

57.º CONSEJO DIRECTIVO

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

Washington, D.C., EUA, del 30 de septiembre al 4 de octubre del 2019

Punto 7.4 del orden del día provisional

CD57/INF/4
23 de julio del 2019
Original: inglés

APLICACIÓN DEL REGLAMENTO SANITARIO INTERNACIONAL (RSI)

Introducción

1. En el presente documento se informa sobre el estado de la aplicación e implementación del Reglamento Sanitario Internacional (el Reglamento o RSI), así como de su cumplimiento. Con este informe, que abarca el período del 1 de julio del 2018 al 30 de junio del 2019, se actualiza la información presentada al Comité Ejecutivo en su 164.ª sesión en junio del 2019 (1) y se complementa la información proporcionada en el documento A72/8, presentado a la 72.ª Asamblea Mundial de la Salud en mayo del 2019 (2). En este informe se examinan las actividades emprendidas por los Estados Partes y la Oficina Sanitaria Panamericana (la Oficina) para responder a eventos agudos de salud pública, incluidas las emergencias de salud pública de importancia internacional, y las actividades con el propósito de fortalecer las capacidades. Por último, se ponen de relieve los temas que requieren una acción concertada por parte de los Estados Partes de la Región de las Américas y de la Oficina para mejorar la aplicación e implementación del RSI y su cumplimiento.

Antecedentes

2. El RSI, aprobado por la 58.ª Asamblea Mundial de la Salud en el 2005 por medio de la resolución WHA58.3,¹ constituye el marco jurídico que, entre otros aspectos, define las capacidades nacionales básicas, incluso en los puntos de entrada, para el manejo de los eventos agudos de salud pública de importancia potencial o real a escala tanto nacional como internacional, así como los procedimientos administrativos conexos.

¹ El texto de la tercera edición del Reglamento Sanitario Internacional (resolución WHA58.3) se encuentra en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246186/9789243580494-spa.pdf;jsessionid=164C099CD5E21ED0C1B76D9DA87A772E?sequence=1>.

Análisis de la situación

Eventos agudos de salud pública

3. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) actúa como Punto de Contacto de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el RSI en la Región de las Américas y facilita el manejo de los eventos de salud pública por medio de los canales de comunicación establecidos con los Centros Nacionales de Enlace para el RSI (CNE). En el 2018, todos los 35 Estados Partes de la Región presentaron la confirmación o actualización anual de la información de contacto de su CNE, junto con una lista actualizada de los usuarios nacionales del sitio de la OMS de información sobre eventos (EIS por su sigla en inglés) para los Centros Nacionales de Enlace para el RSI, de acceso restringido. Al 30 de junio del 2019, 154 usuarios de Estados Partes y 195 funcionarios de la Oficina tenían credenciales para acceder al portal de EIS de la OMS. En el 2018, las pruebas rutinarias de conectividad realizadas entre el Punto de Contacto de la OMS para el RSI y los CNE de la Región fueron exitosas en 33 de los 35 Estados Partes (94%) tanto por correo electrónico como por teléfono. Para sustentar sus actividades de apoyo a los CNE a nivel mundial, la Secretaría de la OMS está emprendiendo un proyecto dividido en dos fases que tiene como objetivo evaluar las experiencias y las necesidades de los CNE en el desempeño de sus funciones, detalladas en el Artículo 4 del RSI. De los diez Estados Partes de la Región de las Américas que fueron invitados, ocho han acordado participar en la primera fase de este proyecto.

4. Entre el 1 de julio del 2018 y el 30 de junio del 2019 se detectaron y evaluaron 153 eventos agudos de salud pública de posible importancia internacional en la Región, que representaron 30% de los eventos considerados a escala mundial en ese mismo período. El número de eventos detectados y evaluados en cada uno de los Estados Partes de la Región de las Américas se presenta en el anexo. En 80 de estos 153 eventos (52%), la fuente inicial de información fueron las autoridades nacionales, en 69 ocasiones por intermedio de los CNE.

5. Cabe señalar que, al momento de redactarse el presente informe, aún no se había determinado la designación definitiva de tres de los 153 eventos considerados (2%), y se había solicitado y obtenido verificación con respecto a todos excepto uno de los eventos detectados por fuentes no gubernamentales. De los 150 eventos cuya designación definitiva se conoce, 86 (57%), que afectaban a 26 Estados Partes y tres territorios de la Región, eran de comprobada importancia internacional para la salud pública y representaban 21% de los eventos de ese tipo determinados en todo el mundo. La mayor parte de estos 86 eventos se atribuyeron a riesgos infecciosos (72 eventos, es decir, 84%). Los agentes causales registrados con mayor frecuencia en estos 72 eventos fueron agentes resistentes a los antimicrobianos (9 eventos), el dengue (9 eventos) y el sarampión (9 eventos). Los 14 eventos restantes de comprobada importancia internacional para la salud pública guardaban relación con la interfaz entre los seres humanos y los animales (7 eventos), la inocuidad de los alimentos (1 evento), peligros químicos (1 evento) y peligros relacionados con productos (1 evento). En cuatro eventos no se logró determinar la causa. Durante el

período considerado, de los 59 eventos nuevos anunciados en el portal del sitio de la OMS de información sobre eventos, quince (25%) concernían a Estados Partes de la Región de las Américas.

