Organización Mundial de la Salud

CONSEJO EJECUTIVO **EB132/15**
132.ª reunión **21 de diciembre de 2012**
Punto 8.1 del orden del día provisional

Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005)

Informe de la Directora General

1. El principal objetivo de este informe es proporcionar una puesta al día sobre los progresos realizados para impulsar las recomendaciones del Comité de Examen acerca del Funcionamiento del Reglamento Sanitario Internacional (2005) en relación con la pandemia por virus (H1N1) 2009,[1] conforme a lo solicitado en la resolución WHA64.1. En este informe también se tiene en cuenta la información sobre la aplicación del Reglamento proporcionada por los Estados Partes y se describen las actividades de apoyo conexas emprendidas por la Secretaría, de conformidad con el mecanismo de presentación de informes anuales establecido en la resolución WHA61.2. El documento incluye además secciones sobre el seguimiento que se propuso hacer de las capacidades nacionales básicas y sobre la elaboración de criterios para la concesión de futuras prórrogas, como se pide en la resolución WHA65.23.

RECOMENDACIONES DEL COMITÉ DE EXAMEN

Recomendación 1 (Acelerar la puesta en práctica de las capacidades básicas que pide el Reglamento Sanitario Internacional)

2. A fin de llevar adelante esta recomendación dirigida por los países, la Secretaría, en todos los niveles de la Organización y en consonancia con estrategias y mecanismos regionales ya existentes, revisados o adaptados, ha intensificado su apoyo a los Estados Partes y ha logrado atraer cierto interés de los donantes y financiación específica para este propósito en varios ámbitos clave relacionados con el Reglamento Sanitario Internacional (2005).

3. La Secretaría ha seguido apoyando de forma considerable a los Estados Partes en lo referente tanto a la cooperación técnica como a la prestación de asesoramiento. Además, una parte importante del apoyo en relación con el Reglamento Sanitario Internacional (2005) se ha orientado hacia el desarrollo de los recursos humanos. Ello se ha logrado mediante actividades de capacitación sobre la aplicación del Reglamento emprendidas en varias áreas clave, entre ellas las siguientes: puntos de entrada, fortalecimiento de los laboratorios, bioseguridad y bioprotección, prácticas de epidemiología, aplicación en la legislación nacional, y evaluación, gestión y comunicación de riesgos. Estas iniciativas de formación han sido posibles como parte de un esfuerzo concertado tendente a preparar una gran

[1] Véase el documento A64/10.

cantidad de material orientativo en cada una de estas áreas clave, incluida su traducción a otros idiomas oficiales de la Organización.

4. En lo que respecta a la aplicación del Reglamento en los puntos de entrada, se han llevado a cabo misiones para evaluar la capacidad de los países en las Regiones de África, el Mediterráneo Oriental y el Pacífico Occidental. Se han celebrado consultas, reuniones de formación y talleres para mejorar las competencias y el asesoramiento. Estas iniciativas, incluida la provisión de conjuntos de instrumentos, han abarcado la inspección de buques, la expedición de certificados de control de sanidad a bordo y la gestión de eventos de salud pública registrados a bordo de buques y aviones.

5. En el área del fortalecimiento de los laboratorios, una de las actividades de la Secretaría ha sido la aplicación, conjuntamente con la FAO y la OIE, del proyecto IDENTIFY. Este proyecto pretende fortalecer los medios de laboratorio para la detección de agentes patógenos que representen una amenaza para la salud humana y animal en las regiones con mayor riesgo de enfermedades emergentes humanas y/o animales, como la cuenca del Congo en África central y los países de Asia meridional y sudoriental. La creación de capacidad adopta la forma de apoyo directo a determinadas instituciones, apoyo a los gobiernos para establecer un marco normativo adecuado, y apoyo al desarrollo y fortalecimiento de redes de laboratorios en todos los sectores de la salud pública y la salud animal. En el contexto del Marco de Preparación para una Gripe Pandémica, se ha dedicado especial atención a la vigilancia de la gripe y la creación de capacidad de laboratorio en los países en desarrollo (véanse también las recomendaciones 11 y 14 más adelante). Además, se sigue prestando apoyo para implantar sistemas de gestión de los riesgos biológicos en los laboratorios a nivel nacional, incluida la formación de formadores. Más recientemente, en la Región del Mediterráneo Oriental se han celebrado dos reuniones subregionales sobre la capacidad de laboratorio en consonancia con los requisitos del Reglamento Sanitario Internacional (2005).

