



ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

**GRUPO DE TRABAJO INTERGUBERNAMENTAL
SOBRE LA REVISIÓN DEL REGLAMENTO
SANITARIO INTERNACIONAL
Punto 3 del orden del día provisional**

**A/IHR/IGWG/4
7 de octubre de 2004**

Examen y aprobación de las propuestas de enmienda del Reglamento Sanitario Internacional: notas explicativas

1. El presente documento ha sido preparado en respuesta a las peticiones formuladas por varios Estados Miembros en el curso de las consultas sobre la revisión del Reglamento Sanitario Internacional, y contiene una explicación de los principales cambios introducidos en el documento de trabajo distribuido en enero de 2004,¹ que dieron lugar al proyecto de revisión.²

PRINCIPALES CUESTIONES Y ENMIENDAS BÁSICAS

2. En esta sección se explican los cambios introducidos que responden a las principales preocupaciones manifestadas por un gran número de Estados Miembros o que, por su carácter, son transversales y no se limitan a un solo artículo.

Ámbito

3. El ámbito del actual Reglamento Sanitario Internacional, adoptado en 1969, se limita a tres «enfermedades de notificación obligatoria» (véanse los párrafos 7 y 8 *infra*). Uno de los motivos principales para revisar el Reglamento era ampliar su ámbito para abarcar amenazas para la salud pública desconocidas o imprevisibles. En el proyecto de revisión se define la «enfermedad» como toda dolencia «de origen biológico, químico o radionuclear»; se amplía así el ámbito del Reglamento para abarcar otras enfermedades infecciosas y eventos y amenazas para la salud pública de origen químico y radionuclear. Esta ampliación del ámbito actual del Reglamento vigente se justifica debido a que la liberación de agentes químicos o radionucleares se manifiesta muchas veces, al principio, mediante síntomas o señales, a veces incluso antes de que se conozca su causa. Si se limitara el ámbito del Reglamento únicamente a las enfermedades que ya se sabe que sólo son causadas por agentes infecciosos se reduciría la capacidad de la comunidad internacional de disponer de una estimación fiable de las amenazas potencialmente graves para la salud, y de responder a ellas, en particular gracias a su coordinación por la OMS. Por eso, en el proyecto de revisión se ha mantenido la misma definición de «enfermedad» que en el documento de trabajo de enero de 2004. Varios Estados Miembros han manifestado dos preocupaciones ante esta ampliación del ámbito. La primera es que representa un cambio cualitativo que supone alejarse del centro tradicional de atención

¹ Documento IGWG/IHR/Working paper/12.2003.

² Documento A/IHR/IGWG/3.

del Reglamento y de los convenios sanitarios internacionales anteriores. La segunda, y principal, es la existencia en el campo químico y radionuclear de diversos instrumentos y organizaciones internacionales que ya se interesan por los accidentes y otras formas de contaminación que dan lugar a la liberación de agentes químicos o radionucleares en el ambiente. Una ampliación indiscriminada del ámbito del Reglamento y de la capacidad de la OMS para actuar en estas dos áreas podía dar lugar a conflictos o interferencias con otros instrumentos internacionales y las actividades de otras organizaciones internacionales competentes. Los Estados Miembros citaron en particular las actividades de la OMI y el OIEA con respecto a la contaminación marina y las emergencias radiológicas, respectivamente.

4. Al revisar el documento de trabajo de enero de 2004, la Secretaría ha procurado responder a estas preocupaciones, manteniendo al mismo tiempo un ámbito suficientemente amplio para asegurar que el Reglamento revisado será un instrumento eficaz, en particular para la notificación de diversas amenazas para la salud pública mundial, y para darles respuesta. El análisis de los instrumentos internacionales vigentes, refrendado por el resultado de las consultas mantenidas con las organizaciones internacionales pertinentes, permitió concluir que era difícil trazar una línea divisoria clara entre los eventos causados por agentes infecciosos y los causados por otros agentes. Por ejemplo, los accidentes que provocan una contaminación química del mar pertenecen al ámbito de varios acuerdos internacionales y están bajo la competencia de la OMI, que tiene autoridad para coordinar la respuesta internacional a los mismos. Sin embargo, no cabe decir lo mismo de los accidentes químicos terrestres, para los que no existe un marco legal comparable. Además, tanto en el campo de la química como en el campo radionuclear, los instrumentos actuales no tienen siempre un carácter general y no siempre tienen en cuenta de forma adecuada la dimensión sanitaria de las liberaciones de agentes que se producen por accidente o por otros motivos.

5. A la vista de las anteriores consideraciones, se decidió no responder a las cuestiones que plantea la ampliación del ámbito del proyecto revisado del Reglamento por medio de un artículo específico en el que se utilizaba como línea divisoria el carácter del agente que constituye una amenaza para la salud o la existencia, en principio, de otros instrumentos internacionales pertinentes. Al contrario, en el proyecto de revisión se aborda la cuestión de la competencia y las funciones respectivas con flexibilidad, teniendo en cuenta la diversidad de posibles circunstancias. Más en concreto, el artículo 12 obliga a la OMS a coordinar sus actividades con otras organizaciones u órganos internacionales, en particular si la notificación o verificación de un evento, o la respuesta al mismo, entra dentro de su competencia. Esta disposición, redactada en términos generales, refleja lo que sucede en la práctica si se superponen los mandatos sobre un mismo evento; los organismos afectados coordinan sus actividades respectivas en función de acuerdos específicos o caso por caso. Para la OMS, el objetivo básico de esta coordinación debe ser garantizar una protección adecuada de la salud pública. El artículo 15 del proyecto de revisión obliga también al Director General a considerar las normas e instrumentos internacionales pertinentes, así como las actividades llevadas a cabo por otras organizaciones y órganos internacionales pertinentes, al decidir con respecto a una recomendación. Además, el párrafo 1 del artículo 58 establece criterios para la interpretación del Reglamento, que ayudarán a los Estados Partes y a la OMS a reducir al mínimo el riesgo de conflictos con otros instrumentos internacionales.

6. Por último, muchos Estados Miembros han pedido a la Secretaría que examine la posible interacción entre el Reglamento y otros acuerdos internacionales y que facilite una lista de tales acuerdos. En un documento independiente¹ se ofrece un análisis de estas relaciones y una lista de los acuerdos examinados.

¹ Documento A/IHR/IGWG/INF.DOC./1.

