

Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005)

Respuesta a emergencias de salud pública

Informe de la Directora General

1. De conformidad con la resolución WHA61.2, en la que se decidió que los Estados Partes en el Reglamento Sanitario Internacional (2005) y la Directora General informaran anualmente a la Asamblea de la Salud sobre la aplicación del Reglamento, el presente informe ofrece una visión general de la respuesta internacional a los eventos y emergencias de salud pública que se han producido en 2014, prestando especial atención a la función de la OMS y del Reglamento Sanitario Internacional (2005) en la prevención, detección y notificación de dichos eventos y en la respuesta a ellos. El presente documento acompaña al informe del Comité de Examen sobre las segundas prórrogas para establecer capacidades nacionales en materia de salud pública y sobre la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional.¹

PRINCIPALES EVENTOS Y EMERGENCIAS DE SALUD PÚBLICA EN 2014

2. Durante el periodo examinado, la prioridad fue el fortalecimiento de la seguridad sanitaria mundial, con especial énfasis en la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005) por los Estados Miembros, con el respaldo de la Secretaría.² Una de las seis prioridades de liderazgo de la Secretaría es la prestación de apoyo a los países para que establezcan las capacidades que requiere el Reglamento.³

3. En 2014 la OMS detectó, siguió y dio respuesta a numerosos riesgos y emergencias de salud pública con puntualidad y en estrecha colaboración con los países, en el marco del Reglamento. Al terminar el año había 237 «eventos» registrados en el Sistema de Gestión de Eventos de la OMS.⁴

¹ Véase el documento EB136/22 Add.1.

² Para más información sobre el fortalecimiento de la seguridad sanitaria y otras áreas relacionadas con la alerta, la respuesta, y la creación de capacidades de conformidad con el Reglamento Sanitario Internacional (2005), véase <http://www.who.int/ihr/about/activities/en/> (consultado el 18 de diciembre de 2014).

³ Para más información sobre la reforma de la OMS y las prioridades de liderazgo, véase <http://www.who.int/about/agenda/en/> (consultado el 18 de diciembre de 2014); véase asimismo http://www.who.int/about/who_reform/change_at_who/issue5/ihr-risk-communication/en/#.VEN4441BvIV (consultado el 18 de diciembre de 2014).

⁴ El Sistema de Gestión de Eventos mencionado es un sistema interno de seguimiento.

Tras una evaluación, 77 de los eventos detectados se confirmaron y fueron sometidos a seguimiento. Los 45 eventos que se registraron y fueron sometidos a seguimiento en el Sistema de Gestión de Eventos se han hecho públicos en el sitio de información sobre eventos destinado a los Centros Nacionales de Enlace para el Reglamento.¹ Se notificaron eventos en 37 países, en los cuales se notificaron 14 enfermedades distintas causantes de brotes. Los Estados Unidos de América fueron el país que más eventos notificó (seis este año). Se notificaron brotes de síndrome respiratorio de Oriente Medio por coronavirus (MERS-CoV) en 17 países, lo cual, en términos de países notificantes, supera lo registrado con respecto a cualquier otra infección.

4. En 2014, en consonancia con las disposiciones pertinentes del Reglamento Sanitario Internacional (2005), la Directora General determinó que los eventos de África occidental relacionados con la enfermedad por el virus del Ebola y la situación actual de la poliomielitis constituyen emergencias de salud pública de importancia internacional. De conformidad con el Reglamento Sanitario Internacional (2005), la OMS convocó Comités de Emergencia en numerosas ocasiones, a saber: siete veces en relación con el MERS-CoV, tres con la poliomielitis, y otras tres con la enfermedad por el virus del Ebola. En virtud del Reglamento, se hicieron recomendaciones temporales a los Estados Miembros con respecto a la poliomielitis y a la enfermedad por el virus del Ebola, y la Secretaría emitió consejos acerca del MERS-CoV. En lo que se refiere al Reglamento Sanitario Internacional (2005), 2014 ha sido un año sin precedentes en materia de emergencias de salud pública de importancia internacional.

Enfermedad por el virus del Ebola

5. El 18 de septiembre de 2014, el Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas determinó que la epidemia de enfermedad por el virus del Ebola constituía una «amenaza para la paz y la seguridad internacionales», y adoptó por unanimidad la resolución 2177 (2014) del Consejo de Seguridad, copatrocinada por 134 Estados Miembros. Se trata del mayor número de copatrocinadores que haya tenido nunca una resolución del Consejo de Seguridad, y esta es solo la tercera vez que el Consejo de Seguridad ha tomado esta medida con respecto a una crisis de salud pública.