6. En el ámbito específico de la aplicación del Reglamento en la legislación nacional, en los últimos 12 meses la Secretaría ha apoyado y llevado a cabo seis talleres subregionales con participantes de la Región de África, la Región de las Américas, la Región de Europa y la Región del Mediterráneo Oriental. Los talleres se concibieron para dotar a los países de los instrumentos y la orientación requeridos para evaluar y, en caso necesario, revisar la legislación nacional existente a fin de seguir facilitando una aplicación plena y eficiente del Reglamento. En esta esfera también se ha proporcionado apoyo mediante misiones en países concretos y otras formas de comunicación, como teleconferencias, sesiones interactivas basadas en tecnologías de la información y contactos puntuales con los países sobre cuestiones jurídicas concretas.

7. En muchas de esas iniciativas y talleres de formación se han hecho ejercicios de simulación. Los escenarios de salud pública analizados de ese modo desarrollan las aptitudes pertinentes para la aplicación del Reglamento, refuerzan la comprensión de las funciones y obligaciones organizacionales, ponen a prueba los planes y procedimientos y fomentan la cooperación, la coordinación y el intercambio de información entre sectores, niveles de administración, organizaciones y organismos. Estos ejercicios se han llevado a cabo a nivel nacional y regional en varias regiones de la OMS.

8. Además, el curso de formación mundial sobre el Reglamento Sanitario Internacional (2005) fue valorado positivamente en una evaluación externa independiente llevada a cabo en septiembre de 2012 y siguió despertando gran interés entre los profesionales de la salud pública en los países. Se está adaptando el curso a contextos regionales, incluida la traducción al ruso de material clave del mismo.

9. La Secretaría ha seguido reforzando sus vínculos e intensificando la colaboración con otras organizaciones y organismos internacionales a fin de *i*) acelerar la creación de capacidades básicas de conformidad con el Reglamento, y *ii*) mejorar la respuesta a los eventos de salud pública. Esa coope-

ración comprende las actividades emprendidas con las siguientes organizaciones: la OACI, especialmente a través del Acuerdo de Cooperación de la OACI para Prevenir la Propagación de Enfermedades Transmisibles por Vía Aérea; el OIEA, en respuesta a las secuelas aún sufridas tras la emergencia registrada en la central nuclear de Fukushima en el Japón; y otras iniciativas conjuntas, entre ellas una con el UNICEF en el terreno de las intervenciones conductuales y sociales. La Secretaría ha seguido respaldando firmemente el fortalecimiento, la evaluación y la planificación del desarrollo de las capacidades básicas nacionales en el marco del Reglamento. Coadyuvando a ese esfuerzo, al que han contribuido Estados Partes de las Regiones de África, Asia Sudoriental, Europa y el Mediterráneo Oriental, la Secretaría ha llevado a cabo misiones de evaluación y auditorías documentales para detectar lagunas y facilitar la labor de los países a fin de *i*) formular medidas y planes, y *ii*) llevar a la práctica esos planes en los próximos dos años.

10. Diversas iniciativas de cooperación subregional, incluidas redes de vigilancia y mecanismos de integración económica, han seguido siendo una ayuda importante para adaptar los enfoques orientados a satisfacer los requisitos de capacidad básica al contexto de grupos específicos de los Estados Partes, como por ejemplo los del Pacífico.