Lista de enfermedades que complementa el instrumento de decisión para la evaluación y notificación de eventos que pueden constituir una emergencia de salud pública de interés internacional¹

7. Los Estados Miembros manifestaron diferentes opiniones sobre las listas de enfermedades, oscilando entre el profundo deseo de conservar una lista establecida de enfermedades de notificación internacional obligatoria y no querer que aparezca en el texto ninguna lista de este tipo. Dada esta divergencia de opiniones, se ha llegado a un compromiso que mantiene la importancia fundamental del instrumento de decisión del anexo 2 del proyecto de revisión, indicándose al mismo tiempo las enfermedades que, en virtud de sus características epidemiológicas y su severidad, suscitan una especial preocupación mundial. Se propone una lista de tres enfermedades cuya notificación será obligatoria, que se basa en el criterio de que un solo caso confirmado en cualquier parte del mundo de una de las tres cumplirá siempre los criterios del anexo 2 y exigirá su notificación; para distinguirlas, han sido denominadas «enfermedades de notificación obligatoria». En el proyecto de revisión (anexo 2, parte B) se ha introducido una segunda lista de enfermedades que deben motivar siempre una evaluación del evento a través del instrumento de decisión y, cuando esa evaluación lo indique, deben ser notificadas a la OMS. Esta lista se basa en las observaciones de los Estados Miembros.

8. Es importante señalar que otros muchos eventos en los que interviene la aparición de enfermedades exigirán también su notificación a la OMS como eventos que pueden constituir una emergencia de salud pública de interés internacional. Las listas de enfermedades tienen por objetivo ofrecer apoyo a los Estados Miembros y facilitar la utilización del instrumento de decisión a que se hace referencia en el artículo 5 y el anexo 2.

Recomendaciones de la OMS

9. Se considera que el asesoramiento y las orientaciones sobre cuestiones de salud pública que ofrece el Director General bajo la forma de recomendaciones son un instrumento fundamental para coordinar y orientar la respuesta internacional frente a eventos y amenazas para la salud pública. Los recientes precedentes de las recomendaciones de la OMS frente a los brotes de síndrome respiratorio agudo severo y de gripe aviar (causada por la cepa H5N1 del virus de la gripe A) confirman y validan la eficacia del planteamiento.

10. En el documento de trabajo de enero de 2004, varias disposiciones prohibían a los Estados Partes adoptar ciertas medidas si no había una recomendación de la OMS (véanse, por ejemplo, los artículos 19, 21, 23 y 24 de ese texto). Sin embargo, muchos Estados Miembros consideraron que estas referencias a las recomendaciones de la OMS, y su interrelación con las prohibiciones vinculantes, generaban una considerable confusión y podían dar lugar a ambigüedades poco aconsejables sobre la condición jurídica de las medidas aprobadas por los Estados Partes que superaran los límites o difirieran de las recomendadas por la OMS. También se manifestó la preocupación de que limitar la autoridad de los Estados Partes para introducir medidas sanitarias adicionales haciéndola depender de que la OMS hubiera emitido ya una recomendación sobre el evento particular restringía indebidamente la soberanía de los Estados Partes. En respuesta a estas preocupaciones, y en particular para no dar origen a confusiones o ambigüedades que podrían reducir la eficacia práctica de las recomendaciones, estas referencias han sido eliminadas con la única excepción de una referencia, entre corchetes, que se mantiene en el artículo 31 del proyecto de revisión, cuya justificación se aclara en la explicación de ese artículo que se ofrece más adelante.

¹ Véase el documento A/IHR/IGWG/3, anexo 2.

11. También se manifestó la preocupación de que el proceso que debía seguir la OMS para emitir, modificar o suprimir recomendaciones temporales o permanentes no fuera suficientemente transparente y responsable, y que el procedimiento previsto en el documento de trabajo de enero de 2004 no permitiera a los Estados Partes que pudieran resultar afectados por esas recomendaciones participar adecuadamente en el proceso. Por eso se ha modificado ese texto en varios aspectos que también se aclaran más adelante en la explicación de los artículos concretos. El cambio más importante es la introducción del nuevo artículo 15, en el que se detallan los principios y criterios que ha de considerar el Director General para formular, modificar o suprimir recomendaciones. Algunos de estos criterios son similares a los previstos en otros instrumentos internacionales pertinentes para las medidas que pueden tener un impacto en el tráfico internacional, facilitando así la sinergia entre los correspondientes procesos.

12. También se han revisado los procedimientos para la formulación, modificación y supresión de recomendaciones, con el fin de responder a las peticiones de los Estados Miembros de más claridad, transparencia e interacción. Al mismo tiempo, se ha considerado importante mantener el enfoque básico utilizado en el documento de trabajo de enero de 2004, a saber, que los comités que ofrecen asesoramiento científico al Director General deben seguir siendo órganos técnicos compuestos por expertos individuales y no tanto órganos políticos de carácter intergubernamental.

Medidas adicionales

13. Varios Estados Miembros pidieron flexibilidad para aplicar medidas sanitarias adicionales. El nuevo artículo 39 permite a los Estados Partes adoptar medidas que estarían prohibidas por varios artículos (por ejemplo, los artículos 23, 25, 27 y 29), si éstas son necesarias. El artículo 39 incluye unos requisitos básicos para garantizar la coherencia de estas medidas con la finalidad del Reglamento. A petición de la OMS, un Estado Parte tendrá que presentar la justificación científica de una medida que haya adoptado. Por último, la flexibilidad anterior se añade a la posibilidad de adoptar medidas permitidas por la cláusula «acuerdos internacionales aplicables» (véase el párrafo 16 *infra*).

Visitas *in situ* de equipos de la OMS

14. Muchos Estados Miembros señalaron que las disposiciones del documento de trabajo de enero de 2004 que les obligaban a colaborar con la OMS, por ejemplo, en la realización de «estudios *in situ*», no eran ni aceptables ni viables. Estas disposiciones (párrafo 3 del artículo 8 y párrafo 3 del artículo 10) han sido redactadas de nuevo para subrayar el papel de apoyo que desempeña la OMS en la investigación de eventos que pueden constituir una emergencia de salud pública de interés internacional, y en la respuesta a los mismos. En consecuencia, la OMS estará obligada a ofrecer asistencia y justificar sus preocupaciones. Los Estados no están obligados a aceptar la oferta de la OMS pero, si la negativa a aceptar una oferta se considera que aumenta el riesgo de que el evento se extienda a otros Estados, la OMS podrá informar a los Estados Partes de la situación y del carácter de la asistencia que ha ofrecido. El envío de equipos de expertos a las zonas afectadas no es el único tipo de apoyo que la OMS puede ofrecer en tales situaciones. Por ejemplo, puede ser fundamental que se envíen rápidamente a los centros colaboradores de la OMS muestras para diagnóstico con el fin de definir adecuadamente la naturaleza de los eventos potencialmente perjudiciales para la salud.