6. Esto llevó a la Asamblea General de las Naciones Unidas a adoptar por unanimidad el 19 de septiembre de 2014 la resolución 69/1 de la Asamblea General; poco después, el Secretario General creó la Misión de las Naciones Unidas para la Respuesta de Emergencia al Ebola (UNMEER), que estableció su sede en Accra, y equipos en Guinea, Liberia y Sierra Leona.

7. Como organismo especializado de las Naciones Unidas para el sector de la salud y uno de los principales integrantes de la UNMEER, la OMS ha estado en primera línea en el esfuerzo internacional, y ha caracterizado al brote de enfermedad por el virus del Ebola como «la emergencia de salud pública más intensa y grave que se haya visto en los tiempos modernos.»²

8. La OMS recibió la notificación inicial de casos de enfermedad por el virus del Ebola en Guinea en marzo de 2014, e inició inmediatamente la prestación de apoyo. De conformidad con las disposiciones del Reglamento Sanitario Internacional (2005) se convocó un Comité de Emergencia sobre la enfermedad por el virus del Ebola que se reunió en tres ocasiones: el 6 y el 7 de agosto, del 16 al 21 de septiembre y el 22 de octubre de 2014. Tras su primera reunión, la Directora General determinó que la enfermedad por el virus del Ebola en África occidental constituía una emergencia de salud pública.

¹ Para más información sobre los Centros Nacionales de Enlace para el Reglamento, véase <http://www.who.int/ihr/nfp/en/> (consultado el 19 de diciembre de 2014).

² Véase el documento EB136/26.

blica de importancia internacional e hizo recomendaciones temporales para apoyar a los países en sus esfuerzos por controlar la epidemia y evitar su propagación internacional.

9. Los brotes de enfermedad por el virus del Ebola en Senegal y Nigeria se dieron por terminados el 17 y el 19 de octubre de 2014, respectivamente. Ello se debió en gran parte a la rápida respuesta de ambos países, en particular con respecto a la vigilancia, la respuesta, las medidas implantadas en los puntos de entrada y la comunicación sobre los riesgos. En su tercera reunión, el Comité de Emergencia observó que la aplicación de las medidas recomendadas pudo haber contribuido a limitar una mayor propagación internacional de la enfermedad.

10. La OMS y las organizaciones asociadas acordaron una serie de medidas básicas para ayudar a los países no afectados por la enfermedad por el virus del Ebola a fortalecer su preparación ante la posible introducción de la enfermedad. Aprovechando las medidas existentes de preparación nacional e internacional, en particular la labor realizada con anterioridad para desarrollar las capacidades básicas exigidas por el Reglamento, se elaboraron varios instrumentos para ayudar a los países a intensificar y acelerar su preparación. Se efectuaron visitas a países de todas las regiones para determinar los puntos fuertes de los planes nacionales de preparación vigentes y proponer formas de solucionar las deficiencias.

11. Uno de los principales retos que plantea la actual epidemia de enfermedad por el virus del Ebola consiste en garantizar la adecuada comprensión y aplicación de las recomendaciones temporales hechas al respecto por la Directora General de conformidad con el Reglamento Sanitario Internacional (2005). Preocupa especialmente la recomendación que insta a los Estados Miembros a que no adopten medidas unilaterales sobre viajes y comercio que afecten a los países en los que hay una transmisión intensa. En este aspecto, la Secretaría efectúa un seguimiento de las medidas relacionadas con los viajes y el comercio que divergen de las mencionadas recomendaciones y se comunica con los Estados Miembros para confirmar la naturaleza exacta de las medidas y su fundamento desde el punto de vista de la salud pública. A fecha de 14 de noviembre de 2014 se habían registrado 345 informes acerca de dichas medidas en 63 países. Por considerarse que las medidas eran excesivas, se enviaron 39 peticiones de verificación a los países en cuestión y se recibieron 18 justificaciones; seis países negaron haber cerrado sus fronteras por motivos relacionados con la enfermedad por el virus del Ebola. La Secretaría está efectuando un seguimiento con los países que todavía no han contestado a sus peticiones de verificación.