6. En la actualidad la propagación de poliovirus salvajes y la circulación de poliovirus derivados de la vacuna se consideran una emergencia de salud pública de importancia internacional,² así como el brote de la enfermedad por el virus del Ébola en la República Democrática del Congo que en el 2018 llevó a que se active el Comité de Emergencias del RSI sobre el brote de enfermedad por el virus del Ébola.³ Fuera de ellos, del 1 de julio del 2018 al 30 de junio del 2019, los eventos agudos de salud pública que afectaron o tuvieron alguna implicación de salud pública para los Estados Partes de la Región de las Américas y la Oficina estuvieron relacionados principalmente con enfermedades prevenibles mediante vacunación, y se detallan a continuación.

a) *Sarampión*.⁴ Desde mediados del 2017, Venezuela ha estado sumida en un brote de sarampión que se ha extendido a todo el país. Al 18 de junio del 2019 se habían acumulado más de 6.700 casos confirmados, entre ellos 79 muertes, ninguna de ellas en el 2019 (tasa de letalidad de 1%). Durante el mismo período se detectaron casos confirmados de sarampión importados de Venezuela o relacionados con la importación en seis países de la Región: Argentina (9 casos), Brasil (más de 10.400 casos, incluidas 12 muertes, ninguna de ellas en el 2019; tasa de letalidad de 0,1%), Chile (25 casos), Colombia (333 casos), Ecuador (16 casos) y Perú (38 casos). En los países que presentaron los brotes más grandes, el número de casos notificados ha disminuido de manera continua desde principios de julio del 2018. Durante el período comprendido en este informe, las autoridades de salud detectaron casos confirmados de sarampión importados o relacionados con la importación de Estados Partes diferentes de Venezuela, tanto de la Región de las Américas como extrarregionales, en 11 países de la Región: Argentina (5 casos), Bahamas (1 caso), Brasil (25 casos), Canadá (76 casos), Chile (2 casos), Costa Rica (10 casos), Cuba (1 caso), Estados Unidos de América (casi 1.300 casos), México (6 casos), Perú (4 casos) y Uruguay (9 casos). Se notificó otro caso confirmado de sarampión a bordo de un crucero que navegaba por el Caribe.

² Se puede encontrar información sobre los eventos en curso y el contexto relacionado con la transmisión y la propagación internacional de poliovirus en el sitio web del Comité de Emergencias del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de la OMS, en: http://www.who.int/ihr/ihr_ec_2014/en/ [en inglés].

³ Se puede encontrar la página web del Comité de Emergencias del RSI sobre el brote de enfermedad por el virus del Ébola en el sitio web de la OMS, en: <http://www.who.int/ihr/emergency-committee-ebola-2018/en/> [en inglés]. La declaración de la tercera reunión de este comité está disponible en: <https://www.who.int/ihr/procedures/statement-emergency-committee-ebola-drc-july-2019.pdf> [en inglés].

⁴ Se puede encontrar información de los brotes de sarampión y su propagación en la Región de las Américas en el sitio web de la OPS en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10302:2014-archive-by-disease-measles&Itemid=41205&lang=es.

- b) *Fiebre amarilla*:⁵ El aumento de la actividad del virus de la fiebre amarilla en América del Sur a fines del 2015 dio lugar a un aumento inusitado del número de casos en la población humana y animal de Brasil a fines del 2016. Después de la distribución estacional observada en el 2017 y el 2018, el repunte en la actividad del virus de la fiebre amarilla en Brasil se ha propagado a diversas zonas a lo largo de la costa atlántica meridional del país, que anteriormente no se consideraban en riesgo de transmisión. Por ello, la Secretaría de la OMS designó zonas más amplias que presentaban el riesgo de transmisión del virus de la fiebre amarilla en su asesoramiento para los viajeros internacionales que van a Brasil.⁶ Durante el período abarcado por este informe, Brasil notificó 81 casos humanos confirmados mediante pruebas de laboratorio, entre ellos 15 muertes, lo que implica una tasa de letalidad de 18%. Los estados más afectados son Paraná, Santa Catarina y São Paulo. Se notificaron más casos, todos relacionados con zonas en las que se sabe que hay riesgo de transmisión, por las autoridades de Bolivia (1 caso), Colombia (1 caso mortal), Guayana Francesa (1 caso) y Perú (12 casos, entre ellos 8 muertes).
- c) *Difteria*:⁷ Hay brotes de difteria en Haití y Venezuela. En Haití, el brote comenzó en el 2014; al 1 de junio del 2019, las autoridades nacionales de salud habían notificado en total 1.128 casos probables y confirmados, incluidas 52 muertes (tasa de letalidad de 5%). Los 480 casos observados en el 2018 representan 43% de los casos registrados desde el comienzo del brote. En Venezuela, el brote empezó en julio del 2016; al 22 de junio del 2019, las autoridades nacionales de salud habían notificado casi 2.900 casos presuntos y confirmados, incluidas 286 muertes (tasa de letalidad de 10%). Los 1.208 casos observados en el 2018 representan 42% de los casos registrados desde el comienzo del brote. En el período que abarca el presente informe, Colombia notificó ocho casos confirmados mediante pruebas de laboratorio, incluidas tres muertes, también importados de Venezuela.
- d) *Malaria*:⁸ En Venezuela, en los ocho años comprendidos entre el 2010 y el 2018, el número de casos de malaria aumentó 800%, y la transmisión autóctona se extendió de 12 entidades federales a 17, y de 60 municipios a 125. Esta tendencia ascendente significa que se ha multiplicado por diez la tasa de incidencia nacional en el mismo período. En el 2017, Venezuela representó 84% del aumento de los

⁵ Se puede encontrar información acerca de los brotes de fiebre amarilla y su propagación en la Región de las Américas en el sitio web de la OPS en:

https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10319:2014-archive-by-disease-yellow-fever&Itemid=41222&lang=es.

⁶ Se puede encontrar información sobre la ampliación de las zonas donde se ha determinado que hay riesgo de transmisión de la fiebre amarilla en el sitio web de la OMS en:

<https://www.who.int/ith/updates/20180503/en/> [en inglés].

⁷ Se puede encontrar información sobre los brotes de difteria y su propagación en la Región de las Américas en el sitio web de la OPS en:

https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=12840:archive-by-disease-diphtheria&Itemid=42228&lang=es.

⁸ Se puede encontrar información sobre los brotes de malaria y su propagación en la Región de las Américas en el sitio web de la OPS en:

https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=8630:2013-publication-management-of-severe-malaria-handbook&Itemid=41199&lang=es.

casos en la Región (3), con más de 411.000 casos confirmados notificados, entre ellos 333 muertes. En el 2018 hubo casi 405.000 casos confirmados en Venezuela, con 257 muertes, y entre el 1 de enero y 25 de mayo del 2019 se registraron casi 177.000 casos confirmados en todo el país, incluidas 59 muertes que posiblemente pueden atribuirse a la malaria.