Capacidades básicas de los Estados Miembros

15. Los Estados Miembros manifestaron preocupación por sus posibilidades de satisfacer los requisitos de capacidades básicas antes de la entrada en vigor del Reglamento revisado. La nueva redacción del proyecto de revisión introduce un periodo de gracia y subraya la necesidad de aumentar la cooperación entre

la OMS y los Estados, y entre todos los Estados Partes, para evaluar las capacidades existentes y movilizar recursos financieros y técnicos para reforzarlas.

Acuerdos internacionales pertinentes

16. Los Estados Miembros pidieron que se aclararan los términos «acuerdos internacionales pertinentes» incluidos en varios artículos. Estos términos se aplican a los acuerdos en los que los Estados de que se trata son Partes, si se da la circunstancia de que son aplicables tanto los acuerdos como el Reglamento. El propósito de la referencia es permitir que los Estados adopten medidas al amparo de estos acuerdos aun en caso de que no estén permitidas por el Reglamento.

OBSERVACIONES A LAS DISPOSICIONES CONCRETAS

17. En esta sección se resumen los cambios concretos introducidos en el proyecto de revisión con respecto al documento de trabajo de enero de 2004. Por motivos de brevedad, sólo se examinan las principales modificaciones. En los títulos de los artículos se indican entre paréntesis los artículos correspondientes del documento de trabajo. No se comentan los artículos en que no ha habido cambios o los cambios no requieren ninguna explicación.

Artículo 1 Definiciones

«amenaza para la salud pública». Para evitar posibles confusiones debidas a la utilización del término «riesgo», que ha sido interpretado de diversas formas por los Estados Miembros, se ha utilizado en su lugar el término «amenaza» por motivos de claridad.

«autoridad competente». Se utilizan estos términos en lugar de «autoridad sanitaria» en respuesta a la preocupación planteada por varios Estados Miembros de que esta última no era necesariamente la entidad responsable de la aplicación de algunas medidas concretas.

«contaminación». Algunos Estados Miembros consideraban que la definición original se limitaba a repetir el término definido sin añadir nada nuevo. La definición se ha revisado para que responda al significado aceptado de este término por los profesionales de la salud pública en general.

«cuarentena». Los Estados Miembros se mostraron partidarios de que se definiera este término que, en su opinión, distingue mejor el aislamiento de «personas sospechosas» del de personas «afectadas».

«emergencia de salud pública de interés internacional». Se había llegado a un consenso general en el sentido de que, dada la importancia y el carácter transversal de esta expresión, y el papel fundamental que desempeñaba en el funcionamiento del Reglamento, era esencial incluir una definición en el texto. La definición de estos términos se ha basado en diversas propuestas presentadas por los Estados Miembros.

«enfermedad». En respuesta a las observaciones de los Estados Miembros que pedían que se reconociera en el texto la amenaza que representan para los seres humanos las dolencias animales, se ha revisado en consecuencia la definición original. En cuanto al alcance del término «enfermedad», véanse los párrafos 7 y 8 *supra*.

«examen médico». Se ha revisado la definición de estos términos para aclarar todo el alcance del examen y establecer expresamente que puede ser invasivo (término cuya definición también se ha incluido) o no.

«infección». Se ha revisado la definición para evitar la circularidad de la misma y ponerla en conformidad con su sentido corriente en la práctica de la sanidad pública.

«inspección». Esta definición se ha modificado para que abarque aquellas situaciones en las que la «autoridad competente» no realiza la inspección por sí misma pero no obstante desempeña un papel supervisor como último responsable.

Artículo 2 Finalidad

Se ha revisado este artículo para detallar mejor los objetivos que pretende lograr el Reglamento, utilizando como base las propuestas de redacción presentadas por algunos Estados Miembros.

Artículo 3 Autoridades responsables

La revisión de este artículo (cuyo título era antes «Comunicaciones») pretende aclarar las funciones de los centros nacionales de enlace para el RSI y su relación con los puntos de contacto de la OMS para el RSI. Además, el proyecto de revisión hace referencia principalmente (con pocas excepciones) a los «Estados Partes» como los sujetos de los derechos y obligaciones que dimanarían del Reglamento para evitar referirse a las diversas autoridades nacionales. Por consiguiente, se han introducido en este artículo algunas disposiciones adicionales dedicadas a la designación por los Estados Partes de las autoridades responsables de la aplicación del Reglamento, a las que en el documento de trabajo de enero de 2004 se hacía referencia como administración sanitaria.

Se han mantenido las referencias a las «autoridades competentes» en aquellos artículos en los que se consideró que referirse a los «Estados Partes» podía inducir a confusión, en particular cuando se trata de la aplicación de medidas sanitarias en una situación concreta.

Artículo 4 Vigilancia

Los Estados Miembros se mostraron partidarios de que se estableciera un periodo de gracia durante el cual pudieran desarrollar sus capacidades de vigilancia y respuesta y de que se estableciera expresamente la obligación de la OMS de proporcionar asistencia técnica y capacitación a estos países en sus esfuerzos por reforzar esas capacidades. Algunos Estados Miembros habían pedido que se reconociera en el texto su papel en la «evaluación» de la información.

Artículo 5 Notificación

Se ha añadido una nueva oración a esta disposición para vincularla más claramente con la evaluación de eventos que el artículo precedente introduce. En el párrafo 1 se establece ahora un plazo de 24 horas. Para mayor claridad, el párrafo 2 del documento de trabajo de enero de 2004 ha sido transferido a un artículo distinto (artículo 9) que regula la utilización por la OMS de la información que recibe a través de las notificaciones y otras fuentes.

Artículo 7 Otros informes

El párrafo 1 se ha revisado en función de las observaciones que se han recibido para aclarar que la OMS, antes de adoptar medidas sobre la base de informes procedentes de fuentes distintas de las notificaciones o consultas, intentará obtener la verificación de los mismos por el Estado Parte de que se trate. El párrafo 2 establece ahora que la información sobre una amenaza para la salud pública se ha de transmi-

tir antes de que transcurran 24 horas desde que se tiene conocimiento de los indicios, y se centra en la información sobre la exportación o importación de casos de enfermedad o de vectores, pero no de casos «sospechosos». Además, a la vista de que ya se hace una referencia a las amenazas para la salud pública que pueden causar la propagación internacional de una enfermedad, que es aplicable a toda la información que ha de transmitirse en cumplimiento de este párrafo, se ha eliminado la referencia adicional a posibles emergencias de salud pública de interés internacional. En el párrafo 3 (anteriormente párrafo 4) se ha dejado sin detallar, y entre corchetes, para su consideración por los Estados Miembros, cuál es el número de viajeros cuya entrada o salida ha de retrasarse o impedirse para que constituya «una traba significativa». Por último, el antiguo párrafo 3 ha sido transferido al artículo 9 y refundido con otras disposiciones sobre las comunicaciones de la OMS.

