

# **Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005)**

## **Respuesta a las 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, en el presente informe se ofrece una visión general de la respuesta internacional a los eventos y emergencias de salud pública registrados en 2014 y 2015, 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 que se les ha dado. 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.<sup>1</sup> El Consejo Ejecutivo, en su 136.<sup>a</sup> reunión, tomó nota de una versión anterior del presente informe<sup>2</sup> y adoptó la resolución EB136.R5,<sup>3</sup> sobre cartografía del riesgo de fiebre amarilla y recomendaciones de vacunación para los viajeros. La información que figura en la presente versión del informe ha sido actualizada.

### **PRINCIPALES EVENTOS Y EMERGENCIAS DE SALUD PÚBLICA REGISTRADOS EN 2014 Y 2015**

2. En 2014 y 2015 la OMS ha detectado, seguido y dado respuesta a numerosos riesgos y emergencias de salud pública en estrecha colaboración con los países, en el marco del Reglamento. Desde el 1 de enero de 2014 hasta el 28 de febrero de 2015, en el Sistema de Gestión de Eventos de la OMS se han registrado un total de 321 «eventos de salud pública».<sup>4</sup> Durante ese mismo periodo, la OMS ha publicado más de 400 actualizaciones y anuncios en el sitio de información para los Centros Nacionales de Enlace para el RSI, relativos a 79 eventos de salud pública y actualizaciones regionales. La mayoría de las actualizaciones publicadas se referían al evento relativo al coronavirus causante del sín-

---

<sup>1</sup> Véase el documento A68/22 Add.1.

<sup>2</sup> Véase el documento EB136/22 y el acta resumida de la 136.<sup>a</sup> reunión del Consejo Ejecutivo, octava sesión, sección 1.

<sup>3</sup> Véase el documento EB136/2015/REC/1, donde figuran la resolución y las repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría derivadas de la adopción de la resolución.

<sup>4</sup> El Sistema de Gestión de Eventos mencionado es un sistema interno de seguimiento.

drome respiratorio de Oriente Medio (MERS-CoV), al relativo al virus de la gripe A(H7N9) registrado en China y al brote de enfermedad por el virus del Ebola registrado en África occidental.

3. 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 respecto de la poliomielitis constituirían emergencias de salud pública de importancia internacional. La Directora General convocó reuniones del Comité de Emergencias del RSI en numerosas ocasiones, a saber: ocho veces en relación con el MERS-CoV; cinco veces en relación con la poliomielitis; y cuatro veces en relación con la enfermedad por el virus del Ebola. En virtud del Reglamento, se formularon recomendaciones temporales a los Estados Miembros respecto de la propagación internacional de poliovirus salvajes y respecto del brote de enfermedad por el virus del Ebola, y la Secretaría proporcionó asesoramiento acerca del MERS-CoV. En lo que se refiere al Reglamento Sanitario Internacional (2005), 2014 y 2015 han sido años sin precedente en materia de emergencias de salud pública de importancia internacional.

### **Enfermedad por el virus del Ebola**

4. 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), 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.

5. Subsiguientemente, el 19 de septiembre de 2014, la Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó por unanimidad la resolución 69/1, sobre medidas para contener y combatir el reciente brote del ebola en África occidental, y, poco después, el Secretario General estableció la Misión de las Naciones Unidas para la Respuesta de Emergencia al Ebola (UNMEER). La sede de la misión se fijó en Accra (Ghana), y se establecieron equipos en Guinea, Liberia y Sierra Leona.

6. En su condición de organismo especializado de las Naciones Unidas en materia de salud y uno de los principales integrantes de la UNMEER, la OMS ha estado en primera línea de la acción 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».<sup>1</sup>

7. La OMS recibió la primera notificación 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 lo previsto en el Reglamento Sanitario Internacional (2005) se convocó un Comité de Emergencia sobre la enfermedad por el virus del Ebola, que se reunió en cuatro ocasiones: el 6 y el 7 de agosto, del 16 al 21 de septiembre y el 22 de octubre de 2014, y el 20 de enero de 2015. Después de la primera reunión del Comité de Emergencia, la Directora General determinó que la enfermedad por el virus del Ebola en África occidental constituía una emergencia de salud pública de importancia internacional y formuló recomendaciones temporales para apoyar a los países en sus esfuerzos por controlar la epidemia y prevenir su propagación internacional.