7. Además, varios eventos requirieron un seguimiento más estrecho y respuestas de campo de la Oficina durante el período abarcado por este informe. Entre ellos cabe señalar la notificación de casi más de 1,5 millones de casos de dengue en la Región, incluidos más de 8.000 casos de dengue grave (0,6%) y 604 muertes (tasa de letalidad de 0,04%) entre el 1 enero y el 30 de junio del 2019.^{9,10} En comparación con el mismo período del 2018, el número de casos de dengue casi se triplicó y el de muertes por esta enfermedad casi se duplicó. En 15 países y territorios en la Región se notificó la circulación simultánea de dos o más serotipos del virus del dengue, lo que aumenta el riesgo de brotes o de casos graves. En Argentina se registró un brote de síndrome pulmonar por hantavirus, con 34 casos confirmados por laboratorio, incluidas 11 muertes (tasa de letalidad de 32%). Como el brote se debió a la transmisión de persona a persona por el aire, para controlarlo fue necesario aplicar estrictas medidas selectivas de aislamiento respiratorio. En Guyana, hubo un grupo de casos de histoplasmosis vinculado a un sitio de explotación minera que afectó a 14 trabajadores, dos de los cuales murieron. Finalmente, en Bolivia se registró un conglomerado de casos de síndrome de fiebre hemorrágica que incluyó cinco casos, dos de los cuales fueron mortales, y que se determinó que estuvo causado por el virus Chapare, un tipo de arenavirus, según se comprobó en las pruebas de laboratorio realizadas en muestras obtenidas en tres de los pacientes. Tres de los casos fueron trabajadores de salud, que contrajeron la infección mientras realizaban procedimientos médicos sin usar equipo de protección personal.

Capacidades básicas de los Estados Partes

8. Después de la 142.^a reunión del Consejo Ejecutivo de la OMS en el 2018, la Secretaría de la OMS puso en marcha un proceso consultivo formal de alcance mundial para revisar el instrumento que se ofrece a los países para la presentación de los informes anuales de los Estados Partes a la Asamblea Mundial de la Salud. En mayo del 2018 se publicó en el sitio web de la OMS el *Instrumento de autoevaluación para la presentación anual de informes de los Estados Partes*, en adelante “el instrumento revisado” (4), junto con el documento de orientación correspondiente (5). Cabe señalar que el uso del instrumento revisado, que todavía se centra exclusivamente en las capacidades básicas, sigue siendo totalmente voluntario. El único requisito reglamentario para los Estados

⁹ Se puede encontrar información histórica y actual sobre las características epidemiológicas del dengue en la Región de las Américas en la Plataforma de Información en Salud para las Américas (PLISA), en: <http://www.paho.org/data/index.php/es/>.

¹⁰ Se puede encontrar información sobre los brotes de dengue y su propagación en la Región de las Américas en el sitio web de la OPS en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=6306:2011-archive-diseases-dengue&Itemid=41184&lang=es.

Partes, de conformidad con el artículo 54.1 del RSI, la resolución WHA61.2 (6) y la decisión WHA71(15) (7), es la presentación de informes anuales a la Asamblea Mundial de la Salud. Por último, por medio de pruebas de laboratorio realizadas en muestras obtenidas de tres de los pacientes se determinó que un arnavirus como el del Chapare fue el causante de un conglomerado de casos de síndrome de fiebre hemorrágica en Bolivia que incluyó cinco casos, dos de los cuales fueron mortales. Tres de los casos fueron trabajadores de atención de salud, que se infectaron al realizar procedimientos médicos sin equipo de protección personal.

9. En el 2019, 33 (94%) de los 35 Estados Partes de la Región de las Américas presentaron su informe anual a la 72.^a Asamblea Mundial de la Salud. Al momento de la preparación del presente informe, Barbados y Granada no habían cumplido esta obligación. Desde el 2011, cuando la Secretaría de la OMS sistematizó la gestión de datos relacionados con los informes anuales de los Estados Partes a la Asamblea Mundial de la Salud, 11 Estados Partes han cumplido sistemáticamente con la presentación de este documento cada año: Antigua y Barbuda, Canadá, Colombia, Costa Rica, Dominica, Ecuador, Estados Unidos de América, Guyana, Honduras, Jamaica y México. En el anexo se presenta información sobre el grado de cumplimiento de este compromiso por los demás Estados Partes. Debido a un problema técnico con la gestión de la información, el informe anual presentado por Bolivia a la 72.^a Asamblea Mundial de la Salud no pudo incorporarse en los análisis regionales y subregionales del presente informe. Guyana optó por presentar su informe anual a la 72.^a Asamblea Mundial de la Salud con un formato diferente. Por consiguiente, esa información no pudo incorporarse en el anexo al presente informe, que contiene un resumen de los informes anuales de los Estados Partes a la 72.^a Asamblea Mundial de la Salud.¹¹

10. En los informes anuales que los Estados Partes presentaron a la Asamblea Mundial de la Salud entre el 2011 y el 2018 se observa que hubo una mejora constante o un estancamiento de los puntajes regionales promedio para todas las capacidades básicas. Sin embargo, debido a la introducción del instrumento revisado (que implica una redefinición parcial de las trece capacidades básicas que se consideraban anteriormente, un conjunto diferente de indicadores, una escala de cinco puntos para medir cada indicador y un énfasis en el “acceso” a las capacidades básicas en vez de su desarrollo y mantenimiento en cada país), en este momento no se pueden analizar las tendencias en los puntajes de las capacidades básicas a escala nacional, subregional y regional, incluidos las posibilidades de los Estados Partes de mantener dichas capacidades.

11. La mayoría de los 31 Estados Partes que optaron por usar el instrumento revisado para presentar su informe anual a la 72.^a Asamblea Mundial de la Salud compilaron el informe en una iniciativa multidisciplinaria y multisectorial, que incluyó sesiones presenciales en 24 Estados Partes (77%).

¹¹ Se puede encontrar información histórica sobre los informes anuales de Estados Partes presentados a la Asamblea Mundial de la Salud en el período 2011-2018 en el repositorio de datos del Observatorio Mundial de la Salud de la OMS, en: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.IHR00ALLN?lang=en> [en inglés].