Artículo 8 Verificación

En el párrafo 1 se aclara el hecho de que la verificación es realizada por los Estados, y no por la OMS. El párrafo 2 incluye un plazo de 24 horas para que los Estados Partes acusen recibo de las peticiones de la OMS de que realicen una verificación. El párrafo 3 ha sido simplificado y modificado de acuerdo con las observaciones a las que antes se hizo referencia en el párrafo 14. El anterior apartado a) del párrafo 3 del documento de trabajo de enero de 2004 se ha omitido ya que su contenido sustantivo está ahora incluido en los párrafos 1 y 2 de este artículo.

Artículo 9 Aportación de información por la OMS

El párrafo 3 del antiguo artículo 7 y el párrafo 2 del antiguo artículo 5 recibieron numerosas observaciones de los Estados Miembros, que pedían aclaraciones y más detalles, en particular en lo que respecta a la confidencialidad y a otras cuestiones conexas, y han sido refundidos en este artículo.

Artículo 10 Determinación de una emergencia de salud pública de interés internacional (antes artículo 9)

La disposición ha sido revisada en respuesta a las observaciones que pedían que se estableciera un procedimiento claro y transparente así como que se facilitara información adecuada al Estado afectado por el evento y se mantuvieran consultas con él. Por consiguiente, los párrafos 2 y 3, relativos al procedimiento que ha de seguirse para determinar que se está produciendo una emergencia de salud pública de interés internacional, se han transferido a este artículo desde el anexo 3 del documento de trabajo de enero de 2004. El párrafo 4, nuevo, aclara los factores y consideraciones que el Director General ha de tener en cuenta para determinar que se está produciendo una emergencia de salud pública de interés internacional.

Artículo 11 Respuesta (antes artículo 10)

Se ha incluido en el párrafo 1 el periodo de gracia concedido a los Estados Miembros para que desarrollen la capacidad de respuesta exigida (véase el anexo 1). El párrafo 2 ha sido redactado de nuevo para reflejar la obligación de la OMS de apoyar a los Estados Miembros, a petición suya, en su respuesta a todas las amenazas para la salud pública, y no sólo a las emergencias de salud pública de interés internacional. El párrafo 3 ha sido modificado atendiendo a las observaciones analizadas anteriormente en el párrafo 14. El párrafo 4 se ha introducido en respuesta a observaciones de los Estados Miembros, y el párrafo 6 es el párrafo 2 del anterior artículo 33, transferido a este artículo y adaptado.

Artículo 12 Cooperación de la OMS con otras organizaciones y órganos internacionales

El artículo 12 se ha introducido en respuesta a observaciones de los Estados Miembros que pedían que la OMS coordinara las actividades que lleva a cabo en el marco del Reglamento con las organizaciones y órganos internacionales que puedan ser competentes en aspectos concretos de ciertos eventos. (Véanse los párrafos 9 a 12 *supra*.)

Artículo 13 Recomendaciones temporales (antes artículo 11)

Se ha introducido el párrafo 3 en respuesta a las preocupaciones manifestadas por los Estados Miembros sobre el plazo de vigencia de las recomendaciones temporales y la necesidad de una evaluación periódica de su conveniencia.

Artículo 15 Criterios para las recomendaciones

Véanse los párrafos 9 a 12 *supra*.

Artículo 16 Recomendaciones con respecto a los medios de transporte, contenedores, mercancías, cargas y personas

Este artículo se ha introducido en respuesta a las propuestas de varios Estados Miembros de que se incluyera en el texto mismo del Reglamento una lista no exhaustiva de las medidas sanitarias que la OMS puede recomendar con respecto a los medios de transporte, contenedores, mercancías y cargas, por un lado, y con respecto a las personas, por otro. El artículo recoge ahora medidas que figuraban en el anexo 4 del documento de trabajo de enero de 2004 y que se basan en las medidas normales de salud pública que puede ser necesario aplicar en determinadas circunstancias.

Artículo 17 Obligaciones generales (antes artículo 13)

Se han introducido cambios atendiendo a las observaciones relativas al artículo 3 para aclarar la responsabilidad de los Estados Partes en la aplicación del Reglamento a través de un órgano con autoridad para la administración de los asuntos relacionados con la salud pública en los puertos y aeropuertos nacionales. Este órgano puede ser gubernamental (federal, provincial o local), un organismo privado u otra entidad, dependiendo de las estructuras administrativas nacionales. Se ha redactado de nuevo el apartado c) para indicar que las solicitudes de datos a las que hace referencia no son las solicitudes sistemáticas de información.

Artículo 18 Aeropuertos y puertos (antes artículo 14)

En el párrafo 2 se ha incluido una referencia al artículo 35 ya que las prescripciones relativas a los certificados han sido trasladadas del anexo 4 del documento de trabajo de enero de 2004 al cuerpo principal del texto a petición de los Estados Miembros. El párrafo 4 del artículo 14 del documento de trabajo ha sido incorporado en el párrafo 3 de este artículo. Se ha añadido un párrafo 5 que define ulteriormente las condiciones que se han de cumplir para obtener un certificado.

Artículo 19 Pasos fronterizos terrestres (antes artículo 15)

Los Estados Miembros plantearon varias cuestiones con respecto a los pasos fronterizos terrestres. Sin embargo, el texto no ha sido modificado sustancialmente porque no está clara la importancia del papel

que desempeñan los transportes terrestres en la propagación internacional de enfermedades. Normalmente se considera que el riesgo asociado con el transporte terrestre es muy inferior al asociado con el transporte aéreo y marítimo.

Además de que el riesgo es menor, también resulta mucho más difícil aplicar medidas apropiadas debido al volumen normalmente elevado y el menor riesgo del tráfico transfronterizo «local»; la longitud de las fronteras terrestres, que se pueden cruzar en centenares de puntos; y los numerosos puntos a cada lado de cualquier frontera internacional en los que los medios de transporte terrestre se detienen para cargar y descargar pasajeros y mercancías.

En los pasos fronterizos terrestres la mayoría del tráfico se mueve únicamente entre los dos Estados. Por consiguiente, unos acuerdos bilaterales sobre las medidas sanitarias necesarias pueden ser más eficaces que la inclusión de unas disposiciones generales en el Reglamento. Sin embargo, si se da la circunstancia de que unos Estados Miembros pueden identificar pasos fronterizos concretos en los que es viable y se justifica aumentar las capacidades de salud pública, este artículo establece el marco jurídico necesario.

