



ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

GRUPO DE TRABAJO INTERGUBERNAMENTAL
SOBRE LA REVISIÓN DEL REGLAMENTO
SANITARIO INTERNACIONAL
Punto 2 del orden del día provisional

A/IHR/IGWG/2
14 de septiembre de 2004

Informe resumido de las reuniones consultivas regionales

1. En enero de 2004 se envió a los Estados Miembros y a otras partes interesadas un documento de trabajo con propuestas para la revisión del Reglamento Sanitario Internacional.¹ Entre marzo y julio de 2004 tuvieron lugar una serie de reuniones consultivas regionales y subregionales para proporcionar retroinformación (véase el anexo). El presente documento resume las cuestiones más importantes planteadas en esas reuniones.
2. Además, 39 Estados Miembros presentaron por escrito comentarios sobre las propuestas, algunos de los cuales se han incluido, con su permiso, en el sitio web de la OMS.² En dicho sitio se han incluido también aportaciones de una organización de integración económica regional y de tres asociaciones de la industria de transportes.
3. Las sugerencias y los comentarios recibidos durante ese proceso consultivo han servido de orientación para redactar el Reglamento revisado propuesto.³

CUESTIONES CLAVE

4. **Acuerdo general respecto a la orientación y el contenido de la revisión como marco para la estrategia de la OMS en materia de seguridad sanitaria mundial.** Se apoya en general la orientación y el enfoque de las propuestas de revisión. Se espera que, una vez adoptado, el Reglamento revisado contribuya a mejorar la capacidad de detección precoz de las amenazas a la salud pública internacional y las medidas de respuesta y control ante esas amenazas mediante la cooperación internacional, el establecimiento de fórmulas de colaboración mundial y el fomento de la comunicación entre instituciones nacionales y entre los Estados Miembros y la Secretaría. Asimismo, el Reglamento debería proporcionar un marco eficaz para trabajar con otros órganos a fin de contener la propagación internacional de enfermedades.
5. **Fortalecimiento de las capacidades básicas de los Estados Miembros** (proyecto de Reglamento revisado, anexo 1). En general se está de acuerdo en que numerosos Estados Miembros deberían fortalecer su capacidad para aplicar plena y satisfactoriamente el Reglamento revisado. Se formularon preguntas acerca de cómo y en qué plazo se podrían desarrollar esas capacidades básicas, sobre la interpretación del

¹ Documento IGWG/IHR/Working paper/12.2003.

² <http://www.who.int/csr/ihr/revisionprocess/comments/en/>.

³ Documento A/IHR/IGWG/3.

término «capacidad básica» y sobre la necesidad de fijar un periodo de gracia para lograr el nivel de capacidad adecuado. Una serie de Estados Miembros pidieron a la OMS que evaluara los recursos necesarios para alcanzar el nivel deseado de capacidad. La OMS también debería ayudar a movilizar fondos específicos para permitir que los Estados Miembros cumplan sus obligaciones durante la fase de aplicación del Reglamento revisado y apoyen los programas nacionales de creación de capacidad, incluidas la vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmisibles de interés internacional y la vigilancia ambiental y de laboratorio. El Reglamento revisado exige que la OMS lleve a cabo actividades que van más allá del apoyo técnico, y para las que deberán garantizarse recursos suficientes.

6. **Concretar el alcance del Reglamento.** El Reglamento debería abarcar enfermedades y eventos de origen biológico o desconocido. La posible ampliación del alcance para abarcar eventos químicos y radiológicos o eventos causados por la liberación intencional de sustancias exigiría una mayor discusión, y la implicación de otros órganos e instrumentos internacionales, en particular en el caso de los eventos radio-nucleares o químicos. Se debería mencionar y definir claramente la relación entre el Reglamento y una serie de órganos internacionales, en particular la Comisión del Codex Alimentarius, la FAO, el OIEA, la OMI, el Office international des Epizooties y la OMC.

7. **Lista de enfermedades como complemento del instrumento de decisión** (artículo 5, anexo 2). En general, se acepta el instrumento de decisión propuesto para identificar los eventos que puedan constituir una emergencia de salud pública de interés internacional. Muchos Estados Miembros proponen que se añada una lista de enfermedades específicas, pero existen diversas opiniones sobre si esa lista debería ser vinculante o solamente indicativa. Se ha sugerido que la decisión sobre el alcance y sobre las enfermedades a incluir en la lista se base en las recomendaciones de un comité especial, y que dicha lista se revise y actualice periódicamente. Otros Estados Miembros están satisfechos con el instrumento de decisión propuesto, con algunos cambios de menor importancia.

8. **Soberanía de los Estados Miembros.** Hay que procurar lograr un equilibrio entre la soberanía de los Estados Miembros y el mandato de la OMS. Muchos Estados Miembros están de acuerdo en que, manteniendo la práctica actual, los equipos de la OMS sólo deberían entrar en los países con el consentimiento del Estado Miembro afectado (artículos 8, 10). Algunos Estados Miembros consideran que, en los casos en que no existe una autoridad nacional, la OMS puede responder conforme a las prácticas aceptadas internacionalmente. Se reconoce el valor de la colaboración de los Estados Miembros con los equipos enviados por la OMS a las misiones en los países con el fin de evaluar los riesgos y la idoneidad de las medidas de control. Sin embargo, se debe seguir trabajando en la elaboración del mecanismo de desencadenamiento de esas respuestas. Los Estados Miembros consideran también que puede haber motivos legítimos para imponer medidas que excedan de las recomendadas por la OMS (artículo 34), pero ello debería justificarse científicamente.