12. Con respecto a las trece capacidades básicas, los puntajes regionales promedio son de cerca de 60% o más. Los puntajes promedio más bajos (54%) corresponden a las emergencias por radiación, y los más altos (76%), a la coordinación del RSI y las funciones de los CNE. Excepto la capacidad básica relativa a la prestación de servicios de salud, las puntuaciones promedio de la Región de las Américas en las otras 12 capacidades básicas se encuentran por encima de los promedios mundiales.¹²

13. Sin embargo, el estado de las capacidades básicas en las distintas subregiones sigue siendo heterogéneo. Como se muestra en el anexo, los puntajes subregionales promedio más altos para las trece capacidades básicas se observan sistemáticamente en América del Norte, en tanto que los más bajos se registran en la subregión del Caribe en relación con ocho capacidades básicas (legislación y financiación, eventos zoonóticos e interfaz entre los seres humanos y los animales, vigilancia, recursos humanos, comunicación de riesgos, puntos de entrada, eventos químicos y emergencias por radiación), en Centroamérica con respecto a cuatro capacidades básicas (coordinación del RSI y funciones de los CNE, inocuidad de los alimentos, marco nacional para las emergencias sanitarias y prestación de servicios de salud) y en América del Sur para una capacidad básica (laboratorio).

14. El Programa y Presupuesto de la OPS 2018-2019 (8), adoptado mediante la resolución CSP29.R6 (9), incluye el resultado intermedio 5.2 (“Los países tienen un programa para manejar riesgos de todo tipo en situaciones de emergencia de salud para lograr que el sector de la salud sea resiliente ante los desastres, con énfasis en las poblaciones vulnerables”), con el resultado inmediato 5.2.1 (“Países habilitados para hacer el seguimiento y evaluar sus capacidades en cuanto a preparativos para casos de emergencias de salud y Reglamento Sanitario Internacional”) y su indicador 5.2.1.c (“Número de países con planes de acción nacionales elaborados para fortalecer las capacidades”). Al respecto, cabe destacar que, como se indica en el documento CSP29/INF/6 (2017) sobre la *Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (RSI)* (10), debido a las grandes diferencias entre Estados Partes con respecto a la madurez de sus sistemas de salud y el estado de su aplicación del RSI, es necesario dejar atrás el concepto de un “plan nacional específico para el RSI” único.

15. De los 31 Estados Partes que han presentado los informes anuales usando el instrumento revisado, 11 (35%) indicaron que los presupuestos se distribuyen oportunamente y se ejecutan de una manera coordinada. Además, 19 (61%) de los 31 Estados Partes indicaron que hay un mecanismo de financiamiento público en caso de una emergencia que permite la recepción estructurada y la distribución rápida de fondos para responder a emergencias de salud pública en todos los sectores pertinentes.

16. El marco de seguimiento y evaluación del RSI (11) tiene un componente obligatorio (el informe anual de los Estados Partes) y tres voluntarios (examen posterior a la acción de

¹² La información histórica sobre los informes anuales que los Estados Partes presentan ante la Asamblea Mundial de la Salud usando la herramienta revisada está disponible en el sitio web de la OMS en: <https://extranet.who.int/e-spar>

eventos de salud pública, simulacros y evaluaciones externas voluntarias). Los componentes voluntarios están incorporados en el Presupuesto por Programas de la OMS 2018-2019 (12), aprobado por medio de la resolución WHA70.5 (13), y el Programa y Presupuesto de la OPS 2018-2019 (8), aprobado por medio de la resolución CSP29.R6 (9). En el período abarcado por este informe, la Oficina ha facilitado la traducción del inglés al español de los instrumentos propuestos para la implementación de algunos de los componentes voluntarios del marco de seguimiento y evaluación del RSI.

17. En el contexto del marco de seguimiento y evaluación del RSI (11), así como del plan de trabajo bienal 2018-2019 elaborado conjuntamente por las representaciones de la OPS/OMS y las autoridades nacionales, la Oficina proporcionó asistencia para realizar en Granada por primera vez y en Haití por segunda vez una evaluación externa voluntaria con la herramienta de evaluación externa conjunta durante el período abarcado por este informe (14). Con ese fin, la Oficina trabajó en estrecha colaboración con el Organismo Internacional de Energía Atómica (OIEA), la Organización Mundial de Sanidad Animal (OIE) y el Centro Colaborador de la OMS para el Manejo de Salud Pública de la Exposición a Sustancias Químicas (CC UNK-179 de la OMS), que funciona en Public Health England [Reino Unido] (PHE/UK, por su sigla en inglés). La Oficina también está proporcionando asistencia a Argentina y República Dominicana en sus preparativos para realizar evaluaciones externas voluntarias con la herramienta de evaluación externa conjunta durante el segundo semestre del 2019. Cuatro Estados Partes incluyeron evaluaciones externas voluntarias en su plan de trabajo bienal 2018-2019, y otros cuatro expresaron interés en someterse a una evaluación externa voluntaria. Todos los Estados Partes que han pasado por evaluaciones externas voluntarias figuran en la lista del anexo.

18. Según los informes anuales de los Estados Partes presentados a la 72.^a Asamblea Mundial de la Salud con el instrumento revisado, 17 de 31 Estados Partes (55%) han probado, revisado y actualizado por lo menos uno de los instrumentos que constituyen su marco nacional para emergencias de salud. La Oficina proporcionó asistencia para la realización de simulacros en Bolivia, Brasil y República Dominicana y conjuntamente con PHE/UK, organizó un simulacro para los países y territorios de la subregión del Caribe, centrándose en la presentación internacional de informes en caso de un evento químico ocurrido en un puerto. Asimismo, la Oficina brindó apoyo en un examen posterior a la acción de eventos de salud pública en Brasil y República Dominicana. Además, participó en un examen posterior a la acción relacionado con un caso de sarampión notificado a bordo de un crucero que navegaba por el Caribe, examen que fue organizado por el Instituto Nacional para la Salud Pública y el Medioambiente de los Países Bajos.