8. Los brotes de enfermedad por el virus del Ebola en el Senegal y Nigeria se dieron por terminados el 17 y el 19 de octubre de 2014, respectivamente. Esos resultados se lograron en gran parte debi-

---

<sup>1</sup> Véase el documento EB136/26.

do a la rápida respuesta de los dos 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 sobre la enfermedad por el virus del Ebola observó que la aplicación de las medidas recomendadas pudo haber contribuido a limitar una mayor propagación internacional de la enfermedad. En su cuarta reunión, el Comité convino en que la principal preocupación seguía siendo el objetivo de que no se diera ningún caso de ebola y alertó frente a toda complacencia ante la disminución del número de casos registrados en los tres países más afectados.

9. 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. Sobre la base de las medidas existentes de preparación nacional e internacional, en particular la labor realizada con anterioridad para desarrollar las capacidades básicas prescritas en 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.

10. Uno de los principales retos que plantea la actual epidemia de enfermedad por el virus del Ebola es garantizar la adecuada comprensión y aplicación de las recomendaciones temporales formuladas 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 19 de febrero de 2015 se habían registrado 505 informes acerca de dichas medidas respecto de un total de 69 países. Por considerarse que las medidas eran excesivas, se enviaron 42 peticiones de verificación a los países en cuestión y se recibieron 23 justificaciones. A modo de seguimiento, se enviaron nuevas solicitudes de justificación o actualización de las medidas aplicadas a 40 países. Tres países negaron haber cerrado sus fronteras por motivos relacionados con la enfermedad por el virus del Ebola.

11. En la reunión extraordinaria celebrada por el Consejo Ejecutivo en enero de 2015, los miembros reconocieron que el brote de ebola ponía de manifiesto la urgencia de que todos los países dispusieran de sistemas de salud capaces de aplicar plenamente el Reglamento Sanitario Internacional (2005).<sup>1</sup>

### **Síndrome respiratorio de Oriente Medio por coronavirus**

12. El MERS-CoV se identificó por vez primera en la Arabia Saudita en 2012. Al parecer, el virus circula ampliamente en toda la Península Arábiga. Se han notificado casos en un total de 23 países, algunos de ellos de América del Norte, Asia y Europa. Hasta el 9 de marzo de 2015, a escala mundial se habían notificado a la OMS 1060 casos de MERS-CoV confirmados mediante pruebas de laboratorio, con no menos de 394 defunciones conexas.<sup>2</sup>

13. La grave preocupación que ha suscitado esta enfermedad llevó a la Directora General a convocar un Comité de Emergencia sobre el coronavirus causante del síndrome respiratorio de Oriente Me-

---

<sup>1</sup> Véase la resolución EBSS3.R1.

<sup>2</sup> Para más información sobre el MERS-CoV, véase la página <http://www.who.int/csr/don/11-march-2015-mers-qatar/en/> (consultado el 19 de marzo de 2015).

dio. El Comité de Emergencia celebró su primera reunión el 9 de julio de 2013,<sup>1</sup> y se ha reunido un total de ocho veces. Si bien no ha aconsejado a la Directora General que califique el evento de emergencia de salud pública de importancia internacional, ha recomendado que los Estados Partes mejoren su conocimiento de la situación y adopten medidas preventivas, también en relación con los peregrinos que visitan la región.

14. En su octava reunión, el 4 de febrero de 2015, el Comité de Emergencia observó que, si bien se habían desplegado importantes esfuerzos para reforzar las medidas de prevención y control de la infección, en los establecimientos de salud persistía la transmisión. Asimismo, observó que la pauta de transmisión parecía mantenerse relativamente estable, pero que la situación general y la posibilidad de propagación internacional del virus seguían siendo motivo de preocupación.