9. **Apoyo a los Estados Miembros afectados.** Varios Estados Miembros sugieren que la OMS, en colaboración con otras instituciones multilaterales, debería ayudar a encontrar la manera de apoyar o indemnizar a los Estados afectados por las medidas excesivas impuestas por otros Estados, o a aquellos que sufren daños económicos como consecuencia del brote de una enfermedad a la que el Estado en cuestión respondió abiertamente y con transparencia a fin de proteger a otros Estados.

10. **Comités** (artículos 45, 46, anexos 3, 10). Varios Estados Miembros son de la opinión de que los órganos relacionados con el Reglamento (el Cuadro Consultivo del RSI, el Comité de Examen y el Comité de Emergencias) deben estar compuestos por expertos independientes, y de que su composición debe comunicarse a los Estados Miembros cuando éstos así lo soliciten. Hay que garantizar el equilibrio geográfico de la representación en todos los comités técnicos relacionados con el Reglamento. En general, se

considera que debe fortalecerse el papel de los Estados Miembros en la determinación de la composición de esos órganos. Varios Estados Miembros proponen que se brinde a los Estados afectados por brotes de enfermedades la oportunidad de intervenir ante el Comité de Emergencias, para ayudarle en sus deliberaciones. Hay divergencia de opiniones respecto a si las modificaciones de los anexos, una vez examinadas por el Comité de Examen, deben ser adoptadas por el Consejo Ejecutivo (artículo 46) o por la Asamblea de la Salud.

11. **Papel del Centro Nacional de Enlace para el Reglamento** (artículo 3, anexo 1). Se apoya ampliamente el establecimiento de un Centro Nacional de Enlace. Sin embargo, debe aclararse el papel del mismo y su capacidad de decisión. Al elaborar el mandato de dicho Centro deberían tenerse en cuenta las estructuras y jerarquías ya existentes en los Estados, algunas de las cuales, además, están fuera del ámbito de competencia del ministerio de salud.

12. **Necesidad de proporcionar más orientación sobre la respuesta** (artículo 10). Algunos Estados Miembros estiman que los anexos contienen demasiadas cuestiones técnicas que podrían incluirse en las directrices, a fin de facilitar las actualizaciones y modificaciones. Otros Estados Miembros, considerando la importancia de responder de forma eficaz a las emergencias de salud pública de interés internacional, opinan que los artículos y anexos contienen demasiada poca información sobre cómo debería organizarse esa respuesta y en qué podría consistir. Citan el ejemplo de la «cuarentena» como una medida eficaz de respuesta al SRAS, y que por consiguiente merece ser reconocida y elaborada en el Reglamento. En cualquier caso, como parte del proceso de redacción, es necesario revisar qué es lo que debería incluirse en el texto básico, y qué otros detalles deberían figurar en los anexos o referenciarse en las directrices.

13. **Derechos de las personas** (artículo 36). Es necesario aclarar los derechos de las personas a rechazar medidas de salud pública durante emergencias de salud pública de interés internacional, así como la manera de sopesar esos derechos frente a los imperativos de salud pública.

14. **Definiciones** (artículo 1). Se apoya la idea de incluir más términos y de, a ser posible, definirlos en coherencia con los términos de salud pública habituales. Algunas de las actuales definiciones se consideran ambiguas.

15. **Intercambio de información en caso de liberación presuntamente intencional** (artículo 41). Varios Estados Miembros han expresado su preocupación por el artículo 41 y señalan que el intercambio de muestras o de información epidemiológica en caso de liberación presuntamente intencional puede verse limitado por una investigación penal y/o por exigencias de la seguridad nacional.

16. **Puertos fronterizos terrestres** (artículo 15 y anexo 1). Algunos Estados Miembros han expresado su preocupación por el papel de los puestos fronterizos terrestres en la propagación de enfermedades y piden más orientación al respecto.

ANEXO

**REUNIONES CONSULTIVAS SOBRE LA REVISIÓN DEL
REGLAMENTO SANITARIO INTERNACIONAL**

Reuniones regionales

- Reunión consultiva para la Región del Pacífico Occidental, Manila, 28-30 de abril de 2004
- Reunión consultiva para la Región de África, Harare, 1-3 de junio de 2004
- Reunión consultiva para la Región de Europa, Copenhague, 9-11 de junio de 2004
- Segunda reunión consultiva para la Región del Mediterráneo Oriental, Damasco, 20-22 de junio de 2004
- Segunda reunión consultiva para la Región de Asia Sudoriental, Nueva Delhi, 29 de junio-1 de julio de 2004

Reuniones subregionales

- Reunión consultiva para Sudamérica, Río de Janeiro, Brasil, 5-7 de abril de 2004
- Reunión consultiva para los países de habla inglesa del Caribe, St. George, 19-20 de abril de 2004
- Reunión consultiva para América Central y los países de habla hispana del Caribe, Santo Domingo, 27-29 de abril de 2004
- Reunión consultiva para Norteamérica, Ottawa, 2-3 de junio de 2004

Reuniones regionales de preparación para las reuniones consultivas

- Reunión orientativa de funcionarios de alto nivel de ministerios de salud, Johannesburgo, Sudáfrica, 5-6 de abril de 2004
- Primera reunión consultiva para la Región de Asia Sudoriental, Nueva Delhi, 13-14 de abril de 2004
- Primera reunión consultiva para la Región del Mediterráneo Oriental, El Cairo, 1-2 de marzo de 2004

= = =