19. En el período del 1 de julio del 2018 al 30 de junio del 2019, la Oficina realizó misiones y talleres de alcance regional, subregional, multinacional y de país a fin de apoyar los esfuerzos de las autoridades nacionales para mejorar los preparativos en materia de salud pública. Estas actividades se centraron en los siguientes temas, entre otros: *a)* la función de alerta temprana del sistema de vigilancia; *b)* las funciones de los CNE; *c)* los medios de diagnóstico de laboratorio y los laboratorios de salud pública; *d)* la prevención y el control de infecciones; *e)* la comunicación de riesgos; *f)* los equipos

de respuesta rápida; g) los puntos de entrada; h) la respuesta a peligros químicos; e i) las funciones de respuesta a las multi-amenazas. Se llevaron a cabo varias actividades de formación de capacidad con el apoyo financiero proporcionado a la Oficina por los gobiernos de Brasil y Estados Unidos de América. Además, prosigue la colaboración entre la Oficina y el OIEA en el marco de varios proyectos en gran escala centrados en la subregión del Caribe. Al 30 de junio del 2019, Saint Kitts y Nevis y Suriname eran los únicos dos Estados Partes de la Región de las Américas que no habían solicitado ser miembros de la OIEA.¹³

20. A raíz de varias reuniones entre la Oficina Sanitaria Panamericana, la sede de la OMS, la Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental, PHE/UK y el Instituto Nacional de Salud Pública y Medioambiente de los Países Bajos, que tuvieron lugar en Washington, D.C., del 16 al 19 de julio del 2018, y en Londres (Reino Unido) del 17 al 19 de julio del 2019, se redactaron propuestas para abordar los desafíos relacionados con el establecimiento, el mantenimiento y el seguimiento de las capacidades básicas en los pequeños Estados insulares en desarrollo. Las autoridades nacionales de la subregión del Caribe y funcionarios de la Oficina han participado en evaluaciones externas voluntarias realizadas en pequeños Estados insulares en desarrollo de la Región del Pacífico Occidental de la OMS. PHE/UK y la Oficina han intensificado su colaboración, especialmente en la organización de dos talleres para la subregión del Caribe, uno sobre estrategias de salud para puertos nacionales y disposiciones para puntos de entrada relacionadas con el RSI, y otro sobre preparativos y respuesta para eventos agudos relacionados con productos químicos, en Miami (Florida, Estados Unidos de América) del 30 de enero al 6 de febrero del 2019. Además, el Gobierno de los Países Bajos ha asignado fondos a la Oficina para que proporcione asistencia en las actividades relacionadas con el RSI en la subregión del Caribe.

Requisitos administrativos y gobernanza

21. Durante el período comprendido en el presente informe, 484 puertos de 26 Estados Partes de la Región de las Américas, entre ellos uno sin salida al mar (Paraguay), estaban autorizados a emitir el certificado de sanidad a bordo.¹⁴ También estaban autorizados otros 10 puertos de siete territorios de ultramar de Francia, los Países Bajos y el Reino Unido. Según el documento A72/8 (2), presentado a la 72.^a Asamblea Mundial de la Salud, los Estados Partes enfrentan dificultades persistentes con la emisión del certificado de sanidad a bordo en consonancia con el fundamento propuesto. Como la aplicación del RSI requiere un proceso de aprendizaje dinámico y colectivo, algunos Estados Partes en la Región están considerando una disminución del número de puertos autorizados en vista de los análisis de costo-eficacia. Con respecto a la certificación voluntaria de los aeropuertos y puertos

¹³ La lista de los Estados Miembros del OIEA se encuentra en:

<https://www.iaea.org/es/el-oiea/lista-de-estados-miembros>.

¹⁴ La lista de puertos autorizados para emitir el certificado de sanidad a bordo se encuentra en el sitio web de la OMS, en:

https://www.who.int/ihr/ports_airports/IHR-list-of-Authorized-ports-to-issue-Ship-Sanitation-Certificates.pdf?ua=1 [en inglés].

designados, en el momento en que se preparó este informe todavía no había procedimientos para tal certificación.

22. Al 30 de junio del 2019, en la Lista de Expertos del RSI había 444 profesionales, 102 de los cuales son de la Región de las Américas. Entre ellos se encuentran expertos designados por 10 de los 35 Estados Partes de la Región: Argentina, Barbados, Brasil, Canadá, Cuba, Estados Unidos de América, México, Nicaragua, Paraguay y Perú.

23. En el 2019, 21 (60%) de los 35 Estados Partes de la Región respondieron a la encuesta mundial para actualizar la publicación de la OMS *Viajes internacionales y salud*.¹⁵ Cabe señalar que, en enero del 2019, Brasil introdujo el certificado electrónico internacional de vacunación o profilaxis.¹⁶ También en el 2019, la Secretaría de la OMS estableció un grupo encargado de formular directrices para la revisión de la publicación de la OMS *Viajes internacionales y salud*,¹⁷ y dio inicio al proceso de elaboración de directrices para evaluar la efectividad y el impacto de las restricciones a los viaje y el comercio a fin de prevenir, retrasar o reducir la propagación internacional de enfermedades durante los brotes.

Medidas necesarias para mejorar la situación

24. El RSI constituye una herramienta para apoyar, de manera fluida y desde el plano nacional hasta el internacional, el proceso continuo e intersectorial de preparación en el ámbito de la salud pública, para así responder de manera conjunta a los eventos agudos de salud pública. Desde que el Reglamento entró en vigor en el 2007, el estado de las capacidades básicas nacionales, la frecuencia y el volumen de las interacciones entre los Estados Partes y el punto de contacto del RSI de la OMS con respecto a los eventos agudos de salud pública, así como el nivel de participación de los Estados Partes en los procesos de gobernanza observados en la Región de las Américas, parecen indicar que se está produciendo un lento cambio cultural en los Estados Partes del RSI en cuanto a la transparencia y la rendición de cuentas mutua, lo que subraya la relevancia del RSI como herramienta de gobernanza mundial.

25. Por consiguiente, aún son válidas las medidas necesarias para mejorar la situación descritas en los documentos presentados a la 29.^a Conferencia Sanitaria Panamericana en

¹⁵ Los requisitos actualizados para el certificado internacional de vacunación o profilaxis, establecidos por los Estados Partes, se encuentran en la página de *Viajes internacionales y salud* del sitio web de la OMS, en: <http://www.who.int/ith/en/> [en inglés].