15. La Secretaría sigue 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, y el Comité se volverá a convocar si las circunstancias lo requieren.

## **Poliomielitis**

17. El número de casos de poliomielitis ha disminuido en más de un 99% desde 1988 como resultado del esfuerzo desplegado a escala mundial para erradicar la enfermedad; sin embargo, 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, la Directora General convocó un Comité de Emergencia en virtud del Reglamento Sanitario Internacional (2005) para que examinara la situación. La Directora General declaró que la propagación internacional de poliovirus salvajes en 2014 constituía una emergencia de salud pública de importancia internacional de conformidad con el Reglamento. Asimismo, formuló 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 proporcione a esos viajeros una prueba de que han sido vacunados. En lo que se refiere a otros países afectados por la poliomielitis que no estén exportando poliovirus salvajes, se alienta a que sus residentes y visitantes a largo plazo se vacunen antes de realizar viajes internacionales.<sup>2</sup> En su cuarta reunión, el 17 de febrero de 2015,<sup>3</sup> el Comité de Emergencia aconsejó que las recomendaciones temporales de la Directora General se aplicaran a una tercera categoría de Estados: los que ya no estaban infectados por poliovirus salvajes pero seguían siendo vulnerables a su propagación internacional.

---

<sup>1</sup> Para más información sobre el Comité de Emergencia, véase la página [http://www.who.int/ihr/ihr\\_ec\\_2013/es/](http://www.who.int/ihr/ihr_ec_2013/es/) (consultado el 4 de marzo de 2015).

<sup>2</sup> Para más información, véase la página <http://www.polioeradication.org/Infectedcountries/PolioEmergency.aspx#sthash.QuVm3bU5.dpuf> (consultado el 5 de marzo de 2015).

<sup>3</sup> Para más información sobre las recomendaciones temporales relativas a la poliomielitis, véase la página <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2015/polio-27-february-2015/en/#> (consultado el 5 de marzo de 2015).

18. Por último, la Directora General pidió al Comité que volviera a evaluar la situación en el plazo de tres meses y proporcionara asesoramiento acerca de la importante cuestión de si las recomendaciones temporales deberían mantenerse después de la 68.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud o si se debería formular una recomendación permanente de conformidad con el Reglamento con el fin de reducir de forma más eficaz el riesgo de propagación internacional de poliovirus salvajes en ese momento.

### **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 a través del mundo, la detección de la aparición de nuevos virus gripales y el seguimiento de la actividad de los virus potencialmente pandémicos tales como los virus de la gripe A(H5N1) y A(H7N9) son actividades de importancia crucial, porque los virus de la gripe pueden evolucionar rápidamente, adquirir la capacidad de transmitirse de forma eficiente y provocar una pandemia, dejando poco tiempo para preparar una respuesta de salud pública.

20. El virus de la gripe A(H7N9) es un subtipo de virus gripal que por regla general afecta a las aves, aunque a veces puede infectar al ser humano. El primer caso de infección humana se notificó en China en marzo de 2013, y fue seguido de una segunda y tercera oleadas en los meses de invierno de 2014 y 2015 del hemisferio septentrional. Desde noviembre de 2014, en Egipto se registró un rápido aumento del número de infecciones humanas por el virus de la gripe aviar A(H5N1): entre el 1 de noviembre de 2014 y el 16 de marzo de 2015 se notificaron 140 casos. A escala mundial, se está notificando en las aves un número sin precedente de brotes pandémicos con virus de la gripe aviar A(H5) de los subtipos H5N1, H5N2, H5N6 y H5N8 en África, Asia, Europa y América del Norte. Los virus de la gripe aviar A(H5N1) y A(H7N9) son los que más preocupan, pues persiste su propagación entre las aves y se reagrupan con otros virus de la gripe aviar que son endémicos en diversas partes del mundo, e infectan al ser humano. La población humana no está inmunizada frente a esos virus, por lo que, en caso de infección, pueden causar enfermedades graves o provocar la muerte. Pese a que se registran de forma continuada infecciones zoonóticas, esos virus no tienen capacidad para propagarse fácilmente de un ser humano a otro, de ahí que el riesgo general de pandemia no haya aumentado.