Artículo 20 Autoridades competentes (antes artículo 16)

Varios Estados Miembros manifestaron que era necesario trasladar al cuerpo principal del texto las obligaciones básicas que antes figuraban en los anexos, y este artículo lo refleja. También se recoge en este artículo la prescripción que obliga a las autoridades a ser prudentes en la aplicación o la exigencia de aplicación de procedimientos sanitarios, destacando el papel supervisor que desempeñan las «autoridades competentes».

Artículo 21 Medidas sanitarias a la llegada o la salida (antes artículo 17)

El párrafo 1 establece qué prescripciones relativas a exámenes, inspecciones e información pueden optar por imponer los Estados Miembros y también hace referencia al nuevo artículo 28 dedicado al trato humano de los viajeros. El párrafo 2 prevé expresamente la aplicación de medidas sanitarias adicionales sobre la base de la existencia de indicios de una amenaza para la salud pública. Estos indicios se pueden utilizar como base para la aplicación de medidas sanitarias según las disposiciones de otros artículos (por ejemplo, los artículos 24, 25, 27 y 39). En el artículo 27 se describen las posibles respuestas de los Estados Partes en caso de que un viajero no cumpla las prescripciones relativas a distintas medidas sanitarias.

Artículo 22 Operadores de medios de transporte (antes artículo 18)

Se han efectuado cambios en este artículo para mantener la coherencia y la claridad en lo que respecta a quiénes han de cumplir las obligaciones que se establecen. Los párrafos 1 a 3 del artículo 18 del documento de trabajo de enero de 2004 se han incluido en el párrafo 1 de este artículo. En respuesta a observaciones recibidas, parte de las disposiciones técnicas a que hacía referencia el párrafo 2 del anterior artículo 18 se han trasladado del proyecto anterior del anexo 4 a este artículo.

Artículo 23 Buques y aeronaves en tránsito (antes artículo 19)

Este artículo ha sido ampliado para incluir en su ámbito de aplicabilidad a las aeronaves en tránsito.

Artículo 24 Medios de transporte afectados (antes artículo 20)

En respuesta a observaciones de los Estados Miembros, en el proyecto de revisión se aclara que las autoridades competentes determinarán, sobre la base de los indicios encontrados a bordo durante una inspección, si un medio de transporte está afectado y cuándo ese medio de transporte deja de estar afectado. La prescripción de que los indicios han de hallarse a bordo durante una inspección para que se autoricen medidas sanitarias figura también en otras disposiciones (por ejemplo, los artículos 17, 21 y 25 y el anexo 5). El texto revisado contiene también orientaciones para la aplicación de medidas sanitarias, incluido el aislamiento. El párrafo 2 aclara ahora el procedimiento a seguir si no pueden aplicarse medidas.

Artículo 25 Buques o aeronaves en puntos de entrada (antes artículo 21)

El artículo revisado se refiere expresamente a los buques y aeronaves, en lugar de referirse a los medios de transporte en general. Sobre la base de las observaciones recibidas, el párrafo 3 incorpora el texto del artículo 35 del Reglamento actual que permite expresamente a los Estados Partes determinar si la llegada del buque o aeronave provocará la propagación de una enfermedad.

Artículo 27 Medidas sanitarias relacionadas con la admisión (antes artículo 23)

Los Estados Miembros pidieron que el Reglamento indicara qué opciones tenían a su alcance si los viajeros no aceptaban las medidas sanitarias exigidas al amparo de este artículo. En el párrafo 1 se han sustituido las referencias a las recomendaciones de la OMS y al Reglamento en general por referencias específicas al artículo 39 y los anexos 6 y 7, en virtud de los cuales los Estados Partes podrán exigir en determinados casos un examen médico, la vacunación u otras medidas profilácticas como condición para la admisión de viajeros. El párrafo 2, relativo al consentimiento informado, procede del antiguo artículo 36. El nuevo párrafo 4 permite a los Estados Partes, con ciertas salvedades, denegar la admisión de viajeros o, como alternativa en algunas circunstancias limitadas, aplicar las medidas antes mencionadas aun sin el consentimiento del viajero. Dada la ampliación del ámbito del Reglamento y la posibilidad que se ofrece de aplicar medidas sanitarias adicionales, este artículo establece también ahora que las medidas de carácter médico han de reducir al mínimo el riesgo de transmisión de enfermedades.

Artículo 28 Trato humano de los viajeros

Este artículo ha sido introducido en respuesta a observaciones en el sentido de que los Estados Partes, al aplicar medidas sanitarias que pueden afectar a personas individuales, deben hacer uso del respeto adecuado y reducir al mínimo las molestias o inquietudes que puedan originar las medidas adoptadas por motivos de salud pública.

Artículo 29 Mercancías en tránsito (antes artículo 24)

Esta disposición ha sido revisada para permitir una mayor flexibilidad en la aplicación de medidas sanitarias de conformidad con el artículo 39 y para suprimir la referencia a las recomendaciones de la OMS.

Anterior artículo 30 Patentes de sanidad

Algunos Estados Miembros preguntaron cuál era el significado de «patentes de sanidad» o pidieron que se introdujera una excepción amplia a la norma. Dada la discutible utilidad de la disposición, fue suprimida.

Artículo 30 Contenedores y zonas de carga de contenedores (antes artículo 25)

Con la nueva redacción se ha pretendido, en primer lugar, aclarar a quién corresponden las obligaciones que establece este artículo y, en segundo lugar, responder a las dudas sobre su viabilidad. En respuesta a observaciones recibidas, a los vectores se han añadido, en este y en otros artículos pertinentes, los reservorios. Los párrafos 14 y 15 del anexo 4 del documento de trabajo de enero de 2004 se han trasladado a este artículo como párrafos 4 y 5.

Artículo 31 Disposición general (antes artículo 26)

La cuestión de la aplicación del artículo 39 a este artículo se mantiene entre corchetes debido a la divergencia de opiniones manifestadas sobre el grado adecuado de flexibilidad que se debe reconocer a los Estados Partes. El texto relativo a las recomendaciones de la OMS se ha mantenido para prever la posibilidad de que se suprima la referencia al artículo 39. Si se mantiene la referencia a este artículo 39, se podría suprimir la referencia a las recomendaciones de la OMS pues figura ya en el artículo 39. A fin de reducir al mínimo el riesgo de conflictos con otros acuerdos internacionales pertinentes, se ha eliminado el término «habituales».

Artículo 35 Certificado de sanidad a bordo de un buque (antes en el anexo 4)

De acuerdo con las preocupaciones manifestadas por los Estados Miembros, se han trasladado desde la sección 2 del anexo 4 a esta disposición las obligaciones básicas que supone la emisión de certificados de control de sanidad a bordo y de exención del control de sanidad a bordo.

