Partes y 12 territorios de esa subregión, así como en un Estado Parte de Centroamérica. Se notificaron casos importados del chikungunya en tres Estados Partes y un territorio de la subregión del Caribe, dos Estados Partes de Centroamérica, cinco Estados Partes de Sudamérica y dos Estados Partes de Norteamérica.
- b) El primer caso importado de síndrome respiratorio de Oriente Medio por coronavirus (MERS-CoV) en la Región se detectó en los Estados Unidos en mayo del 2014. En respuesta a la propagación del MERS-CoV, que comenzó en el 2012 y actualmente aún sobreviene principalmente en la Región del Mediterráneo Oriental, la Directora General de la OMS convocó el Comité de Emergencias del RSI en relación con el síndrome respiratorio de Oriente Medio por coronavirus, que se reunió seis veces entre julio del 2013 y junio del 2014, y cuyo asesoramiento no dio lugar a que la Directora General declarara una emergencia de salud pública de importancia internacional (ESPII).
- c) Actualmente, tres Estados Partes (Camerún, Pakistán y Siria) exportan poliovirus salvaje y en siete (Afganistán, Guinea Ecuatorial, Etiopía, Iraq, Israel, Nigeria y Somalia) está presente pero no hay exportación. Habida cuenta de la gravedad de la situación, la Directora General convocó el Comité de Emergencias del RSI para examinar la propagación internacional de poliovirus. Después de la primera reunión de este Comité, celebrada el 28 y 29 de abril del 2014, la Directora General determinó que la propagación internacional de poliovirus salvaje era una ESPII y se formularon recomendaciones temporales a tal efecto. La OPS recomendó a los Estados Partes de la Región de las Américas que siguieran aplicando las recomendaciones del Grupo Técnico Asesor sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación para mantener a la Región libre de poliovirus salvaje. Conviene destacar que, el 18 de junio del 2014, el CNE de Brasil notificó la detección del poliovirus salvaje tipo 1 en muestras de aguas residuales recolectadas en marzo del mismo año en el aeropuerto internacional de Viracopos, en Campiñas, São Paulo. No se ha informado en el país de casos presuntos o confirmados de infección por el poliovirus en humanos.

5. De conformidad con los artículos 5 y 13 del RSI y con posteridad a la solicitud de prórroga y la presentación del correspondiente plan de acción nacional 2012-2014, en junio del 2012, 29 de los 35 Estados Partes de la Región de las Américas (83%) recibieron una prórroga hasta el 15 de junio del 2014 con el objeto de que dispusieran de más tiempo para establecer las capacidades básicas descritas en el anexo 1 del Reglamento. Las fechas límite

relacionadas con las capacidades básicas estipuladas en el Reglamento deben considerarse más bien como hitos en un proceso en curso de preparación en materia de salud pública y como un incentivo para que las autoridades nacionales garanticen los recursos para mantener las capacidades básicas; sin embargo, los plazos previstos son difíciles de cumplir.

6. Por consiguiente, en cumplimiento de las disposiciones del RSI mencionadas que permiten prorrogar la fecha prevista al 15 de junio del 2016 y tras la aprobación del Consejo Ejecutivo de la OMS, en su 134.^a reunión, de los criterios relacionados con la posible solicitud de prórroga adicional, se pidió a los 35 Estados Partes de la Región que comunicaran formalmente su postura frente a la posible prórroga a más tardar el 15 de abril del 2014. Mediante reuniones virtuales y presenciales, la OPS acompañó a los Estados Partes en su proceso decisorio sobre la posibilidad de prórroga adicional para el 2014-2016.

7. Al 12 de junio del 2014, 32 de los 35 Estados Partes de la Región (91%) habían comunicado formalmente a la OPS y la OMS su postura frente a la posibilidad de prórroga adicional para el 2014-2016. De estos, 22 solicitaron la prórroga y todos menos dos de los 22 presentaron el plan nacional de acción correspondiente; siete de los Estados Partes que recibieron la prórroga para el 2012-2014 determinaron que las capacidades básicas estaban presentes y podrían mantenerse. Tres Estados Partes que en el 2012 habían determinado que las capacidades básicas estaban presentes reiteraron su capacidad para mantenerlas. Actualmente, la OPS y la OMS están llevando a cabo el examen técnico de los planes nacionales de acción 2014-2016 presentados.

8. Las solicitudes de prórroga y los planes nacionales de acción correspondientes serán examinados por un Comité de Examen del RSI que se convocará, muy probablemente para el cuarto trimestre del 2014, para asesorar a la Directora General de la OMS sobre el proceso de concesión de prórrogas. En el cuadro que figura en el anexo se presenta un resumen de las solicitudes de prórroga adicional para el 2014-2016 presentadas por los Estados Partes.