21. De conformidad con el Reglamento Sanitario Internacional (2005), la Secretaría y los Estados Miembros siguen de cerca los virus de la gripe aviar A(H5N1) y A(H7N9) y otros virus gripales con potencial pandémico, realizan evaluaciones del riesgo, crean capacidad en materia de preparación y respuesta, y proporcionan orientaciones a los países. La OMS elabora y ajusta intervenciones apropiadas en colaboración con sus asociados, incluidos los organismos de sanidad animal y las autoridades veterinarias nacionales, en particular la FAO y la OIE, recurriendo a una variedad de mecanismos de seguimiento y evaluación del riesgo de virus gripales animales de importancia para la salud pública.<sup>1</sup> Por conducto del Sistema Mundial OMS de Vigilancia y Respuesta a la Gripe se ponen a disposición, y se actualizan, virus candidatos para vacunas potencialmente pandémicos, y se monitorea la sensibilidad a los antivíricos. Hasta la fecha, por regla general esos virus son sensibles a los medicamentos antivíricos oseltamivir y zanamivir.

---

<sup>1</sup> Para más información, véase la página [http://www.who.int/mediacentre/factsheets/avian\\_influenza/es/](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/avian_influenza/es/) (consultado el 20 de marzo de 2015).

## **PROGRESOS EN LA APLICACIÓN DEL REGLAMENTO SANITARIO INTERNACIONAL (2005)**

22. Los Estados Partes han seguido informando a la Secretaría acerca de la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005) respecto de los requisitos en materia de capacidad nacional que figuran en el anexo 1 del Reglamento. A 31 de marzo de 2015, 160 Estados Partes de un total de 196 habían informado sobre la aplicación del Reglamento en 2014. En el anexo figuran las puntuaciones más recientes 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 los 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 adoptado iniciativas encaminadas a acelerar los progresos en la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005), iniciativas que han sido examinadas de forma exhaustiva en las recientes reuniones de todos los comités regionales, en las cuales también se han debatido las enseñanzas extraídas de los brotes de la enfermedad por el virus del Ebola y de otros eventos y emergencias de salud pública de interés respecto del Reglamento.

25. Después de las deliberaciones del Consejo Ejecutivo en su 136.<sup>a</sup> reunión y aprovechando las enseñanzas extraídas de la situación actual en lo que se refiere a la enfermedad por el virus del Ebola y los resultados de las misiones de preparación en los países más expuestos de África, la Secretaría está estudiando opciones para fortalecer el sistema actual de autoevaluación de las capacidades básicas prescritas en el RSI con el fin de incorporar un mecanismo de evaluación adicional que facilite a los países la determinación de las carencias y el desarrollo y mantenimiento de las capacidades básicas. Entre las opciones figuran los exámenes sistemáticos de la preparación y respuesta ante eventos de salud pública importantes, las evaluaciones externas voluntarias de la aplicación del Reglamento en los países, y la realización de ejercicios para poner a prueba periódicamente las capacidades prescritas en el RSI. La Secretaría consultará a los Estados Miembros acerca del perfeccionamiento de esas opciones.

## **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)**

26. 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 otorgado 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 pú-

blica y sobre la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005) (Ginebra, 13 y 14 de noviembre de 2014).<sup>1</sup>

## **CONCLUSIÓN**

27. Existe un amplio consenso acerca de que el Reglamento Sanitario Internacional (2005) ha ayudado a la comunidad internacional a mejorar significativamente la gestión de los 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 brote de enfermedad por el virus del Ebola, esas capacidades todavía no se han establecido adecuadamente, de resultas de lo cual la enfermedad ha 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 en estos momentos en capacidades para prevenir, detectar y responder mejor y más rápidamente a los eventos de salud pública.