11. A fin de imprimir un nuevo impulso a las actividades de aplicación, la Secretaría ha llevado a cabo reuniones regionales de partes interesadas en las regiones de la OMS. Esas reuniones congregan a participantes de los ámbitos subregional, regional y mundial —partes interesadas, asociados y donantes tradicionales y no tradicionales— al objeto de apoyar la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005), brindando así un foro para el intercambio de información sobre las experiencias y los retos planteados. En las reuniones se destacan la importante labor realizada y los logros registrados desde la entrada en vigor del Reglamento, así como las áreas prioritarias específicas para el fortalecimiento de las capacidades nacionales básicas. Esas reuniones sirven también para reforzar las funciones y responsabilidades de los asociados nacionales, regionales y mundiales en lo tocante a mejorar y mantener las capacidades básicas, proporcionar apoyo técnico y financiero, y fomentar la colaboración intersectorial en los países y la colaboración entre países. En el curso de las reuniones se señalan las lagunas, vulnerabilidades y prioridades, así como los asociados y redes de apoyo disponibles. Estos encuentros brindan la oportunidad de seguir promoviendo el fortalecimiento de las capacidades en el marco del Reglamento y de obtener apoyo técnico, bilateral y financiero. Con dos excepciones, según lo previsto las reuniones de partes interesadas debían celebrarse antes de finales de 2012. La reunión de los Estados Partes de la Región de Europa está prevista para principios de 2013, a fin de que coincida con una reunión conexa organizada por la Unión Europea. Esa coordinación potenciará la cooperación entre la Unión Europea y la OMS, y reportará ahorros por eficiencia a los Estados Partes y a la Organización.

Recomendación 2 (Mejorar el sitio OMS de Información sobre Eventos)

12. El Sitio de Información sobre Eventos para los Centros Nacionales de Enlace para el RSI comenzó a funcionar el 15 de junio de 2007. En la Recomendación 2, el Comité de Examen aconsejó a la Secretaría que mejorase dicho sitio para convertirlo en una fuente autorizada de divulgación de información internacional fiable, actualizada y de fácil acceso sobre las epidemias. El Comité de Examen era de la opinión de que los Estados Partes deben poder confiar en el Sitio como fuente principal de información sobre la situación epidemiológica, la evaluación de riesgos y las medidas de respuesta. Tras las recomendaciones del Comité de Examen y los resultados de la encuesta realizada entre los usuarios del Sitio, la Secretaría elaboró los criterios para rediseñarlo con miras a facilitar el intercam-

bio oportuno de información más completa sobre los eventos.[1] Las actividades en curso de desarrollo del Sitio deberían haber concluido el primer trimestre de 2013. Las mejoras tecnológicas introducidas permitirán adaptar más fácilmente el nuevo Sitio a las futuras necesidades. El Sitio será más fácil de usar, tendrá funciones de búsqueda más potentes y permitirá a la Organización ampliar la información ofrecida a los usuarios acerca de los eventos de salud pública del momento. La nueva tecnología sienta las bases para poder implementar rápidamente nuevas funciones ante nuevas situaciones. Tras su lanzamiento, la Secretaría solicitará periódicamente a los usuarios retroinformación sobre el Sitio a fin de encauzar las futuras fases de mejora. Paralelamente a la actualización de la tecnología, la Secretaría está trabajando para ampliar el volumen de la información sobre eventos difundida a través del Sitio. El proceso de evaluación de riesgos se ha perfeccionado y normalizado para poder seguir garantizando la calidad de los productos de información a lo largo del tiempo y en todos los eventos agudos de salud pública.

Recomendación 3 (Fortalecer las decisiones en materia de viajes y comercio internacionales basadas en datos científicos)

13. A finales de 2009 y comienzos de 2010, la OMS participó en la preparación y realización de una encuesta sobre las medidas de salud pública adoptadas en las fronteras internacionales durante las primeras fases de la pandemia por (H1N1) 2009. Los resultados obtenidos, así como un análisis de los mismos, fueron publicados en el *Weekly Epidemiological Record – Relevé épidémiologique hebdomadaire* en mayo de 2010.[2]

14. Tras un exhaustivo análisis de la evidencia actual y pasada sobre las zonas con riesgo de transmisión de la fiebre amarilla, llevado a cabo por un grupo de trabajo oficioso encabezado por la OMS, se ha alentado y apoyado a los países donde la evidencia disponible sigue siendo cuestionable para que diseñen y lleven a cabo nuevos estudios que permitan delimitar mejor el nivel de riesgo. La Secretaría ha publicado directrices para analizar la eficacia de los insecticidas utilizados en los aviones,[3] al objeto de armonizar los métodos de análisis de modo que se puedan hacer comparaciones objetivas entre los diferentes productos.