9. Los informes anuales de los Estados Partes presentados a la Asamblea Mundial de la Salud entre el 2011 y el 2014 indicaron mejoras constantes a escala regional en relación con la mayoría de las capacidades básicas. Sin embargo, el estado de las capacidades básicas en las subregiones sigue siendo heterogéneo, como se destaca en los informes anuales presentados por los Estados Partes. Al 6 de mayo del 2014, 33 de los 35 Estados Partes de la Región de las Américas (94%) habían presentado su informe a la 67.^a Asamblea Mundial de la Salud.

10. Al compararse los últimos informes con los informes anuales presentados a la 66.^a Asamblea Mundial de la Salud, los datos indican que los Estados Partes están logrando avances en varias capacidades básicas. Las principales áreas de progreso, en orden decreciente de importancia, son las siguientes: legislación, política y financiamiento (+14%); preparación (+13%); eventos relativos a la radiación (+12%); comunicación de riesgos (+12%); recursos humanos (+11%); coordinación y comunicación con los CNE (+8%); eventos zoonóticos (+8%); y eventos relativos a los riesgos químicos (+7%). No se observan cambios importantes en las cinco capacidades restantes. En el anexo figura un resumen de los

informes anuales presentados por los Estados Partes de la Región de las Américas a la 67.^a Asamblea Mundial de la Salud.

11. A pesar de los progresos realizados, los puntos débiles más importantes observados en la Región —con puntuaciones por debajo del 60%— todavía se relacionan con las capacidades para prepararse y responder frente a eventos relativos a los riesgos químicos (55%) y a la radiación (53%). La OPS continúa redoblando sus esfuerzos en conjunto con otros organismos especializados internacionales (por ejemplo, el Organismo Internacional de Energía Atómica) y los asociados con pericia pertinente en la Región (por ejemplo, el Centros Colaborador de la OMS en prevención, preparación y respuesta a las situaciones de emergencia causadas por productos químicos en la Compañía Ambiental del Estado de São Paulo, Brasil, y el Organismo de Salud Pública del Canadá) para apoyar los esfuerzos de los Estados Partes de la Región que les permitan establecer estas capacidades.

12. Las capacidades básicas en los puntos de entrada designados y el cumplimiento de otras disposiciones pertinentes del RSI se han fortalecido mediante la colaboración con la Organización de Aviación Civil Internacional; también se han visto favorecidas en el marco del Arreglo de Cooperación para la Prevención y Gestión de Eventos de Salud Pública en la Aviación Civil (CAPSCA). La Quinta Reunión del Proyecto CAPSCA-Américas se celebró en Barbados del 2 al 6 de septiembre del 2013. Las primeras interacciones con la Comisión Interamericana de Puertos de la Organización de los Estados Americanos también son prometedoras en cuanto a su empeño para apoyar a las autoridades nacionales en sus esfuerzos por establecer un abordaje intersectorial eficaz de salud pública en los puertos.

13. Al 6 de mayo del 2014 había 484 puertos en 27 Estados Partes de la Región de las Américas autorizados para expedir certificados de sanidad a bordo (2). Por medio de los CNE se pidió a los Estados Partes que formularan observaciones acerca de los procedimientos propuestos por la sede de la OMS para la certificación voluntaria de los aeropuertos y los puertos designados.

14. Veintinueve de los 35 Estados Partes de la Región colaboraron en la actualización del 2014 de la publicación de la OMS *Viajes internacionales y salud* (3) en un proceso que tuvo amplia participación. Se celebraron varias reuniones virtuales entre la OPS y las autoridades nacionales de algunos países para examinar el mapeo del riesgo de transmisión de la fiebre amarilla, así como los requisitos y las recomendaciones de vacunación contra esa enfermedad para los viajeros.

15. En el 2013, el Grupo de Expertos de la OMS en Asesoramiento Estratégico sobre Inmunización recomendó que una dosis única de la vacuna antiamarílica es suficiente para conferir inmunidad sostenida y proteger de por vida contra la fiebre amarilla, y que no es necesaria una dosis de refuerzo de la vacuna. Esta recomendación recibió el respaldo de la 67.^a Asamblea Mundial de la Salud y culminó en la aprobación de la resolución WHA67.13, *Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005)*, relativa a la enmienda del anexo 7 del RSI(4).

16. Al 6 de mayo del 2014, en la Lista de Expertos del RSI figuraban 407 profesionales, 111 de los cuales pertenecen a la Región de las Américas, incluidos ocho designados por los Estados Partes respectivos.