¹⁶ En el sitio web de la OPS hay información acerca de la introducción del certificado electrónico internacional de vacunación o profilaxis, en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=guidelines-5053&alias=47732-international-certificate-of-vaccination-or-prophylaxis-icvp-2019&Itemid=270&lang=en [en inglés].

¹⁷ Se puede encontrar información sobre el grupo de formulación de directrices para la revisión de la publicación de la OMS *Viajes internacionales y salud* en el sitio web de la OMS, en: <https://www.who.int/ith/guideline-development-group-ith-revision/en/> [en inglés].

el 2017 (10), al 56.º Consejo Directivo en el 2018 (15) y al Comité Ejecutivo en su 164.ª sesión en junio del 2019 (1). En particular:

- a) Se debe promover la causa en diferentes niveles a fin de armonizar las interpretaciones y aspiraciones de los Estados Partes para superar las ideas erróneas que podrían estar obstaculizando la aplicación y la implementación del RSI y su cumplimiento continuo. Estas intervenciones deben centrarse particularmente en tender puentes de comunicación entre los niveles técnicos y los responsables de tomar decisiones en los Estados Partes.
- b) Con frecuencia cada vez mayor se entiende que el RSI es un mecanismo para fortalecer y aumentar la sostenibilidad de: a) las funciones esenciales de salud pública a nivel nacional, como la planificación y el financiamiento, que en gran parte ya se encuentran establecidas y son operativas, aunque en distintos grados, en los sistemas nacionales de salud, y b) los mecanismos nacionales intersectoriales. Por otra parte, especialmente en el plano político, el RSI se sigue percibiendo a menudo como una disciplina técnica nueva, cuyos requisitos e implicaciones se limitan al sector de la salud y se refieren principalmente a las “crisis” y obligaciones en el ámbito de la salud pública, con connotaciones que de alguna manera son punitivas. En consonancia con el alcance y el propósito del RSI, esto justifica que se realicen intervenciones a nivel nacional con el fin de demostrar la costo-eficacia de la asignación sostenida de recursos para fortalecer las funciones esenciales de salud pública, en vez de simplemente responder a los eventos agudos de salud pública a medida que se producen, estrategia que implica un costo elevado y tiene consecuencias económicas.
- c) El aumento de la actividad del sarampión en la Región ha puesto de relieve las dificultades que enfrentan las autoridades nacionales en el manejo de eventos agudos de salud pública que afectan a medios de transporte o viajeros, como se definen en el artículo 1 del RSI. Las operaciones de localización de contactos internacionales siguen siendo complejas debido al número de canales que podría ser necesario activar para obtener e intercambiar la información necesaria. Por otro lado, el manejo de eventos en medios de transporte, y en las embarcaciones en particular, a veces se ha limitado a la segregación física del medio de transporte, sin investigaciones epidemiológicas concurrentes e intervenciones de salud pública a bordo. Por consiguiente, se justifica una mayor acción de la Oficina para aclarar los procedimientos relacionados con la emisión o denegación de la *libre plática* y la *cuarentena* de los medios de transporte, como se definen en el artículo 1 del RSI, ya que estas medidas no tienen como fin evitar la investigación epidemiológica y la aplicación de medidas de salud pública a bordo ni poner en riesgo la seguridad de los trabajadores de salud.
- d) Aunque en el RSI se establecen mecanismos para una rendición mutua de cuentas, así como requisitos para vigilar la ejecución y el cumplimiento por los Estados Partes, la aplicación de los cuatro elementos del marco de seguimiento y evaluación del RSI debe ajustarse al contexto y las necesidades de los Estados Partes de la Región (por ejemplo, los pequeños Estados insulares en desarrollo). En particular:

- i. El Reglamento es una herramienta para facilitar el proceso continuo e intrínsecamente dinámico e intersectorial de los preparativos de salud pública. En vista de la introducción del instrumento revisado para la presentación de informes anuales de los Estados Partes a la Asamblea Mundial de la Salud, es necesario proceder con cautela al interpretar los puntajes de los Estados Partes, ya que el primer informe presentado con el instrumento revisado no permite evaluar las posibilidades de los Estados Partes de seguir formando las capacidades básicas o mantenerlas. Por otro lado, en vista del estado avanzado en general de las capacidades básicas en la Región, es improbable que se vean grandes avances en los próximos años, y en algunos casos esto podría atribuirse al perfil de riesgos de cada Estado Parte.
- ii. Aunque en toda la Región se están haciendo exámenes posteriores a la acción de eventos de salud pública y simulacros, en la mayoría de los Estados Partes todavía es necesario incorporar sistemáticamente estas actividades en el proceso de preparativos de salud pública para impulsar cambios y para que se las documente sistemáticamente y cuenten con arreglos institucionales y administrativos sostenibles.
- iii. La realización de una evaluación externa voluntaria, que requiere una inversión considerable de recursos financieros y humanos tanto del Estado Parte como de la Oficina, señala el compromiso del gobierno del Estado Parte de tomar medidas posteriormente a corto y a mediano plazo. En consecuencia, la fase preparatoria en el país, que precede a la visita del equipo de la misión, es fundamental para establecer expectativas realistas y el alcance de las posteriores medidas institucionales orientadas a fortalecer los mecanismos de gobernanza, planificación y financiamiento. Las evaluaciones externas voluntarias realizadas en la Región también han puesto de manifiesto que la finalización del informe del equipo de la misión es un proceso bastante prolongado.

Intervención del Consejo Directivo

26. Se invita al Consejo Directivo a que tome nota del presente informe y haga los comentarios que considere pertinentes.