Artículo 36 Cobro de tasas por las medidas sanitarias (antes artículo 31)

Se recibieron observaciones divergentes con respecto al artículo 31 del documento de trabajo de enero de 2004. Se recibió una petición de que se reintrodujera el párrafo 2 del artículo 82 del Reglamento vigente en caso de que se permitiera el cobro de tasas. Por consiguiente, el párrafo 1 ha sido puesto entre corchetes para reflejar la diferencia de opiniones entre los Estados Miembros y se ha añadido una versión adaptada del párrafo 2 del artículo 82 del Reglamento vigente.

Anterior artículo 37 Migrantes, nómadas, trabajadores estacionales o personas que participan en reuniones periódicas de masas

Este artículo se ha suprimido debido a las observaciones recibidas y a los nuevos artículos que figuran en el proyecto de revisión, como el artículo 39, que otorgan a los Estados Miembros que desean regular las cuestiones que antes abordaba esta disposición la necesaria flexibilidad que requieren.

Artículo 37 Cobro de tasas por los certificados (antes artículo 32)

Los Estados Miembros manifestaron opiniones divergentes sobre si los certificados debían expedirse gratuitamente o cobrarse por ellos o aplicar una tasa que permita recuperar los costos. Por este motivo, se ha puesto entre corchetes el término «gratuitamente».

Artículo 38 Aplicación de medidas sanitarias (antes artículo 33)

Los cambios introducidos en este artículo, en comparación con el artículo 33 del documento de trabajo de enero de 2004, incluyen la transferencia del antiguo párrafo 2 al artículo 11, y la modificación del

título para hacerlo más específico. El artículo se ha mantenido debido a la importancia de los principios que incorpora para conseguir la finalidad del Reglamento.

Artículo 39 Medidas sanitarias adicionales

Véase el párrafo 13 *supra*.

Anterior artículo 40 Lucha contra las infecciones

Esta disposición ha sido suprimida debido a las observaciones de que era demasiado general y por eso no podía servir de orientación a los Estados Partes y tenía un alcance potencial demasiado amplio para que su aplicación fuera factible. También se consideró que su objeto iba más allá del alcance generalmente aceptado del Reglamento.

Artículo 40 Cesación o pleno cumplimiento de las medidas sanitarias (antes artículo 35)

Sobre la base de las observaciones recibidas, el actual párrafo 1 exige a los Estados Partes que, previa petición, presenten la justificación científica de las medidas sanitarias que apliquen y que difieran de las medidas recomendadas.

Artículo 41 Colaboración y asistencia

El párrafo 1 de este artículo se ha introducido en respuesta a varias observaciones en las que se pedía que el proyecto de revisión previera claramente la posibilidad de que los Estados Partes colaboren entre sí en una serie de esferas relacionadas con la aplicación del Reglamento. El párrafo 2 se ha introducido para explicitar el compromiso de la OMS de colaborar con los Estados Partes en la aplicación del Reglamento.

Artículo 42 Derechos de las personas (antes artículo 36)

Las observaciones recibidas sobre las relaciones del proyecto de revisión con los derechos humanos se reflejan en el párrafo 1 revisado remitiéndose a los «derechos humanos reconocidos internacionalmente», en contraposición con la redacción anterior «los acuerdos internacionales pertinentes que prevén o protegen los derechos de las personas», que tenía un alcance más reducido. El párrafo 2 del documento de trabajo de enero de 2004 ha sido trasladado al artículo 27 ya que se refiere expresamente a determinadas medidas aplicables a los viajeros, que se han refundido en esa disposición. En su lugar se ha introducido un nuevo párrafo que responde a las peticiones de varios Estados Miembros de que se incluyera una disposición expresa que requiriera que se respetara la confidencialidad de los datos personales.

*Artículo 43 Personas que gozan de inmunidades en virtud del derecho internacional
(antes artículo 38)*

Este artículo asegura ahora la aplicación de medidas sanitarias apropiadas, de conformidad con el Reglamento, sin perjuicio de que se goce de inmunidades en virtud del derecho internacional. El alcance del artículo se ha ampliado para abarcar también a personas distintas de los agentes diplomáticos, tales como los funcionarios públicos superiores, que también gozan de tales inmunidades.

Artículo 45 Intercambio de información en caso de liberación presuntamente intencional de agentes (antes artículo 41)

En respuesta a observaciones de los Estados Miembros, este artículo establece ahora claramente que la obligación de los Estados Partes de facilitar a la OMS toda la información, los materiales y las muestras que correspondan está supeditada a sus prescripciones en materia de seguridad y aplicación de la ley.

Artículo 46 Fuerzas armadas (antes artículo 43)

Este artículo ha sido revisado en respuesta a las peticiones de varios Estados Miembros de que se exigiera a los Estados Partes que se aseguraran de que sus fuerzas armadas cumplen el Reglamento.

TÍTULO IX - EL CUADRO CONSULTIVO DEL RSI, EL COMITÉ DE EMERGENCIAS Y EL COMITÉ DE EXAMEN

Este nuevo Título contiene disposiciones que estaban incluidas en el documento de trabajo de enero de 2004 en los anexos 3 y 10. En muchas de las observaciones recibidas se pedía que el mandato, composición y procedimiento del Comité de Emergencias y del Comité de Examen se incorporaran en el cuerpo principal del Reglamento. Por consiguiente, los anexos 3 y 10 anteriores se han suprimido y su contenido se ha transferido a este Título IX, que se ha dividido en tres capítulos en los que se abordan por separado cada uno de los distintos órganos.

Capítulo I - El Cuadro Consultivo del RSI

Artículo 47 Composición

En el documento de trabajo de enero de 2004 se hacía referencia al Cuadro Consultivo del RSI en el anexo 3 y en el anexo 10, lo que daba la impresión de que en cada uno de ellos se trataba de un cuadro consultivo distinto y se generaba una cierta confusión. Por consiguiente, se ha introducido una nueva disposición que regula expresamente el establecimiento y composición del Cuadro Consultivo. El párrafo 2 ha sido incluido como respuesta directa a las peticiones de que se atribuyera a los Estados Miembros un papel más significativo en su composición.

Capítulo II - El Comité de Emergencias

Artículo 48 Mandato y composición; Artículo 49 Procedimiento

Los artículos 48 y 49 están dedicados a los aspectos institucionales y de procedimiento, respectivamente, del Comité de Emergencias. El texto procede en gran medida de la sección II del anexo 3 del documento de trabajo de enero de 2004. En el párrafo 2 del artículo 48 se aclara la duración del nombramiento de los miembros del Comité y los criterios que aplicará el Director General para nombrarlos. Respondiendo a peticiones de los Estados Miembros, el párrafo 6 del artículo 49 reconoce ahora al Estado Parte de que se trate el derecho a exponer sus opiniones al Comité.