17. Un importante logro reciente relacionado con el RSI en la Región fue la adopción unánime de la decisión CD52(D5), *Implementación del Reglamento Sanitario Internacional*, por el 52.º Consejo Directivo de la OPS, 65.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas (5). Este logro señaló un aumento considerable del sentido de propiedad, el compromiso y el liderazgo de los Estados Partes de la Región, que deben fomentarse para mantener el RSI como un marco pertinente para la seguridad sanitaria mundial después del 2016.

18. En atención a la solicitud planteada por los Estados Partes mediante la decisión CD52(D5), la OPS organizó la Reunión Regional de las Américas sobre la Implementación del Reglamento Sanitario Internacional, que tuvo lugar en Buenos Aires el 29 y 30 de abril del 2014 y se centró en el monitoreo y presentación de informes sobre el estado de la implementación del RSI después del 2016. La reunión condujo al acuerdo, en principio, sobre una hoja de ruta para la Región de las Américas que permita examinar los mecanismos de monitoreo de la implementación del RSI a escala mundial por medio los cuerpos directivos de la OPS y de la OMS.

19. Un desafío considerable para la implementación del RSI en el futuro cercano se relaciona con la falta de métodos de medición satisfactorios para demostrar los beneficios reales de su implementación, así como los progresos alcanzados en su implementación sostenible.

Intervención del Consejo Directivo

20. Se solicita al Consejo Directivo que tome nota del presente informe y formule las recomendaciones o propuestas que considere pertinentes, en particular con respecto a los temas siguientes:

- a) la hoja de ruta institucional para la revisión del esquema mundial para el seguimiento de la aplicación del RSI más allá de junio del 2016;
- b) el enfoque regional para determinar las zonas en riesgo de transmisión de la fiebre amarilla;
- c) el proceso para la certificación voluntaria de puertos y aeropuertos designados.

Anexo

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. Implementación del Reglamento Sanitario Internacional [Internet]. 152.^a sesión del Comité Ejecutivo; del 17 al 21 de junio del 2013, Washington (DC), Estados Unidos. Washington (DC): OPS; 2013 (documento CE152/INF/7-H, Rev.1) [consultado el 6 de mayo del 2014]. Disponible en:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=21649&Itemid=270&lang=es
2. World Health Organization. IHR list of authorized ports [to issue Ship Sanitation Certificates] [Internet]. Ginebra: OMS; 2014 [consultado el 6 de mayo del 2014]. Disponible en:
http://who.int/ihr/ports_airports/ihr_authorized_ports_list.pdf?ua=
3. Organización Mundial de la Salud. Viajes internacionales y salud [Internet]. Ginebra: OMS; 2014 [consultado el 6 de mayo del 2014]. Disponible en:
<http://www.who.int/ith/es/>
4. Organización Mundial de la Salud. Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005) [Internet]. 67.^a Asamblea Mundial de la Salud; del 19 al 24 de mayo del 2014, Ginebra, Suiza. Ginebra: OMS; 2014 (resolución WHA67.13) [consultado el 15 de julio del 2014]. Disponible en:
http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_R13-sp.pdf
5. Organización Panamericana de la Salud. Implementación del Reglamento Sanitario Internacional [Internet]. En: Informe final, 52.^o Consejo Directivo de la OPS, 65.^a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 30 de septiembre al 4 de octubre del 2013, Washington (DC), Estados Unidos. Washington (DC): OPS; 2013. pp. 100-102 (decisión CD52[D5]) [consultado el 6 de mayo del 2014]. Disponible en:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=24486&Itemid=270&lang=es

CD53/14 - ANEXO

Anexo

Cuadro resumido: Informes anuales de los Estados Partes presentados a la 67.^a Asamblea Mundial de la Salud y estado de las solicitudes de prórroga adicional (2014-2016) para establecer las capacidades básicas relacionadas con el RSI