28. En su reunión, el Comité de Examen recomendó que en lugar de centrar la atención en la mera observancia del Reglamento Sanitario Internacional (2005) 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, antes que como un proceso que finalizará en una fecha determinada, tal 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 realizar inversiones sostenidas.

## **INTERVENCIÓN DE LA ASAMBLEA DE LA SALUD**

29. Se invita a la Asamblea de la Salud a tomar nota del presente informe.

---

<sup>1</sup> Véase el documento EB136/22 Add.1.

## ANEXO

**Reglamento Sanitario Internacional (2005): Seguimiento de la capacidad nacional****Puntuación de la capacidad de todos los Estados Partes que han respondido respecto de 2014****Región de África**

Estado Parte	Legislación	Coordinación	Vigilancia	Respuesta	Preparación	Comunicación de riesgos	Recursos humanos	Laboratorio	Puntos de entrada	Zoonosis	Inocuidad de los alimentos	Productos químicos	Radiación
Angola	50	73	25	28	0	14	20	0	0	0	20	0	0
Argelia	100	100	85	94	80	29	60	76	72	89	53	15	69
Benin	0	90	50	58	46	29	80	66	40	56	13	0	38
Botswana													
Burkina Faso	100	46	90	57	51	57	40	77	3	67	33	15	15
Burundi	100	73	100	87	80	86	20	70	85	100	0	0	0
Cabo Verde													
Camerún	100	100	85	94	100	100	100	100	40	100	73	92	100
Chad													
Comoras													
Congo													
Côte d'Ivoire													
Eritrea	100	100	95	100	91	71	60	86	38	78	33	54	0
Etiopía	100	66	95	100	80	100	100	100	91	100	0	0	69
Gabón													
Gambia	50	53	45	22	0	71	20	41	21	0	67	38	0
Ghana	75	73	85	94	51	71	40	100	37	89	67	54	62
Guinea	100	73	90	64	63	43	80	86	33	22	27	0	0
Guinea-Bissau	75	46	55	65	35	57	40	41	6	44	0	0	0
Guinea Ecuatorial													
Kenya													
Lesotho													
Liberia													
Madagascar	0	36	55	34	41	14	40	59	14	44	27	8	0
Malawi	0	43	90	70	0	43	20	66	21	67	40	8	54



Estado Parte	Legislación	Coordinación	Vigilancia	Respuesta	Preparación	Comunicación de riesgos	Recursos humanos	Laboratorio	Puntos de entrada	Zoonosis	Inocuidad de los alimentos	Productos químicos	Radiación
Malí													
Mauricio	75	83	55	89	53	57	40	51	83	100	87	54	62
Mauritania	0	20	45	44	16	0	0	35	3	100	20	46	69
Mozambique													
Namibia	75	73	100	70	65	100	60	91	24	67	60	23	46
Níger													
Nigeria	50	100	80	58	53	57	60	67	4	78	53	8	69
República Centrafricana	0	36	40	47	16	14	40	51	18	33	20	0	0
República Democrática del Congo	50	46	85	70	60	100	100	100	39	89	67	0	92
República Unida de Tanzania	50	66	80	82	25	57	60	77	20	56	60	69	54
Rwanda	25	26	85	71	26	71	40	100	3	44	27	8	8
Santo Tomé y Príncipe	0	46	40	28	8	14	0	36	12	22	0	0	0
Senegal													
Seychelles	0	100	100	100	90	100	100	96	30	100	93	54	31
Sierra Leona	75	70	95	82	50	100	20	100	63	100	27	15	38
Sudáfrica	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Sudán del Sur	100	63	75	64	90	71	100	37	3	0	0	0	0
Swazilandia	100	36	80	94	61	57	40	90	50	89	60	31	8
Togo	50	90	95	76	63	14	80	80	24	89	53	54	23
Uganda													
Zambia	100	100	100	94	100	100	100	100	37	100	100	77	92
Zimbabwe	50	56	95	87	63	86	80	86	56	100	60	31	31
<b>Promedio regional</b>	<b>60</b>	<b>67</b>	<b>77</b>	<b>72</b>	<b>53</b>	<b>61</b>	<b>56</b>	<b>73</b>	<b>35</b>	<b>68</b>	<b>43</b>	<b>28</b>	<b>36</b>