Síndrome respiratorio de Oriente Medio por coronavirus

12. El MERS-CoV se identificó por vez primera en la Arabia Saudita en 2012. El virus parece estar circulando ampliamente en toda la Península Arábiga. Se han notificado casos en ocho países de Oriente Medio, cinco de Europa, dos de África, dos de Asia y en los Estados Unidos América. Hasta el 21 de noviembre de 2014, en el mundo se han notificado a la OMS 909 casos de MERS-CoV confirmados mediante pruebas de laboratorio, 331 de ellos mortales.¹

13. La grave preocupación que ha suscitado esta enfermedad llevó a la Directora General a convocar un Comité de Emergencia sobre el MERS-CoV. El Comité de Emergencia se ha reunido en siete ocasiones, la primera de ellas el 9 de julio de 2013.² El Comité no aconsejó a la Directora General que

¹ Para más información sobre el MERS-CoV, véase <http://www.who.int/csr/don/21-november-2014-mers/en/> (consultado el 19 de diciembre de 2014).

² Para más información sobre el Comité de Emergencia, véase http://www.who.int/ihr/ihr_ec_2013/en/ (consultado el 19 de diciembre de 2014).

declarara el evento como emergencia de salud pública de importancia internacional, pero recomendó a los Estados Miembros que profundizaran en el conocimiento de la situación y adoptaran medidas preventivas, en particular en relación con los peregrinos que visitan la región.

14. En su séptima reunión, del 1 de octubre de 2014, el Comité de Emergencia tomó nota de que se han hecho importantes esfuerzos para reforzar las medidas de prevención y control de la infección y de que, en general, la transmisión parece estar contenida. Asimismo se observó que las actividades llevadas a cabo para reducir la propagación internacional del MERS-CoV parecen haber sido eficaces.

15. La OMS está colaborando con los países afectados y con las redes y asociados técnicos internacionales para coordinar la respuesta sanitaria mundial, en particular el suministro de información actualizada, la realización de evaluaciones del riesgo y de investigaciones conjuntas con las autoridades nacionales, la organización de reuniones científicas y la elaboración de orientaciones y cursos para las autoridades y organismos técnicos sanitarios.

16. La Secretaría sigue informando periódicamente a los miembros y asesores del Comité de Emergencia.

Poliomielitis

17. Los casos de poliomielitis han disminuido en más de un 99% desde 1988, gracias al esfuerzo mundial para erradicar la enfermedad; no obstante, el número de casos en 2013 aumentó en un 82% en comparación con 2012, y se notificaron casos en ocho países, en vez de los cinco de 2012. El 5 de mayo de 2014, al abrigo del Reglamento Sanitario Internacional, la Directora General convocó un Comité de Emergencia para examinar la situación, y declaró que la propagación internacional de poliovirus salvajes en 2014 constituía una emergencia de salud pública de importancia internacional, de conformidad con el Reglamento. La Directora General también hizo recomendaciones temporales para reducir la propagación internacional de poliovirus salvajes. Las recomendaciones estipulan que los países que actualmente están exportando poliovirus salvajes deben velar por que todos sus residentes y visitantes a largo plazo (por periodos superiores a cuatro semanas) reciban una dosis de vacuna antipoliomielítica oral o de vacuna antipoliomielítica inactivada entre cuatro semanas y 12 meses antes de que hagan un viaje internacional, y por que se les proporcione a esos viajeros una prueba de que se han vacunado. A otros países afectados por la poliomielitis que no estén exportando poliovirus salvajes se les alienta a que vacunen a sus residentes y visitantes a largo plazo antes de que hagan viajes internacionales.¹

18. Las recomendaciones temporales se prorrogaron tres meses tras una nueva evaluación hecha por el Comité de Emergencia para la poliomielitis el 14 de noviembre de 2014.

Gripe aviar por virus A(H5N1) y A(H7N9)

19. Las pandemias de gripe son eventos recurrentes que pueden tener importantes consecuencias sanitarias, económicas y sociales en todo el mundo. Con el aumento de los viajes mundiales, la detección de la aparición de nuevos virus gripales y el seguimiento de la actividad de los virus potencialmente pandémicos, como los virus de la gripe A(H5N1) y A(H7N9), resultan fundamentales, dado que podrían generar pandemias, dejando poco tiempo para preparar una respuesta de salud pública.