15. Basándose en la experiencia adquirida durante la pandemia por (H1N1) 2009, la Secretaría ha seguido de cerca los informes sobre las medidas aplicadas en relación con los viajes y el comercio durante destacados eventos y emergencias de salud pública, entre ellos la emergencia nuclear que se produjo en Fukushima, el brote de *Escherichia coli* registrado en Europa en 2011, y algunos brotes de fiebre hemorrágica viral ocurridos en África en 2012. En algunos casos en que las medidas notificadas podían considerarse excesivas, la Secretaría se puso en contacto con las autoridades nacionales para confirmar ese hecho y solicitar si procedía que se reconsiderase su aplicación. La Secretaría está elaborando procedimientos operativos normalizados para vigilar las medidas adoptadas en relación con los viajes y el comercio internacionales durante eventos y emergencias de salud pública. Se espera poder disponer de un primer borrador de los procedimientos a principios de 2013.

---

[1] Véase el documento A65/17.

[2] Public health measures taken at international borders during early stages of pandemic influenza (H1N1) 2009: preliminary results. *Weekly Epidemiological Record – Relevé épidémiologique hebdomadaire*. 2010; 85: 185-196. Disponible en http://www.who.int/wer/2010/wer8521.pdf (consultado el 27 de noviembre de 2012).

[3] *Guidelines for testing the efficacy of insecticide products used in aircraft*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2012.

Recomendación 4 (Lograr que todos los Centros Nacionales de Enlace para el RSI tengan la autoridad y los recursos necesarios)

16. El Comité de Examen concluyó en su informe que algunos Centros Nacionales de Enlace para el RSI carecen de autoridad para comunicar oportunamente a la OMS la información relacionada con las emergencias de salud pública; su recomendación de reforzar el papel de los Centros de Enlace estaba dirigida principalmente a los Estados Partes. La Secretaría está llevando a cabo varias actividades para complementar y apoyar a los Estados en la aplicación de esta recomendación. A fin de explicar mejor el papel fundamental desempeñado por el Centro de Enlace de un país y sensibilizar al respecto, se ha decidido preparar un vídeo breve y un folleto dirigidos a funcionarios de alto nivel y sectores del gobierno distintos de la salud, en el que se describirán la función de los Centros Nacionales de Enlace para el RSI y las conclusiones del Comité de Examen. Partiendo de los resultados de los estudios externos del proceso de evaluación y notificación de los eventos de salud pública por los Centros de Enlace, se está elaborando un programa de instrucción basado en la web para evaluar la necesidad de notificación en el marco del Reglamento Sanitario Internacional (2005). El programa invitará a todos los Centros de Enlace a seguir los pasos del proceso de evaluación en varios escenarios de eventos ficticios. A continuación se les facilitarán las respuestas sugeridas por un grupo de expertos y las explicaciones pertinentes, que podrán debatir. De forma periódica se publicarán nuevos escenarios. Por último, se ha previsto celebrar una consulta técnica sobre la notificación de eventos y la verificación e intercambio de información sobre eventos en el marco del Reglamento con el fin de revisar las orientaciones de la OMS para tratar de resolver los problemas expuestos en el informe del Comité de Examen.

Recomendación 5 (Fortalecer la capacidad interna de la OMS para dar una respuesta sostenida)

17. La labor realizada por la Secretaría para poner en práctica el Marco de Respuesta a las Emergencias recibió impulso a raíz de las reuniones del Consejo Ejecutivo y la Asamblea de la Salud celebradas en enero y mayo de 2012, respectivamente.[1] El Marco clarifica las funciones y responsabilidades de la OMS en las respuestas a emergencias a fin de unificar el enfoque aplicado por la Organización en todos los tipos de emergencias, incluidos desastres naturales, conflictos, brotes epidémicos, casos de contaminación de alimentos, vertidos químicos o incidentes radionucleares. El Marco brinda además una estructura de política organizacional general para llevar adelante esta recomendación.[2]

18. En diciembre de 2011 la Secretaría reorganizó sus estructuras en relación con las siguientes funciones clave relacionadas con el Reglamento en la Sede: 1) operaciones de alerta y respuesta, 2) apoyo técnico para el desarrollo de las capacidades nacionales básicas requeridas para aplicar el Reglamento, y 3) evaluación y seguimiento de los progresos en la implementación y aplicación del Reglamento. Los equipos técnicos responsables de esas funciones mantienen la capacidad de la Sede para detectar los riesgos de salud pública que plantean las epidemias y otras amenazas, evaluar esos riesgos, transmitir información sobre ellos, y articular una respuesta adecuada. Estos equipos siguen trabajando en estrecha coordinación con los programas técnicos sobre riesgos específicos para la salud, incluidas enfermedades infecciosas, zoonosis y amenazas para la inocuidad de los alimentos y la salud ambiental. La Secretaría coordina la respuesta a tales riesgos en todos los niveles de la Organización, mediante actividades relacionadas con la evaluación de riesgos, la comunicación, las operaciones, y el apoyo logístico y técnico; si es necesario, se recurre también a la cooperación con asociados técnicos de la Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos.