## Región de las Américas

Estado Parte	Legislación	Coordinación	Vigilancia	Respuesta	Preparación	Comunicación de riesgos	Recursos humanos	Laboratorio	Puntos de entrada	Zoonosis	Inocuidad de los alimentos	Productos químicos	Radiación
Antigua y Barbuda	100	100	100	82	73	71	100	81	86	100	100	85	23
Argentina	50	73	80	83	100	86	100	90	86	100	60	69	62
Bahamas	75	83	100	70	41	86	40	96	74	44	47	38	0
Barbados	75	53	70	82	70	71	80	86	97	89	60	46	38
Belice													
Bolivia (Estado Plurinacional de)	100	90	80	76	60	43	20	71	31	78	53	15	77
Brasil	100	100	100	100	100	100	100	96	80	100	100	85	92
Canadá	100	100	95	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Chile	75	83	95	94	61	71	60	86	35	100	93	23	62
Colombia	100	63	50	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	100	100	100	100	100	100	100	86	83	100	100	85	100
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	60	100	100	100	100	100
Granada													
Guatemala	0	73	75	76	45	57	40	75	60	78	100	62	31
Guyana	100	83	90	100	100	86	100	100	38	100	73	62	0
Haití	0	46	95	69	20	86	40	96	6	44	27	0	0
Honduras	50	53	90	52	33	43	40	71	36	78	47	8	31
Jamaica	50	73	60	75	73	57	20	53	70	67	47	38	31
México	100	80	95	94	90	100	100	100	94	100	100	85	100
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													
Perú	100	83	100	94	90	100	80	100	27	100	100	46	85

Estado Parte	Legislación	Coordinación	Vigilancia	Respuesta	Preparación	Comunicación de riesgos	Recursos humanos	Laboratorio	Puntos de entrada	Zoonosis	Inocuidad de los alimentos	Productos químicos	Radiación
República Dominicana	75	90	85	76	81	100	100	90	64	56	27	31	69
Saint Kitts y Nevis													
Santa Lucía	25	20	65	58	25	86	40	73	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	50	56	95	76	71	71	20	81	77	89	87	62	77
Uruguay													
Venezuela (República Bolivariana de)	50	90	100	100	100	71	100	90	59	100	93	92	85
<b>Promedio regional</b>	<b>74</b>	<b>81</b>	<b>88</b>	<b>85</b>	<b>71</b>	<b>81</b>	<b>68</b>	<b>83</b>	<b>67</b>	<b>87</b>	<b>76</b>	<b>54</b>	<b>54</b>

### Región de Asia Sudoriental

Estado Parte	Legislación	Coordinación	Vigilancia	Respuesta	Preparación	Comunicación de riesgos	Recursos humanos	Laboratorio	Puntos de entrada	Zoonosis	Inocuidad de los alimentos	Productos químicos	Radiación
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													
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	100	100	90	76	70	86	60	91	27	100	47	8	8
República Popular Democrática de Corea	100	80	95	76	56	71	40	79	39	89	73	31	62
Sri Lanka	75	90	80	76	61	86	80	81	80	100	87	15	15
Tailandia	100	90	85	100	100	100	100	100	97	100	100	100	100
Timor-Leste	75	70	85	46	80	100	40	96	25	78	73	54	0
<b>Promedio regional</b>	<b>88</b>	<b>87</b>	<b>81</b>	<b>81</b>	<b>75</b>	<b>86</b>	<b>74</b>	<b>88</b>	<b>58</b>	<b>96</b>	<b>81</b>	<b>50</b>	<b>35</b>