Anexo

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) [Internet]. 164.^a sesión del Comité Ejecutivo de la OPS, del 24 al 28 de junio del 2019; Washington, DC. Washington, DC: OPS; 2019 (documento CE164/INF/3) [consultado el 23 de julio del 2019]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=document&alias=48734-ce164-inf-3-s-rsi&category_slug=164-comite-ejecutivo&Itemid=270&lang=es.
2. Organización Mundial de la Salud. Preparación y respuesta frente a emergencias de salud pública. Reglamento Sanitario Internacional (2005). Informe anual sobre la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005) [Internet]. 72.^a Asamblea Mundial de la Salud; del 20 al 28 de mayo del 2019; Ginebra. Ginebra: OMS; 2019 (documento A72/8) [consultado el 23 de julio del 2019]. Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_8-sp.pdf.
3. Organización Mundial de la Salud. World malaria report 2018. Ginebra: OMS; 2018. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO [consultado el 23 de julio del 2019]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/275867/9789241565653-eng.pdf?ua=1>.
4. Organización Mundial de la Salud. Reglamento Sanitario Internacional (2005). Instrumento de autoevaluación para la presentación anual de informes de los Estados Partes. Ginebra: OMS; 2018. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO [consultado el 23 de julio del 2019]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272956/WHO-WHE-CPI-2018.16-spa.pdf?sequence=1>.
5. Organización Mundial de la Salud. Reglamento Sanitario Internacional (2005). Documento de orientación sobre el instrumento de autoevaluación para la presentación anual de informes de los Estados Partes. Ginebra: OMS; 2018. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO [consultado el 23 de julio del 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/ihr/publications/WHO-WHE-CPI-2018.17/es/>.
6. Organización Mundial de la Salud. Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005) [Internet]. 61.^a Asamblea Mundial de la Salud; del 19 al 24 de mayo del 2008; Geneva. Ginebra: OMS; 2008 (resolución WHA61.2) [consultado el 23 de julio del 2019]. Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA61-REC1/A61_REC1-sp.pdf.

7. Organización Mundial de la Salud. Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005): plan estratégico mundial quinquenal para mejorar la preparación y respuesta de salud pública, 2018-2023 [Internet]. 71.^a Asamblea Mundial de la Salud; del 21 al 26 de mayo del 2018, Ginebra. Ginebra: OMS; 2018 (decisión WHA71[15]) [consultado el 23 de julio del 2019]. Disponible en: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA71/A71\(15\)-sp.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA71/A71(15)-sp.pdf).
8. Organización Panamericana de la Salud. Programa y Presupuesto de la OPS 2018-2019 [Internet]. 29.^a Conferencia Sanitaria Panamericana, 69.^a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 25 al 29 de septiembre del 2017; Washington, D.C. Washington, D.C.: OPS; 2017 (Documento Oficial 354) [consultado el 23 de julio del 2019]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=29-es-9250&alias=41698-csp29-od354-s-698&Itemid=270&lang=es.
9. Organización Panamericana de la Salud. Programa y Presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud [Internet]. 29.^a Conferencia Sanitaria Panamericana, 69.^a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 25 al 29 de septiembre del 2017; Washington, D.C. Washington, D.C.: OPS; 2017 (resolución CSP29.R6) [consultado el 23 de julio del 2019]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=42308&Itemid=270&lang=es.
10. Organización Panamericana de la Salud. Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) [Internet]. 29.^a Conferencia Sanitaria Panamericana, 69.^a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 25 al 29 de septiembre del 2017; Washington, D.C. Washington, D.C.: OPS; 2017 (documento CSP29/INF/6) [consultado el 23 de julio del 2019]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=29-es-9250&alias=41896-csp29-inf-6-s-896&Itemid=270&lang=es.
11. Organización Mundial de la Salud. International Health Regulations (2005): monitoring and evaluation framework: Ginebra: OMS; 2018. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO [consultado el 23 de julio del 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/ihr/publications/WHO-WHE-CPI-2018.51/en/>.
12. Organización Mundial de la Salud. Proyecto de presupuesto por programas 2018-2019 [Internet]. 70.^a Asamblea Mundial de la Salud; 22-31 de mayo de 2018, Ginebra. Ginebra: OMS; 2017 (documento A70/7) [consultado el 23 de julio del 2019]. Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA70/A70_7-sp.pdf.
13. Organización Mundial de la Salud. Presupuesto por programas 2018-2019 [Internet]. 70.^a Asamblea Mundial de la Salud; 22-31 de mayo de 2017, Ginebra. Ginebra: OMS; 2017 (resolución WHA70.5) [consultado el 23 de julio del 2019]. Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA70/A70_R5-sp.pdf.

14. Organización Mundial de la Salud. Herramienta de evaluación externa conjunta. Segunda edición. Reglamento Sanitario Internacional (2005). Ginebra: OMS; 2018. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO [consultado el 23 de julio del 2019]. Disponible en:
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/275849/9789243550220-spa.pdf?sequence=1>.

15. Organización Panamericana de la Salud. Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) [Internet]. 56.º Consejo Directivo de la OPS, 70.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 23 al 27 de septiembre del 2018; Washington, DC. Washington, DC: OPS; 2018 (documento CD56/INF/9) [consultado el 23 de julio del 2019]. Disponible en:
https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=56-directing-council-spanish-9965&alias=45869-cd56-inf-9-s-rsi-869&Itemid=270&lang=es.

Anexo

Cuadro recapitulativo 1. Informes anuales de los Estados Partes a la 72.^a Asamblea Mundial de la Salud, componentes voluntarios del marco de seguimiento y evaluación del RSI, y eventos de salud pública de posible importancia internacional (puntaje de las capacidades básicas expresado en porcentajes)

Estado Parte	Informe anual obligatorio de los Estados Partes														Evaluación externa voluntaria (año en que se hizo)	Número de eventos agudos de salud pública de posible importancia internacional evaluados (del 1 de julio del 2018 al 30 de abril del 2019)
	Número de informes anuales presentados del 2011 al 2019 (período de	Legislación y financiación	Coordinación del RSI y funciones de los Centros Nacionales de Enlace para el RSI	Eventos zoonóticos e interfaz entre los seres humanos y los animales	Inocuidad de los alimentos	Laboratorio	Vigilancia	Recursos humanos	Marco nacional para las emergencias sanitarias	Prestación de servicios de salud	Comunicación de riesgos	Puntos de entrada	Eventos químicos	Emergencias por radiación		
Antigua y Barbuda	9	27	30	20	80	47	60	60	60	40	40	20	20	40	No	0
Argentina	8	80	80	60	80	67	80	60	40	60	40	70	60	60	No	6
Bahamas	7	60	80	0	80	73	40	60	73	40	60	40	20	20	No	1
Barbados	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	No	1
Belice	6	20	20	20	40	67	30	40	67	47	60	20	0	0	Sí (2016)	1
Bolivia (Estado Plurinacional de) ¹	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	No	7
Brasil	8	93	100	80	80	100	100	100	87	47	80	60	100	100	No	15
Canadá	9	93	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	Sí (2018)	2
Chile	8	73	80	100	100	80	80	60	73	47	20	70	100	80	No	9
Colombia	9	80	70	80	80	73	60	60	73	47	60	80	60	40	No	9
Costa Rica	9	93	70	60	80	93	70	80	27	73	80	60	100	20	No	8

¹ Debido a un problema técnico con la gestión de la información, el informe anual presentado por Bolivia a la 72.^a Asamblea Mundial de la Salud no se ha incorporado en los análisis subregionales y regionales del presente informe.