---

[1] Véanse las resoluciones EB130.R14 y WHA65.20.

[2] Véase también el documento EB132/42 Add.1, informe sobre los progresos realizados H.

Recomendación 6 (Mejorar las prácticas de nombramiento de un Comité de Emergencias)

19. La política de la Secretaría respecto a los conflictos de intereses entre los expertos fue objeto de una revisión sustancial en julio de 2010, antes de que el Comité de Examen presentara sus conclusiones. A la luz de la experiencia adquirida en la aplicación de esa política revisada, se volverá a examinarla para ajustarla y perfeccionarla. Con miras a seguir fortaleciendo los procedimientos de nombramiento de los miembros de los futuros comités de emergencias, se elaboró un nuevo formulario de información personal que obliga a los expertos considerados para pasar a formar parte de la lista de Expertos del Reglamento Sanitario Internacional (2005) a revelar la información pertinente para que la Secretaría pueda hacer una primera evaluación de alto nivel de los posibles conflictos de intereses. Este requisito se aplicó a todos los candidatos barajados para su inclusión en la lista, así como a los ya incluidos en ella. Todos los formularios con esa información personal son examinados por la Secretaría, tras lo cual se adoptan las medidas de seguimiento oportunas. Cualquier información que apunte a un posible conflicto de intereses es incorporada a la base de datos de la lista. Es importante destacar que, antes de nombrar a un experto de la lista para cualquier Comité creado en virtud del Reglamento, se lleva a cabo además una evaluación más detallada del posible conflicto de intereses, teniendo en cuenta el mandato del Comité correspondiente.

20. La lista ha sido revisada a fin de ampliar el espectro de conocimientos técnicos entre los futuros miembros del Comité de Emergencias. Se han añadido once nuevos ámbitos de conocimiento, y varias de las categorías existentes han sido subdivididas a fin de lograr una mayor especificidad. Como resultado de ello, el número total de áreas de conocimiento ha aumentado de 53 en 2009 a 76 en 2012. Se ha procedido a actualizar la información sobre los coordinadores técnicos de la Secretaría para las diferentes categorías de conocimiento, y prosigue el nombramiento de expertos para los diversos ámbitos de especialización, nuevos o ya existentes. El equilibrio geográfico y la paridad entre los géneros son aspectos examinados sistemáticamente al considerar los expertos para cada categoría, lo que ha llevado a hacer nuevas propuestas de nombramiento en algunas categorías. Como consecuencia de ello, desde que el Comité de Examen formuló sus recomendaciones se ha presentado la candidatura de unos 200 nuevos expertos.

Recomendación 7 (Revisar las orientaciones sobre la preparación para una pandemia)

21. La Secretaría está revisando actualmente sus directrices para la preparación y respuesta ante una gripe pandémica. Las nuevas orientaciones estarán basadas en un enfoque multisectorial de gestión de riesgos para todos los peligros y comprenderán componentes genéricos cruciales ante cualquier emergencia de salud pública, sin dejar de reflejar los aspectos específicos de la gripe. Se ha elaborado un documento de debate sobre las fases de una pandemia de gripe, que se compartirá con los Estados Miembros y otras partes interesadas. Además, se dispone ya de otro documento como base para entablar un diálogo con las partes interesadas acerca de los componentes fundamentales de la gestión de riesgos en las emergencias sanitarias. Se ha creado ya un equipo de gestión multidisciplinario para supervisar el proyecto y garantizar que las orientaciones tengan en cuenta aspectos transversales, apliquen un enfoque pansocial y respondan realmente a las necesidades de los otros sectores aparte de la salud.