## Región de Europa

Estado Parte	Legislación	Coordinación	Vigilancia	Respuesta	Preparación	Comunicación de riesgos	Recursos humanos	Laboratorio	Puntos de entrada	Zoonosis	Inocuidad de los alimentos	Productos químicos	Radiación
Albania													
Alemania	100	100	95	100	100	100	100	96	100	100	100	100	100
Andorra	75	30	70	44	8	14	0	25	0	44	67	0	0
Armenia	100	100	85	100	100	100	80	96	94	100	93	85	92
Austria	75	90	80	100	83	100	100	100	91	89	93	92	92
Azerbaiyán	50	83	100	94	75	57	100	96	86	100	93	85	77
Belarús	100	100	65	94	75	71	100	96	97	89	93	92	92
Bélgica	100	63	85	72	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	75	63	70	71	81	43	0	86	21	100	100	92	100
Chipre	75	100	60	89	28	57	0	14	97	89	100	0	100
Croacia	50	36	75	83	90	43	40	76	34	100	87	85	62
Dinamarca	100	90	95	100	100	86	40	91	100	89	100	92	100
Eslovaquia	100	100	100	100	100	86	100	100	97	78	100	100	77
Eslovenia	100	53	95	60	66	43	20	47	54	100	100	69	77
España	100	100	100	94	100	86	100	86	76	100	100	69	100
Estonia	25	73	95	70	65	86	40	81	90	100	100	85	92
Ex República Yugoslava de Macedonia	100	90	85	94	80	100	60	76	100	100	100	85	77
Federación de Rusia	100	90	100	72	81	100	80	66	15	100	80	92	77
Finlandia	100	73	95	94	63	100	80	91	91	100	87	77	92
Francia	100	80	95	100	80	86	60	100	21	100	100	92	100
Georgia	100	100	95	81	100	100	60	96	94	100	100	62	77
Grecia													
Hungría	75	100	85	94	100	100	0	96	32	100	93	85	100
Irlanda													
Islandia	100	83	85	89	90	71	60	86	94	100	100	54	77
Israel													
Italia													

Estado Parte	Legislación	Coordinación	Vigilancia	Respuesta	Preparación	Comunicación de riesgos	Recursos humanos	Laboratorio	Puntos de entrada	Zoonosis	Inocuidad de los alimentos	Productos químicos	Radiación
Kazajstán	100	53	70	76	83	43	100	96	94	89	100	100	100
Kirguistán													
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	92	100
Luxemburgo	100	90	75	100	90	100	40	96	94	100	80	85	100
Malta	100	100	100	89	75	71	0	77	42	100	100	77	62
Mónaco	75	90	90	94	100	71	20	57	100	78	100	92	54
Montenegro	25	83	80	59	65	86	20	77	9	56	67	31	62
Noruega	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	85	92
Países Bajos	100	100	100	100	80	86	60	96	83	78	100	100	100
Polonia	50	100	95	94	81	43	0	100	83	78	73	62	100
Portugal	100	100	100	100	100	100	60	96	91	89	100	85	85
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte *													
República Checa	100	83	95	100	75	86	60	96	48	100	100	100	100
República de Moldova	100	90	100	88	35	57	20	96	64	100	80	77	100
Rumania	75	66	80	89	81	71	40	76	62	89	87	85	92
San Marino													
Santa Sede													
Serbia	75	30	85	54	36	43	0	59	12	56	40	46	69
Suecia	100	73	95	94	83	100	100	96	85	100	87	85	92
Suiza	100	100	90	100	100	100	20	80	91	100	100	100	100
Tayikistán	100	100	85	94	100	100	100	96	46	100	100	100	100
Turkmenistán	50	100	85	88	91	57	100	83	88	100	93	92	69
Turquía	75	73	60	94	61	57	100	96	62	89	80	69	92
Ucrania													
Uzbekistán	100	46	85	88	91	86	100	91	12	100	93	92	100
<b>Promedio regional</b>	<b>86</b>	<b>82</b>	<b>87</b>	<b>87</b>	<b>78</b>	<b>78</b>	<b>53</b>	<b>84</b>	<b>68</b>	<b>92</b>	<b>93</b>	<b>79</b>	<b>86</b>

\* Los datos se proporcionaron en un formato que impidió su inclusión en el análisis.