Estado Parte	Solicitado y otorgado prórroga 2012-2014	Comunicó oficialmente su postura frente a la prórroga 2012-2014	Solicitado prórroga 2014-2016	Presentado informe anual de Estado Parte a la 67. ^a Asamblea Mundial de la Salud	Legislación, política y financiamiento	Coordinación y comunicación con los CNE	Vigilancia	Respuesta	Preparación	Comunicación de riesgos	Recursos humanos	Laboratorio	Puntos de entrada	Eventos zoonóticos	Eventos relativos a la inocuidad de los alimentos	Eventos relativos a los productos químicos	Energías radiológicas
Antigua y Barbuda	Sí	Sí	Sí	Sí	100	66	95	65	50	57	100	45	86	100	80	85	23
Argentina	Sí	Sí	No	Sí	50	73	80	83	100	86	100	90	27	100	60	69	62
Bahamas	Sí	Sí	No	No	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Barbados	Sí	Sí	Sí	Sí	100	53	100	89	90	86	60	96	100	100	73	54	15
Belice	Sí	Sí	Sí	Sí	25	56	85	82	26	57	40	73	12	67	27	15	0
Bolivia (Estado Plurinacional de)	Sí	Sí	Sí	Sí	100	87	85	65	41	71	40	96	21	89	53	15	69
Brasil	No	No	-	Sí	100	90	90	100	90	100	80	96	80	89	93	62	92
Canadá	No	Sí	No	Sí	100	83	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Chile	No	No	-	Sí	75	100	90	89	100	43	20	86	46	89	93	31	92
Colombia	No	Sí	No	Sí	100	63	50	76	33	100	80	76	83	89	67	77	69
Costa Rica	No	Sí	No	Sí	100	100	95	100	71	100	80	76	97	100	100	77	62
Cuba	Sí	Sí	No	Sí	100	100	95	100	100	100	100	100	100	100	100	92	100
Dominica	Sí	Sí	Sí	Sí	75	100	72	83	62	100	25	37	75	100	86	46	31
República Dominicana	Sí	Sí	Sí	Sí	75	90	75	76	81	100	100	90	64	56	27	31	69
Ecuador	Sí	Sí	Sí	Sí	25	56	60	23	18	14	40	41	59	78	53	15	92
El Salvador	Sí	Sí	No	Sí	100	100	100	100	90	100	100	100	90	100	67	54	69
Granada	Sí	Sí	Sí	Sí	75	83	85	64	16	57	60	45	50	100	67	46	0
Guatemala	Sí	Sí	No	Sí	50	100	100	94	100	100	100	75	54	100	100	100	67
Guyana	Sí	Sí	Sí	Sí	100	83	80	100	90	86	100	100	38	100	67	62	0
Haití	Sí	Sí	Sí	Sí	25	46	95	76	20	100	60	60	21	67	20	0	0
Honduras	Sí	Sí	Sí	Sí	75	56	90	64	43	0	75	66	9	100	40	31	23
Jamaica	Sí	Sí	Sí	Sí	100	66	70	87	71	57	20	47	62	67	67	62	23
México	Sí	Sí	No	Sí	100	70	95	89	90	71	100	100	89	100	93	69	92
Nicaragua	Sí	Sí	No	Sí	100	83	100	82	90	100	60	86	68	100	80	92	100
Panamá	Sí	Sí	Sí	Sí	75	83	95	83	70	71	40	96	71	89	87	23	38
Paraguay	Sí	Sí	Sí	Sí	100	90	70	83	53	100	60	100	34	67	73	69	77
Perú	Sí	Sí	Sí	Sí	100	56	95	88	65	100	80	87	21	100	87	31	69
Saint Kitts y Nevis	Sí	Sí	Sí	Sí	50	83	80	89	36	57	60	81	45	100	67	8	0
Santa Lucía	Sí	Sí	Sí	No	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
San Vicente y las Granadinas	Sí	Sí	Sí	Sí	50	83	80	89	36	57	60	81	45	100	67	8	0
Suriname	Sí	Sí	Sí	Sí	50	83	85	89	48	43	0	100	84	67	87	62	0
Trinidad y Tabago	Sí	Sí	Sí	Sí	50	40	95	76	71	71	20	81	77	89	87	54	77
Estados Unidos de América	No	No	-	Sí	100	100	100	94	100	100	100	50	100	100	100	100	100
Uruguay	Sí	Sí	No	Sí	100	83	100	94	81	100	100	71	91	100	100	69	62
Venezuela (República Bolivariana de)	Sí	Sí	Sí	Sí	50	90	90	94	80	71	100	86	59	100	87	92	92
Caribe (n=13) *					69	75	77	74	56	74	71	67	57	84	61	49	45
Centroamérica (n=7)**					71	67	79	75	64	65	49	78	51	76	63	40	53
América del Sur (n=10)***					65	71	80	80	57	70	58	74	56	82	76	49	48
América del Norte (n=3)****					92	79	97	85	83	81	67	94	76	96	87	61	77
Región de las Américas (n=33)					73	74	82	79	62	73	62	75	59	85	70	50	51

* Caribe: Antigua y Barbuda, Bahamas, Barbados, Belice, Cuba, Dominica, Granada, Guyana, Haití, Jamaica, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, Suriname, Trinidad y Tabago

Centroamérica **: Costa Rica, República Dominicana, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá

*** América del Sur: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Paraguay, Perú, Uruguay, Venezuela

****América del norte: Canadá, México, Estados Unidos