Recomendación 8 (Elaborar y aplicar medidas para evaluar la gravedad)

22. La determinación de la gravedad de una pandemia de gripe —requisito indispensable para hacer una evaluación global del riesgo de pandemia— es muy importante para la Secretaría y los Estados Miembros como parte de la planificación y respuesta ante la próxima pandemia. Reexaminando el criterio de la gravedad de la pandemia, la OMS ha considerado las enseñanzas extraídas durante la pandemia por (H1N1) 2009. A la hora de evaluar la gravedad de la pandemia a nivel mundial, la OMS se encontró con muchas dificultades, entre las cuales destacan principalmente cuatro: 1) du-

rante las primeras cuatro a seis semanas no se dispuso de datos fiables, ni siquiera de países con infraestructuras sanitarias bien desarrolladas, 2) no todos los países, y en particular los que tienen menos recursos, disponen de sistemas nacionales de vigilancia epidemiológica y de laboratorio de la gripe, 3) en el cálculo de las variables empleadas como indicador influyeron factores no relacionados con la enfermedad (por ejemplo, las tasas de hospitalización dependían mucho de los protocolos nacionales, lo que dificultó las comparaciones entre países), y 4) la información a difundir sobre la gravedad de la pandemia fue un aspecto muy delicado pues había que adaptar el mensaje a múltiples audiencias, como el público en general, los científicos y los planificadores de políticas. Se han elaborado nuevos criterios para evaluar la gravedad de la pandemia en el futuro, a fin de describir lo mejor posible el evento a partir de la información disponible, procedente a menudo de entornos dispares, y para proporcionar información que ayude a los países no afectados hasta el momento a responder a la pandemia cuando se produzca. El nuevo marco de evaluación de la gravedad, que incluye una serie de indicadores con una lista acordada de conjuntos de datos, se propondrá para someterlo a ensayo durante los brotes de gripe estacional en diversos entornos antes de darlo por terminado.

Recomendación 9 (Agilizar la gestión de los documentos de orientación)

23. El Comité de Examen de Directrices de la OMS establece las normas a seguir para elaborar los documentos de orientación, presta apoyo a los equipos técnicos para su desarrollo, garantiza la coherencia en toda la Organización y supervisa el proceso de autorización. Durante los últimos dos años se ha ampliado el número de miembros del Comité a fin de fortalecerlo, entre otras cosas mediante la participación directa de las oficinas regionales. Estos cambios han permitido revisar, actualizar y publicar el Manual de la OMS para la Elaboración de Directrices.[1] Con miras a potenciar el uso de la evidencia en los documentos de orientación de la OMS, la Cochrane Collaboration ha sido admitida para mantener relaciones oficiales con la OMS.[2] En lo que respecta a la difusión de productos de información en las emergencias de salud pública, en 2011 la Secretaría estableció un equipo especial, a cuyo frente puso a un director editorial médico de reconocida experiencia, para que agilizara la elaboración de productos de información de interés en el momento oportuno por los programas técnicos pertinentes. El equipo presta apoyo a esos programas en materia de planificación, edición y autorización de las publicaciones, y será un elemento fundamental de la participación de la Secretaría en las emergencias de salud pública.

Recomendación 10 (Formular y aplicar una política de comunicación estratégica para toda la Organización)

24. Se está elaborando la estrategia de comunicación de la Secretaría usando como base los resultados de la encuesta sobre percepción de los interesados directos realizada en 2012; a su debido tiempo este instrumento se beneficiará de las estrategias de comunicación regionales, que se encuentran en diversas fases de desarrollo. Hecho eso, se llevará a cabo un último examen de la estrategia mundial. Como parte de su desarrollo de procedimientos operativos normalizados para la comunicación en emergencias, la Secretaría ha llevado a cabo un análisis cualitativo, que comprende más de 30 entrevistas con expertos tanto de la Organización como de fuera de ella, a fin de identificar las lecciones aprendidas y determinar la manera de mejorar la comunicación en las futuras situaciones de emergencia. Se ha preparado ya un primer borrador de los procedimientos operativos normalizados. La Secretaría está colaborando con equipos técnicos para cerciorarse de que se ajusten a lo establecido en

[1] *WHO handbook for guideline development*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2012. Disponible en http://www.who.int/kms/guidelines_review_committee/en/ (consultado el 28 de noviembre de 2012).