¹ Para más información al respecto, véase <http://www.polioeradication.org/Infectedcountries/PolioEmergency.aspx#sthash.QuVm3bU5.dpuf> (consultado el 19 de diciembre de 2014).

20. El virus de la gripe A(H7N9) es un subtipo de virus gripal que normalmente afecta a las aves, aunque a veces puede infectar al ser humano. La primera epidemia humana se notificó en China en marzo de 2013, y se siguió de una segunda oleada epidémica en 2014. En Camboya se han notificado regularmente a lo largo de todo el año infecciones humanas por el virus de la gripe aviar A(H5N1). Se considera que los virus de la gripe aviar A(H5N1) y A(H7N9) tienen potencial pandémico por los siguientes motivos: porque siguen circulando ampliamente en algunas poblaciones de aves de corral; porque es improbable que la mayoría de los humanos seamos inmunes a ellos, y porque pueden ser causa de enfermedad grave y muerte en el ser humano.

21. De conformidad con el Reglamento Sanitario Internacional (2005), la OMS, junto con los Estados Miembros, sigue de cerca los virus de la gripe aviar A(H5N1) y A(H7N9), así como otros virus gripales con potencial pandémico, y realiza evaluaciones del riesgo. La OMS desarrolla y ajusta intervenciones apropiadas en colaboración con sus asociados, entre ellos los organismos de sanidad animal y las autoridades veterinarias nacionales; en particular colabora mediante una serie de mecanismos con la OIE y la FAO para seguir y evaluar el riesgo que suponen los virus gripales de los animales que resultan preocupantes para la salud pública.¹ En el momento en el que se redactó el presente informe, el riesgo pandémico general asociado a los dos virus mencionados no había aumentado.

PROGRESOS EN LA APLICACIÓN DEL REGLAMENTO SANITARIO INTERNACIONAL (2005)

22. Los Estados Partes han seguido proporcionando a la Secretaría información sobre la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005) en relación con las capacidades nacionales requeridas en el anexo 1 del Reglamento Sanitario Internacional (2005). A fecha de 11 de diciembre de 2014, 78 de los 196 Estados Partes habían completado el cuestionario de autoevaluación enviado en marzo de 2014. En el cuadro incluido en el anexo figuran, las últimas puntuaciones de la capacidad de los Estados Partes que completaron el cuestionario, ordenados por regiones de la OMS.

23. El análisis de la información proporcionada a la Secretaría por los Estados Partes indica que se han hecho importantes progresos en las áreas siguientes: funcionamiento de los Centros Nacionales de Enlace para el Reglamento 24 horas al día; aumento de la transparencia en la notificación de eventos; uso más sistemático de sistemas de alerta temprana; mejor comunicación y colaboración entre los sectores de la sanidad animal y humana (por ejemplo, compartiendo las enseñanzas extraídas del virus de la gripe aviar A(H5N1) y aplicándolas al virus de la gripe aviar A(H7N9)); coordinación de los esfuerzos colectivos de los países y los asociados en la creación de capacidades; establecimiento de respuestas de emergencia, coordinación de estructuras y mejora de los mecanismos internacionales para compartir informaciones destinadas a lograr una respuesta rápida.

24. Todos los niveles de la Organización han tomado iniciativas para acelerar los progresos en la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005). Dichas iniciativas han sido examinadas de forma exhaustiva en las recientes reuniones de todos los Comités Regionales, en las cuales también se debatieron las enseñanzas extraídas de la enfermedad por el virus del Ebola y de otros eventos y emergencias de salud pública pertinentes para el Reglamento.

¹ Para más información sobre la gripe aviar, véase http://www.who.int/mediacentre/factsheets/avian_influenza/en/ (consultado el 19 de diciembre de 2014).

COMITÉ DE EXAMEN SOBRE LAS SEGUNDAS PRÓRROGAS PARA ESTABLECER CAPACIDADES NACIONALES EN MATERIA DE SALUD PÚBLICA Y SOBRE LA APLICACIÓN DEL RSI

25. De conformidad con los artículos 5 y 13 del Reglamento Sanitario Internacional (2005), los Estados Partes pueden solicitar prórrogas para cumplir los requisitos en materia de capacidades básicas de vigilancia y respuesta que se estipulan en el anexo 1 del Reglamento. En total, 64 Estados Partes han informado a la Secretaría de que han logrado dichas capacidades básicas, 81 han solicitado prórrogas, y 48 no han comunicado su situación ni sus intenciones. La Directora General ha concedido todas las prórrogas solicitadas para el periodo 2014-2016, después de haber convocado al Comité de Examen sobre las segundas prórrogas para establecer capacidades nacionales en materia de salud pública y sobre la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005), que se reunió del 13 al 14 de noviembre de 2014.¹