Capítulo III - El Comité de Examen

Artículo 50 Mandato y composición; Artículo 51 Funcionamiento; Artículo 52 Informes; Artículo 53 Examen de las controversias; y Artículo 54 Recomendaciones permanentes

El texto de este capítulo formaba parte del anexo 10 del documento de trabajo de enero de 2004. Los artículos se basan en las secciones en que estaba dividido el anexo 10. En consecuencia, el artículo 45 del documento de trabajo ha sido suprimido. En respuesta a observaciones de los Estados Miembros se ha introducido un nuevo apartado f) en el párrafo 1 del artículo 50 para encomendar al Comité de Examen la función de considerar las reservas al Reglamento; y en el párrafo 5 del artículo 50 se hace ahora una clara referencia a los criterios que el Director General deberá aplicar para nombrar a los miembros del Comité.

TÍTULO X – DISPOSICIONES FINALES

Artículo 55 Presentación de informes (antes artículo 44)

Las observaciones de los Estados Miembros se centraron en la necesidad de establecer claramente los parámetros y el procedimiento a seguir para la presentación de informes por los Estados Partes y la forma en que contribuirán al examen periódico del Reglamento. En consecuencia, el párrafo 1 establece ahora la presentación de informes periódicos, mientras que, en virtud del párrafo 2, el Comité de Examen tendrá la responsabilidad de examinar los informes, de conformidad con las funciones generales que le atribuye el Reglamento.

Artículo 56 Enmiendas (antes artículo 46)

Teniendo en cuenta las observaciones formuladas por muchos Estados Miembros en el sentido de que el Consejo Ejecutivo no debía estar autorizado a enmendar los anexos, como se proponía en el documento de trabajo de enero de 2004, el artículo 56 establece ahora que las enmiendas serán sometidas a la Asamblea de la Salud para su aprobación. Además, el párrafo 2 exige que las enmiendas propuestas sean comunicadas a los Estados Partes al menos cuatro meses antes de la reunión de la Asamblea de la Salud en la que serán consideradas.

Artículo 57 Solución de controversias (antes artículo 47)

El nuevo párrafo 5 está dedicado a la relación entre el mecanismo de solución de controversias del Reglamento y los de otras organizaciones internacionales, o los establecidos en virtud de otros acuerdos internacionales, y se ha incluido para dar respuesta a las preocupaciones de algunos Estados Miembros sobre posibles conflictos.

Artículo 58 Relación con otros acuerdos internacionales (antes artículo 42)

Este artículo, que amplía el artículo 42 del documento de trabajo de enero de 2004, refleja las peticiones de varios Estados Miembros de que el Reglamento no entrara en conflicto con otros acuerdos internacionales cuyo ámbito podía superponerse con el del Reglamento revisado. El enfoque seguido al propo-

ner el párrafo 1 de este artículo se explica en un documento independiente¹ dedicado a las relaciones con otros instrumentos internacionales.

Artículo 59 Convenios y reglamentos sanitarios internacionales (antes artículo 48)

A la vista de las observaciones recibidas, se ha revisado la lista de acuerdos y reglamentos sanitarios internacionales del párrafo 1 suprimiéndose los tres primeros convenios citados en el documento de trabajo de enero de 2004, que han sido sustituidos por acuerdos y reglamentos sanitarios internacionales posteriores de amplia aceptación.

Artículo 60 Entrada en vigor; plazo para la recusación o formulación de reservas (antes artículos 49 y 52)

En respuesta a las observaciones recibidas, se ha introducido un plazo de 12 meses para notificar una recusación o una enmienda del Reglamento, o una reserva al mismo, en lugar del plazo de seis meses previsto en el artículo 49 del documento de trabajo de enero de 2004. El párrafo 2 aclara la relación entre la entrada en vigor general del Reglamento y su condición para los Estados que recusen o formulen reservas al mismo o se conviertan en Miembros de la OMS después de su adopción o para los Estados que no son Miembros pero aceptan el Reglamento. En los artículos siguientes se aborda por separado cada una de estas situaciones particulares.

Artículo 61 Recusación

Esta disposición, basada en los párrafos 1 y 3 del artículo 49 del documento de trabajo de enero de 2004, se introdujo para establecer claramente los efectos jurídicos de una recusación del Reglamento.

Artículo 62 Reservas (antes artículo 50)

El texto de este artículo ha sido subdividido para facilitar la comprensión de las distintas situaciones contempladas. Además, el párrafo 5 aclara los efectos de la aceptación de una reserva por la Asamblea de la Salud, con el fin de armonizar el régimen de reservas previsto en el Reglamento con la práctica de los acuerdos internacionales.

Artículo 64 Nuevos Estados Miembros de la OMS (antes artículo 52)

Por motivos de claridad y coherencia, el párrafo 2 del artículo 52 del documento de trabajo de enero de 2004 se ha reproducido como disposición independiente. El plazo para notificar la recusación o una enmienda del Reglamento, o para formular una reserva al mismo, se ha prolongado de seis a 12 meses de conformidad con el plazo previsto para los actuales Estados Miembros por el párrafo 1 del artículo 60.

¹ Documento A/IHR/IGWG/INF.DOC./1.

ANEXO 1

Se han introducido los párrafos 1 a 3 para dar respuesta a la preocupación manifestada por los Estados Miembros de que se necesitaban nuevas orientaciones sobre el proceso a seguir para desarrollar las capacidades básicas exigidas. En la respuesta a las emergencias de salud pública de interés internacional en los puntos de entrada (párrafo 2(b) de la sección B), varios Estados Miembros pidieron que se incluyera una referencia expresa a los «animales afectados» ya que constituyen un riesgo para los viajeros.

ANEXO 2

PARTE A INSTRUMENTO DE DECISIÓN PARA LA EVALUACIÓN Y NOTIFICACIÓN POR LOS ESTADOS DE EVENTOS QUE PUEDAN CONSTITUIR UNA EMERGENCIA DE SALUD PÚBLICA DE INTERÉS INTERNACIONAL

El párrafo 1 del artículo 5 obliga a los Estados Partes a notificar a la OMS todos los eventos que puedan constituir una emergencia de salud pública de interés internacional de conformidad con el instrumento de decisión que contiene este anexo. Este algoritmo tiene por objeto permitir que se evalúe la necesidad de notificar diferentes tipos de eventos, entre ellos:

- brotes infecciosos;
- confirmación de laboratorio de patógenos importantes, cuando un solo caso de enfermedad basta para que sea de interés internacional (por ejemplo, la fiebre amarilla en un contexto asiático);
- liberación intencional de agentes biológicos; y
- contaminación biológica, química o radionuclear que constituya un riesgo para la salud pública.