[2] Resolución EB128.R16.

el Marco de Respuesta a las Emergencias. En este sentido, se ha creado una Red de Comunicación en Emergencias para precapacitar a expertos en la materia en todas las formas de comunicación que requieren las situaciones de emergencia, tanto en las oficinas de la OMS como sobre el terreno, cuando sea necesario. El desarrollo de estándares de marca que armonicen el contenido, la forma y el estilo de las comunicaciones en toda la Organización se inició con la encuesta de percepción de 2012 y será un proyecto prioritario durante el periodo 2013-2014. Respecto a la comunicación a través de la web, la Organización ha tomado medidas para cambiar sus procedimientos a fin de posibilitar un seguimiento más sistemático de las revisiones de las páginas web. Una novedad que se está implementando es que las páginas que ya no se actualicen y hayan sido archivadas aparezcan marcadas. Por último, en el ámbito de las redes sociales, la Secretaría ha puesto en marcha un equipo especial que actúa de forma proactiva en la primera línea del acopio y difusión de información y la gestión de la reputación.

Recomendación 11 (Fomentar acuerdos por adelantado en materia de distribución y entrega de vacunas)

25. En la resolución WHA64.5 se pedía a la Directora General, entre otras cosas, que aplicara el Marco de Preparación para una Gripe Pandémica[1] y que informara sobre los progresos realizados con carácter bienal. El primero de esos informes, que se presentará, por conducto del Consejo Ejecutivo en su 132.ª reunión,[2] a la 66.ª Asamblea Mundial de la Salud en 2013, contiene información sobre los acuerdos por adelantado en materia de distribución y entrega de vacunas.

Recomendación 12 (Establecer un cuerpo de reserva mundial más amplio de expertos en salud pública)

26. En el informe del Comité de Examen se reconocía que la Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos es el principal mecanismo de que dispone la Secretaría para ayudar a los Estados Miembros durante los eventos de salud pública, y que se está haciendo uso de ella para coordinar la respuesta internacional con instituciones técnicas. El Comité de Examen señaló además que la capacidad de la OMS para prepararse y responder de forma prolongada a cualquier emergencia de salud pública se ve muy limitada por la falta crónica de financiación que sufre. El Comité Directivo de la Red examinó las recomendaciones del Comité de Examen, junto con las conclusiones de una evaluación independiente del funcionamiento de la Red. Se establecieron grupos de trabajo para llevar a cabo las siguientes funciones: refuerzo de la capacidad de coordinación y respuesta a eventos y emergencias a gran escala; apoyo al liderazgo y la capacidad regional para responder a las peticiones de apoyo de los Estados Miembros en materia de preparación y respuesta ante brotes epidémicos; formulación de procedimientos para enfermedades y amenazas específicas; y apoyo a la preparación y formación relacionadas con la respuesta a brotes. La OMS ha organizado reuniones regionales, cursos de formación y talleres para reforzar la capacidad de respuesta regional y conseguir la participación de otros asociados e instituciones técnicas en la Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos. A fin de disponer de los expertos adecuados para evaluar los eventos de salud pública y responder a los mismos, se ha procedido a reforzar la comunicación y la coordinación entre la Red y las redes técnicas. Entre las redes en cuestión cabe citar los programas y redes de prácticas de formación en epidemiología, la Red Mundial de Prevención y Control de Infecciones, la Red OMS de Laboratorios sobre Agentes Patógenos Emergentes y Peligrosos, la red ePORTUGUÊSe, la Red Internacional de Autoridades en materia de Inocuidad de los Alimentos (INFOSAN) y el Centro FAO/OIE de Gestión de Crisis de Sanidad Animal. La OMS ha coordinado el apoyo y el despliegue internacio-

[1] Véase también la recomendación 14.

[2] Documento EB132/17.

nal de los asociados de la Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos, así como de expertos en respuesta a brotes epidémicos y emergencias importantes, en particular los brotes de fiebres hemorrágicas virales y los grandes brotes de cólera y dengue.