CONCLUSIÓN

26. Existe un amplio consenso de que el Reglamento Sanitario Internacional (2005) ha ayudado a la comunidad internacional a gestionar mucho mejor eventos y emergencias graves de salud pública. Muchos Estados Partes han evaluado y reforzado de forma exitosa las capacidades básicas nacionales y locales que requiere el Reglamento. No obstante, como ilustra el actual brote de enfermedad por el virus del Ebola, dichas capacidades todavía no se han establecido adecuadamente, lo cual ha hecho que la enfermedad haya tenido consecuencias humanas, financieras y económicas catastróficas en los tres países con transmisión intensa. Considerando el costo de la respuesta, se ha hecho más evidente que nunca la necesidad de invertir ya en capacidades para prevenir, detectar y responder mejor y más rápidamente a los eventos de salud pública.

27. En su reciente reunión, el Comité de Examen recomendó que se fuera más allá de la mera observancia del Reglamento Sanitario Internacional (2005) y se pusiera más énfasis a nivel nacional en el cumplimiento progresivo de los derechos y obligaciones dimanantes del Reglamento. Además, el Comité señaló que la aplicación del Reglamento, y en particular el fortalecimiento de la capacidad pública, deben verse como un proceso continuo, y no que finalice en una fecha determinada, como el año 2016. Estos importantes cambios de perspectiva ponen de relieve la relación integral entre el Reglamento Sanitario Internacional (2005) y los sistemas de salud, y la necesidad de inversiones sostenidas.

INTERVENCIÓN DEL CONSEJO EJECUTIVO

28. Se invita al Consejo a que tome nota del presente informe.

¹ Véase el documento EB136/22 Add.1.

ANEXO

Cuadro. Reglamento Sanitario Internacional (2005): seguimiento de la capacidad nacional, que muestra las puntuaciones de la capacidad de todos los Estados Partes que han respondido en 2014

Región de África

Estado Parte	Legislación	Coordinación	Vigilancia	Respuesta	Preparación	Comunicación de riesgo	Recursos humanos	Laboratorios	Puntos de entrada	Zoonosis	Inocuidad de los alimentos	Incidentes químicos	Incidentes radiológicos
Angola	50	73	15	28	0	14	0	0	0	0	20	0	0
Argelia	Datos de 2014 aún no disponibles												
Benin	0	90	50	58	46	29	80	66	40	56	13	0	38
Botswana	Datos de 2014 aún no disponibles												
Burkina Faso	Datos de 2014 aún no disponibles												
Burundi	Datos de 2014 aún no disponibles												
Cabo Verde	Datos de 2014 aún no disponibles												
Camerún	100	100	85	94	100	100	100	100	40	100	73	92	100
Chad	Datos de 2014 aún no disponibles												
Comoras	Datos de 2014 aún no disponibles												
Congo	Datos de 2014 aún no disponibles												
Côte d'Ivoire	Datos de 2014 aún no disponibles												
Eritrea	100	100	95	100	91	71	60	86	38	78	33	54	0
Etiopía	Datos de 2014 aún no disponibles												
Gabón	Datos de 2014 aún no disponibles												
Gambia	Datos de 2014 aún no disponibles												
Ghana	Datos de 2014 aún no disponibles												
Guinea	Datos de 2014 aún no disponibles												