## Región del Mediterráneo Oriental

Estado Parte	Legislación	Coordinación	Vigilancia	Respuesta	Preparación	Comunicación de riesgos	Recursos humanos	Laboratorio	Puntos de entrada	Zoonosis	Inocuidad de los alimentos	Productos químicos	Radiación
Afganistán	50	63	90	58	26	71	20	53	15	67	20	23	38
Arabia Saudita	100	100	95	100	100	100	100	100	97	100	100	100	92
Bahrein	100	100	100	87	100	100	60	100	100	89	100	92	69
Djibouti	100	90	85	76	26	43	0	12	18	56	80	8	0
Egipto	75	100	90	100	90	100	100	100	100	89	87	92	85
Emiratos Árabes Unidos	100	100	80	100	100	100	80	100	31	100	100	100	100
Irán (República Islámica del)	100	100	100	94	91	71	100	90	97	100	100	46	8
Iraq	100	90	95	100	100	100	100	81	94	100	87	62	77
Jordania	100	100	100	94	100	100	80	100	97	100	100	92	100
Kuwait	100	100	60	100	100	100	60	90	100	100	100	0	92
Líbano	100	56	80	88	90	57	60	66	49	89	87	69	92
Libia	75	83	45	83	60	43	60	66	66	78	93	15	77
Marruecos	100	100	100	100	100	100	100	90	71	100	100	77	100
Omán	100	100	90	94	36	100	100	81	88	100	80	38	31
Pakistán	75	56	45	40	16	29	60	47	9	56	53	23	46
Qatar	100	100	90	100	100	100	100	100	97	89	100	85	100
República Árabe Siria	50	63	95	88	16	43	20	90	68	78	80	46	85
Somalia	0	10	65	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sudán	50	100	80	63	81	71	80	61	79	100	40	54	62
Túnez	75	80	95	94	16	86	40	47	29	89	80	77	38
Yemen	75	46	70	34	18	0	100	86	25	100	33	8	0
<b>Promedio regional</b>	<b>82</b>	<b>83</b>	<b>83</b>	<b>81</b>	<b>65</b>	<b>72</b>	<b>68</b>	<b>74</b>	<b>63</b>	<b>85</b>	<b>77</b>	<b>53</b>	<b>62</b>

### Región del Pacífico Occidental

Estado Parte	Legislación	Coordinación	Vigilancia	Respuesta	Preparación	Comunicación de riesgos	Recursos humanos	Laboratorio	Puntos de entrada	Zoonosis	Inocuidad de los alimentos	Productos químicos	Radiación
Australia	100	100	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	73	90	100	90	86	80	90	28	89	80	85	100
Islas Cook													
Islas Marshall													
Islas Solomón	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	65	78	91	57	40	41	69	56	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	50	46	90	48	26	14	20	51	60	78	60	0	0
Niue	25	66	95	87	73	100	20	96	42	67	73	46	0
Nueva Zelanda	100	100	100	100	100	100	100	96	100	89	100	100	100
Palau	100	100	100	94	100	100	100	80	91	100	100	92	38
Papua Nueva Guinea	75	90	80	81	60	100	60	66	48	100	67	8	0
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	72	71	71	80	100	68	78	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
<b>Promedio regional</b>	<b>84</b>	<b>83</b>	<b>90</b>	<b>86</b>	<b>78</b>	<b>85</b>	<b>72</b>	<b>87</b>	<b>78</b>	<b>87</b>	<b>83</b>	<b>62</b>	<b>57</b>
<b>Promedio mundial</b>	<b>77</b>	<b>79</b>	<b>84</b>	<b>82</b>	<b>70</b>	<b>75</b>	<b>62</b>	<b>81</b>	<b>61</b>	<b>85</b>	<b>75</b>	<b>56</b>	<b>59</b>