El instrumento consiste en un árbol de respuestas binarias y una serie de cuestiones complementarias que se dirigen al Estado que está haciendo esa evaluación para que pueda determinar si el evento es grave, inusitado o imprevisto o es probable que haya una propagación internacional o tenga consecuencias graves en los viajes o el comercio. Este enfoque permite a los Estados Partes tener en cuenta el contexto en que se produce un evento cuando se notifica a la OMS. Las listas de enfermedades no permiten tener en cuenta el contexto y, por consiguiente, cuando se utilizan solas, son menos válidas como criterio para informar internacionalmente. Sin embargo, hay un pequeño número de enfermedades que, si son evaluadas con el instrumento de decisión, obligan siempre a realizar una notificación a la OMS en cuanto se produce un solo caso en algún lugar del mundo, haciéndolas de hecho enfermedades de notificación obligatoria; en respuesta a las peticiones de los Estados Miembros, estas enfermedades se han identificado y enumerado a continuación del instrumento.

El árbol binario ha sido modificado en el proyecto de revisión para añadirle una pregunta sobre las enfermedades de notificación obligatoria, estableciéndose así dos puntos de partida para estimar la necesidad de hacer una notificación a la OMS: el primero sería la pregunta sobre si en el evento interviene una enfermedad de notificación obligatoria, y el segundo si el evento cumple dos de los cuatro criterios detallados en las posteriores secciones I a IV.

PARTE B ENFERMEDADES CONCRETAS QUE HACEN OBLIGATORIA LA UTILIZACIÓN DEL INSTRUMENTO DE DECISIÓN

En respuesta a otras observaciones de los Estados Partes y como nueva ayuda a los mismos, en esta parte se enumeran algunas enfermedades que no exigen una notificación automática pero que, debido a su potencial de rápida propagación internacional, deben dar lugar siempre a que el Estado utilice el instrumento de decisión para estimar la necesidad de hacer una notificación a la OMS. Esta lista *no* es exhaustiva y habrá ocasiones en las que los eventos asociados con otras enfermedades también exigirán una notificación; sobre todo, habrá eventos a los que no podrá ponerse la etiqueta de una enfermedad pero que también habrán de ser notificados debido a que su carácter cumple los criterios descritos en el instrumento.

El instrumento orienta a los Estados Partes en la identificación de los eventos que pueden constituir una emergencia de salud pública de interés internacional. La determinación de que un evento efectivamente constituye tal emergencia corresponde al Director General en consulta con el Estado Parte que ha hecho la notificación (véase el artículo 10).

Si la información de que se dispone es insuficiente para evaluar un evento con el instrumento del anexo, los Estados Partes pueden consultar confidencialmente con la OMS, según lo previsto en el artículo 6.

ANEXO 3

MODELO DE CERTIFICADO DE EXENCIÓN DEL CONTROL DE SANIDAD A BORDO/CERTIFICADO DE CONTROL DE SANIDAD A BORDO

El modelo de certificado de exención del control de sanidad a bordo/certificado de control de sanidad a bordo ha sido modificado para armonizarlo con el modelo de certificado de desratización y con el modelo de declaración marítima de sanidad incluidos en el Reglamento vigente. Entre los cambios concretos cabe mencionar que se ha añadido el nombre y la nacionalidad del buque. Este modelo está siendo examinado actualmente por un grupo de expertos.

ANEXO 4

PRESCRIPCIONES TÉCNICAS RELATIVAS A LOS MEDIOS DE TRANSPORTE Y LOS OPERADORES DE MEDIOS DE TRANSPORTE

Este anexo refleja las observaciones de los Estados Miembros sobre la necesidad de incorporar las disposiciones sustantivas de los anexos del documento de trabajo de enero de 2004 en el cuerpo principal del texto. Por ejemplo, las disposiciones sobre los certificados de sanidad a bordo han sido trasladadas al nuevo artículo 35 y las relativas a las medidas sanitarias aplicadas a medios de transporte, contenedores, mercancías y cargas figuran ahora en el artículo 16. El modelo de certificado de sanidad se encuentra en el anexo 3.

ANEXO 5

MEDIDAS CONCRETAS RELATIVAS A LAS ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES

En este anexo se mantienen los derechos y obligaciones actuales con respecto al control de los vectores de la fiebre amarilla, que se relacionan principalmente con la desinsectación de las aeronaves procedentes de zonas donde hay un riesgo de transmisión. El texto revisado permite la ampliación de las medidas de control de los vectores para abarcar otras situaciones de enfermedad, en caso necesario. En respuesta a las observaciones recibidas, la obligación anterior de mantener libres de vectores las zonas de carga de contenedores se ha modificado, en el párrafo 4, para establecer la obligación más viable de elaborar programas de control de vectores. El párrafo 8 ha sido simplificado.

ANEXO 6

VACUNACIÓN, PROFILAXIS Y CERTIFICADOS CONEXOS

El párrafo 1, en su nueva versión, sólo hace referencia a las vacunas o medidas profilácticas indicadas por la OMS (a través del anexo 7 o de una recomendación formulada de conformidad con el Reglamento). En el párrafo 4 se indica ahora que el clínico que supervise la administración puede ser un «agente de salud autorizado». El párrafo 9 ha sido ampliado para ofrecer detalles adicionales sobre contraindicaciones y exenciones de vacunas o medidas profilácticas.

MODELO DE CERTIFICADO INTERNACIONAL DE VACUNACIÓN O PROFILAXIS

Se han aclarado las fechas cuya indicación exige el modelo de certificado: se ha modificado el recuadro en el que ha de indicarse el plazo de validez de una vacuna o medida profiláctica concreta para permitir que se tenga en cuenta el periodo que ha de transcurrir entre la vacunación y el momento en que ésta empieza a ofrecer protección, cuando se documenta la fecha en que empieza a ser válido el certificado. El texto se ha revisado de conformidad con los cambios introducidos en el párrafo 4 del anexo.

ANEXO 7

REQUISITOS CONCERNIENTES A LA VACUNACIÓN O LA PROFILAXIS CONTRA ENFERMEDADES DETERMINADAS

El párrafo 2 se ha reformulado para aportar información adicional. Los Estados Miembros han manifestado opiniones divergentes sobre la prescripción vigente actualmente de que se designen los centros en que puede realizarse la vacunación contra la fiebre amarilla: algunos creen que se trata de una práctica anticuada e innecesariamente burocrática, mientras que otros consideran que es un requisito esencial para asegurar la calidad de la vacuna y el certificado. Por consiguiente, se ha introducido el nuevo apartado f) como propuesta de compromiso. En el párrafo final se añade una oración que prevé que las personas exentas de la vacunación puedan ser sometidas a medidas sanitarias como alternativa a la cuarentena.

= = =