Estado Parte	Legislación	Coordinación	Vigilancia	Respuesta	Preparación	Comunicación de riesgo	Recursos humanos	Laboratorios	Puntos de entrada	Zoonosis	Inocuidad de los alimentos	Incidentes químicos	Incidentes radiológicos
Guinea-Bissau	Datos de 2014 aún no disponibles												
Guinea Ecuatorial	Datos de 2014 aún no disponibles												
Kenya	Datos de 2014 aún no disponibles												
Lesotho	Datos de 2014 aún no disponibles												
Liberia	Datos de 2014 aún no disponibles												
Madagascar	Datos de 2014 aún no disponibles												
Malawi	Datos de 2014 aún no disponibles												
Malí	Datos de 2014 aún no disponibles												
Mauricio	Datos de 2014 aún no disponibles												
Mauritania	Datos de 2014 aún no disponibles												
Mozambique	Datos de 2014 aún no disponibles												
Namibia	Datos de 2014 aún no disponibles												
Níger	Datos de 2014 aún no disponibles												
Nigeria	50	100	80	73	60	57	60	67	4	78	53	8	69
República Centrafricana	Datos de 2014 aún no disponibles												
República Democrática del Congo	Datos de 2014 aún no disponibles												
República Unida de Tanzania	Datos de 2014 aún no disponibles												
Rwanda	Datos de 2014 aún no disponibles												
Santo Tomé y Príncipe	0	46	40	28	8	0	0	36	12	22	0	0	0
Senegal	Datos de 2014 aún no disponibles												

Estado Parte	Legislación	Coordinación	Vigilancia	Respuesta	Preparación	Comunicación de riesgo	Recursos humanos	Laboratorios	Puntos de entrada	Zoonosis	Inocuidad de los alimentos	Incidentes químicos	Incidentes radiológicos
Seychelles	Datos de 2014 aún no disponibles												
Sierra Leona	Datos de 2014 aún no disponibles												
Sudáfrica	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Sudán del Sur	Datos de 2014 aún no disponibles												
Swazilandia	Datos de 2014 aún no disponibles												
Togo	Datos de 2014 aún no disponibles												
Uganda	Datos de 2014 aún no disponibles												
Zambia	Datos de 2014 aún no disponibles												
Zimbabwe	Datos de 2014 aún no disponibles												

Región de las Américas

Estado Parte	Legislación 1	Coordinación 2	Vigilancia 3	Respuesta 4	Preparación 5	Comunicación de riesgo 6	Recursos humanos 7	Laboratorio 8	Puntos de entrada 9	Zoonosis 10	Inocuidad de los alimentos 11	Incidentes químicos 12	Incidentes radiológicos 13
Antigua y Barbuda	100	100	100	82	73	71	100	95	86	100	100	85	23
Argentina	Datos de 2014 aún no disponibles												
Bahamas	Datos de 2014 aún no disponibles												
Barbados	Datos de 2014 aún no disponibles												
Belice	Datos de 2014 aún no disponibles												
Bolivia (Estado Plurinacional de)	Datos de 2014 aún no disponibles												
Brasil	100	100	100	100	100	100	100	96	80	100	100	85	92

Canadá	100	90	95	100	100	100	100	100	100	89	100	100	100
Chile	75	83	95	94	66	71	60	86	35	100	93	23	62
Colombia	100	63	55	94	33	100	80	76	91	78	67	69	69
Costa Rica	100	100	95	100	71	100	80	76	97	100	100	77	62
Cuba	Datos de 2014 aún no disponibles												
Dominica	75	100	90	83	60	100	20	73	64	89	87	31	23
Ecuador	75	100	85	76	71	71	80	71	73	89	80	54	100
El Salvador	100	100	100	100	90	86	100	100	100	100	93	62	77
Estados Unidos de América	100	100	100	100	100	100	100	50	100	100	100	100	100
Granada	Datos de 2014 aún no disponibles												
Guatemala	0	73	75	76	45	57	50	75	60	78	100	67	50
Guyana	Datos de 2014 aún no disponibles												
Haití	Datos de 2014 aún no disponibles												
Honduras	Datos de 2014 aún no disponibles												
Jamaica	50	73	60	75	73	57	20	53	70	67	47	38	31
México	Datos de 2014 aún no disponibles												
Nicaragua	100	83	100	94	90	100	100	86	90	100	80	92	100
Panamá	75	100	95	88	60	71	40	96	65	89	60	15	31
Paraguay	Datos de 2014 aún no disponibles												
Perú	100	83	100	94	90	100	80	100	27	100	100	46	85
República Dominicana	Datos de 2014 aún no disponibles												
Saint Kitts y Nevis	Datos de 2014 aún no disponibles												
Santa Lucía	25	20	65	58	25	86	40	86	6	89	60	23	0

San Vicente y las Granadinas	75	73	80	66	53	43	20	35	48	100	40	8	0
Suriname	50	83	90	100	83	71	40	100	84	67	87	62	0
Trinidad y Tabago	Datos de 2014 aún no disponibles												
Uruguay	Datos de 2014 aún no disponibles												
Venezuela (República Bolivariana de)	50	90	100	100	100	71	100	90	59	100	93	92	85