Estado Parte	Informe anual obligatorio de los Estados Partes														Evaluación externa voluntaria (año en que se hizo)	Número de eventos agudos de salud pública de posible importancia internacional evaluados (del 1 de julio del 2018 al 30 de abril del 2019)
	Número de informes anuales presentados del 2011 al 2019 (período de Legislación y financiación)	Coordinación del RSI y funciones de los Centros Nacionales de Enlace para el RSI	Eventos zoonóticos e interfaz entre los seres humanos y los animales	Inocuidad de los alimentos	Laboratorio	Vigilancia	Recursos humanos	Marco nacional para las emergencias sanitarias	Prestación de servicios de salud	Comunicación de riesgos	Puntos de entrada	Eventos químicos	Emergencias por radiación			
Cuba	8	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	No	3
Dominica	9	80	90	80	100	73	60	60	80	60	80	90	20	40	No	0
Ecuador	9	87	80	80	60	73	80	80	80	47	60	80	80	60	No	10
El Salvador	8	100	100	100	20	100	100	100	60	60	40	100	40	60	No	2
Estados Unidos de América	9	100	100	80	100	93	100	60	100	100	100	90	80	80	Sí (2016)	7
Granada	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	Sí (2018)	0
Guatemala	8	67	30	60	20	80	70	80	80	33	60	60	60	100	No	3
Guyana ²	9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	No	2
Haití	7	27	60	60	20	60	90	40	47	27	20	10	40	0	Sí (2016, 2019)	2
Honduras	9	7	80	80	20	60	80	20	20	0	40	40	0	0	No	3
Jamaica	9	80	90	80	80	80	80	60	80	73	80	90	40	80	No	1
México	9	100	100	80	80	80	100	100	87	87	60	80	80	80	No	16
Nicaragua	8	100	30	60	80	87	60	60	73	73	80	80	60	100	No	1
Panamá	8	53	80	80	80	73	80	80	80	73	40	60	80	60	No	7
Paraguay	7	40	90	80	80	53	80	80	40	47	80	60	60	20	No	4

² El informe anual presentado por Guyana a la 72.^a Asamblea Mundial de la Salud tenía un formato diferente. Por lo tanto, no se ha incorporado la información en los análisis subregionales y regionales del presente informe.

Estado Parte	Informe anual obligatorio de los Estados Partes														Evaluación externa voluntaria (año en que se hizo)	Número de eventos agudos de salud pública de posible importancia internacional evaluados (del 1 de julio del 2018 al 30 de abril del 2019)
	Número de informes anuales presentados del 2011 al 2019 (período de	Legislación y financiación	Coordinación del RSI y funciones de los Centros Nacionales de Enlace para el RSI	Eventos zoonóticos e interfaz entre los seres humanos y los animales	Inocuidad de los alimentos	Laboratorio	Vigilancia	Recursos humanos	Marco nacional para las emergencias sanitarias	Prestación de servicios de salud	Comunicación de riesgos	Puntos de entrada	Eventos químicos	Emergencias por radiación		
Perú	7	53	50	60	40	47	70	40	60	33	40	40	80	100	Sí (2015)	4
República Dominicana	8	40	40	20	20	53	60	40	53	33	100	40	40	80	No	6
Saint Kitts y Nevis	7	7	70	60	80	67	60	40	47	60	40	30	40	20	No	0
Santa Lucía	7	47	90	80	80	87	40	80	47	47	60	80	40	0	No	1
San Vicente y las Granadinas	7	40	70	20	80	73	60	80	20	47	20	30	20	20	No	0
Suriname	8	80	90	80	80	73	90	80	87	53	80	100	40	20	No	1
Trinidad y Tabago	8	53	100	20	40	80	40	20	40	80	40	40	60	20	No	0
Uruguay	5	100	90	80	80	87	90	80	93	80	100	80	60	80	No	2
Venezuela (República Bolivariana de)	8	73	90	80	80	53	80	80	73	60	80	90	40	80	No	15

Cuadro recapitulativo 2. Informes anuales de los Estados Partes a la 72.ª Asamblea Mundial de la Salud: promedios subregionales y regionales (puntaje de las capacidades básicas expresado en porcentajes)

Subregión	Legislación y financiación	Coordinación de RSI y funciones de los Centros Nacionales de Enlace para el RSI	Eventos zoonóticos e interfaz entre los seres humanos y los animales	Inocuidad de los alimentos	Laboratorio	Vigilancia	Recursos humanos	Marco nacional para las emergencias de salud	Prestación de servicios de salud	Comunicación de riesgos	Puntos de entrada	Eventos químicos	Emergencias por radiación
Caribe* (n=12)	52	74	52	72	73	63	60	62	56	57	54	37	30
Centroamérica** (n=7)	66	61	66	46	78	74	66	56	50	63	63	54	60
América del Sur*** (n=9)	76	81	78	76	70	80	71	69	52	62	70	71	69
América del Norte**** (n=3)	98	100	87	93	91	100	87	96	96	87	90	87	87
Región de las Américas (n=31)	66	76	66	69	75	74	67	66	57	63	64	55	54

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

** La subregión de Centroamérica abarca Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá y República Dominicana.

*** La subregión de América del Sur abarca Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela.

**** La subregión de América del Norte abarca Canadá, Estados Unidos de América y México.

- - -