Región del Mediterráneo Oriental

Estado Parte	Legislación	Coordinación	Vigilancia	Respuesta	Preparación	Comunicación de riesgo	Recursos humanos	Laboratorios	Puntos de entrada	Zoonosis	Inocuidad de los alimentos	Incidentes químicos	Incidentes radiológicos
Afganistán	50	63	90	58	26	71	20	53	15	67	20	23	38
Arabia Saudita	Datos de 2014 aún no disponibles												
Bahrein	Datos de 2014 aún no disponibles												
Djibouti	Datos de 2014 aún no disponibles												
Egipto	Datos de 2014 aún no disponibles												
Emiratos Árabes Unidos	Datos de 2014 aún no disponibles												
Irán (República Islámica del)	Datos de 2014 aún no disponibles												
Iraq	Datos de 2014 aún no disponibles												
Jordania	Datos de 2014 aún no disponibles												

Kuwait	Datos de 2014 aún no disponibles
Líbano	Datos de 2014 aún no disponibles
Libia	Datos de 2014 aún no disponibles
Marruecos	Datos de 2014 aún no disponibles
Omán	Datos de 2014 aún no disponibles
Pakistán	Datos de 2014 aún no disponibles
Qatar	Datos de 2014 aún no disponibles
República Árabe Siria	Datos de 2014 aún no disponibles
Somalia	Datos de 2014 aún no disponibles
Sudán	Datos de 2014 aún no disponibles
Túnez	Datos de 2014 aún no disponibles
Yemen	Datos de 2014 aún no disponibles

Región de Europa

Estado Parte	Legislación	Coordinación	Vigilancia	Respuesta	Preparación	Comunicación de riesgo	Recursos humanos	Laboratorios	Puntos de entrada	Zoonosis	Inocuidad de los alimentos	Incidentes químicos	Incidentes radiológicos
Albania	Datos de 2014 aún no disponibles												
Alemania	Datos de 2014 aún no disponibles												
Andorra	75	30	70	44	8	14	0	25	0	44	67	0	0
Armenia	Datos de 2014 aún no disponibles												
Austria	100	90	80	100	83	100	100	100	91	89	93	100	92
Azerbaiyán	Datos de 2014 aún no disponibles												
Belarús	Datos de 2014 aún no disponibles												
Bélgica	100	63	85	100	46	100	60	91	70	89	100	92	100
Bosnia y Herzegovina	75	73	65	53	25	86	20	59	0	78	100	38	54

Bulgaria	Datos de 2014 aún no disponibles												
Chipre	75	100	60	89	28	57	0	14	97	89	100	0	100
Croacia	50	36	75	83	90	43	40	46	34	100	87	85	73
Dinamarca	100	90	95	100	100	86	100	91	100	89	100	92	100
Eslovaquia	Datos de 2014 aún no disponibles												
Eslovenia	100	53	95	66	70	43	20	41	54	100	100	100	91
España	100	100	100	94	100	86	100	86	76	100	100	69	100
Estonia	Datos de 2014 aún no disponibles												
Ex República Yugoslava de Macedonia	Datos de 2014 aún no disponibles												
Federación de Rusia	Datos de 2014 aún no disponibles												
Finlandia	Datos de 2014 aún no disponibles												
Francia	100	80	95	100	80	86	60	100	24	100	100	92	100
Georgia	100	100	95	85	100	100	75	96	94	100	100	62	83
Grecia	Datos de 2014 aún no disponibles												
Hungría	75	100	85	94	100	100	0	96	32	100	93	85	100
Irlandia	Datos de 2014 aún no disponibles												
Islandia	Datos de 2014 aún no disponibles												
Israel	Datos de 2014 aún no disponibles												
Italia	Datos de 2014 aún no disponibles												
Kazajstán	Datos de 2014 aún no disponibles												
Kirguistán	Datos de 2014 aún no disponibles												
Letonia	100	66	90	88	100	100	60	100	88	100	100	92	100
Liechtenstein	75	90	90	83	83	71	0	80	0	100	93	92	85
Lituania	100	83	90	77	63	100	0	77	97	89	100	100	100
Luxemburgo	Datos de 2014 aún no disponibles												
Malta	100	100	100	89	75	71	0	87	42	100	100	77	62
Mónaco	75	90	90	94	100	71	20	57	100	88	100	92	54

Montenegro	25	83	85	59	65	86	20	77	9	56	67	31	62
Noruega	Datos de 2014 aún no disponibles												
Países Bajos	100	100	100	100	80	100	60	96	83	88	100	100	100
Polonia	Datos de 2014 aún no disponibles												
Portugal	Datos de 2014 aún no disponibles												
Reino Unido	Datos proporcionados en un formato que no fue posible incluir en el análisis												
República Checa	100	83	95	100	75	86	60	96	48	100	100	100	100
República de Moldova	100	56	90	72	26	57	20	28	4	89	67	62	69
Rumania	75	66	80	89	81	71	40	76	62	89	87	85	92
San Marino	Datos de 2014 aún no disponibles												
Santa Sede	Datos de 2014 aún no disponibles												
Serbia	Datos de 2014 aún no disponibles												
Suecia	Datos de 2014 aún no disponibles												
Suiza	100	100	90	100	100	100	20	80	91	100	100	100	100
Tayikistán	Datos de 2014 aún no disponibles												
Turkmenistán	Datos de 2014 aún no disponibles												
Turquía	Datos de 2014 aún no disponibles												
Ucrania	Datos de 2014 aún no disponibles												
Uzbekistán	Datos de 2014 aún no disponibles												

Región de Asia Sudoriental

Estado Parte	Legislación	Coordinación	Vigilancia	Respuesta	Preparación	Comunicación de riesgo	Recursos humanos	Laboratorios	Puntos de entrada	Zoonosis	Inocuidad de los alimentos	Incidentes químicos	Incidentes radiológicos
Bangladesh	100	83	90	81	63	100	100	100	44	89	73	92	46
Bhután	75	90	40	94	61	57	100	66	15	100	53	15	0
India	Datos de 2014 aún no disponibles												

Indonesia	100	100	90	94	100	86	80	100	94	100	100	85	100
Maldivas	50	90	55	65	61	71	40	96	61	100	100	54	15
Myanmar	100	73	100	100	100	100	100	70	94	100	100	46	8
Nepal	Datos de 2014 aún no disponibles												
República Popular Democrática de Corea	100	80	95	76	56	71	40	79	39	89	73	31	62
Sri Lanka	Datos de 2014 aún no disponibles												
Tailandia	Datos de 2014 aún no disponibles												
Timor-Leste	Datos de 2014 aún no disponibles												

Región del Pacífico Occidental

Estado Parte	Legislación	Coordinación	Vigilancia	Respuesta	Preparación	Comunicación de riesgo	Recursos humanos	Laboratorios	Puntos de entrada	Zoonosis	Inocuidad de los alimentos	Incidentes químicos	Incidentes radiológicos
Australia	100	83	100	100	100	100	100	96	100	100	87	100	100
Brunei Darussalam	100	100	100	100	90	71	100	100	88	100	100	38	54
Camboya	50	56	80	47	0	43	0	39	77	78	67	0	0
China	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	87	92	100
Fiji	100	100	95	100	100	100	100	100	97	100	100	92	92
Filipinas	100	100	94	100	90	86	80	90	28	89	80	85	100
Islas Cook													
Islas Marshall													
Islas Salomón	25	56	85	94	43	86	40	90	60	56	53	15	31
Japón	75	100	100	87	100	100	100	100	94	100	100	100	100

Kiribati	100	73	68	78	91	57	40	41	71	100	73	15	23
Malasia	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Micronesia (Estados Federados de)	75	40	40	65	70	100	60	91	87	33	53	54	38
Mongolia	100	83	75	94	61	86	0	100	97	100	53	77	46
Nauru													
Niue	25	66	95	87	73	100	20	96	42	67	73	46	0
Nueva Zelandia	100	100	100	100	100	100	100	96	100	100	100	100	100
Palau	100	100	100	94	100	100	100	80	91	100	100	92	38
Papua Nueva Guinea													
República de Corea	100	100	100	100	100	100	100	96	100	100	100	100	100
República Democrática Popular Lao	100	46	80	58	46	86	100	81	17	89	80	0	0
Samoa	75	100	95	78	91	83	80	100	71	88	93	54	31
Singapur	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	92
Tonga													
Tuvalu													
Vanuatu													
Viet Nam	100	100	100	94	100	71	80	100	97	100	100	100	100