Recomendación 13 (Crear un fondo para contingencias relacionadas con emergencias de salud pública)

27. En respuesta a esta recomendación, la Secretaría ha tomado medidas para asignar fondos para contingencias ya existentes en la OMS a emergencias de salud pública, y ha procedido además a analizar las enseñanzas extraídas en materia de financiación. En enero de 2012 se presentó al Consejo Ejecutivo en su 130.ª reunión una propuesta basada en ese estudio[1] orientada a crear un fondo de contingencia que refuerce la respuesta de la Organización a los brotes epidémicos y garantice que los equipos de respuesta entren en funcionamiento rápidamente. Durante el debate al respecto, los miembros del Consejo se mostraron en general favorables a la idea de establecer un fondo para contingencias, y sugirieron que se estudiara la posibilidad de establecer una reserva para brotes en los futuros presupuestos por programas, empezando por el presupuesto por programas para 2014-2015.[2]

Recomendación 14 (Llegar a un acuerdo sobre el intercambio de virus y el acceso a las vacunas y otros beneficios)

28. En mayo de 2011, la Asamblea de la Salud adoptó la resolución WHA64.5, Preparación para una gripe pandémica: intercambio de virus gripales y acceso a las vacunas y otros beneficios. En dicha resolución, la Asamblea de la Salud adoptó el Marco de Preparación para una Gripe Pandémica.

Recomendación 15 (Emprender un programa integral de investigación y evaluación en torno a la gripe)

29. En noviembre de 2009, más de 90 investigadores, donantes y funcionarios de salud pública y políticas de 35 países aunaron fuerzas con la Secretaría para elaborar una agenda de investigación que permitiese rentabilizar los conocimientos adquiridos para mejorar la toma de decisiones de salud pública en el terreno de la prevención y el control de la gripe. Esta agenda de investigación gira en torno a las cinco necesidades de salud pública siguientes: 1) reducir el riesgo de aparición de una gripe pandémica, 2) limitar la propagación de la epidemia/pandemia, 3) reducir al mínimo el impacto de la gripe estacional y pandémica, 4) optimizar el tratamiento de los pacientes afectados por la gripe, y 5) promover la aplicación de los instrumentos modernos de salud pública. En noviembre de 2011 se llevó a cabo un examen de los progresos realizados para: *i*) recopilar los conocimientos y los progresos logrados desde el lanzamiento de la agenda, *ii*) interpretar y aplicar los conocimientos para mejorar la prevención y el control de la gripe, y *iii*) poner de relieve las lagunas que aún quedasen y revisar las recomendaciones en caso necesario. Veinte grupos académicos realizaron revisiones de la bibliografía centradas en una selección de las áreas de investigación más importantes de la agenda. Desde 2009 se han publicado más de 4000 artículos científicos, y algunas de las lagunas de investigación identificadas en la primera fase de la pandemia están a punto de corregirse.

[1] Véase el documento EB130/5 Add.6.

[2] Véanse las actas resumidas del Consejo Ejecutivo en su 130.ª reunión, séptima y novena sesiones.

SEGUIMIENTO DE LA APLICACIÓN DEL REGLAMENTO

30. En 2012 los Estados Partes han seguido suministrando información sobre la aplicación del Reglamento, usando para ello tanto el formato propuesto por la Secretaría para la presentación del informe anual de los Estados Partes como los instrumentos correspondientes basados en un marco de vigilancia elaborado por la Organización para controlar los requisitos de capacidad nacional establecidos en el anexo 1 del Reglamento. El proceso de presentación de informes anuales entraña la evaluación del desarrollo de ocho capacidades básicas, así como de las capacidades en los puntos de entrada y los medios para responder a cuatro tipos de riesgos importantes (zoonóticos, alimentarios, químicos y radiológicos). El cuestionario de autoevaluación de 2012, enviado a los Estados Partes entre marzo y noviembre de 2012, ha reportado hasta el momento 99 respuestas, lo que representa el 51% de los 195 Estados Partes. Cabe pensar que se recibirán más respuestas, que serán incluidas en el informe presentado a la 66.ª Asamblea Mundial de la Salud. Los datos muestran que los Estados Partes han hecho avances considerables en varias capacidades básicas, relacionadas en particular con la vigilancia (puntuación media global del 81%), la respuesta (78%) y los eventos zoonóticos (81%). En cambio, los Estados Partes informaron de capacidades relativamente bajas en lo concerniente a los recursos humanos (promedio mundial del 54%), los eventos químicos (53%) y los eventos radiológicos (53%). En el anexo de este documento se muestran, por regiones de la OMS, las puntuaciones de la capacidad de todos los Estados Partes que han presentado un cuestionario debidamente cumplimentado en 2012 antes de que se finalizara este informe.

31. Como se señala más adelante, el plazo inicial para establecer las capacidades nacionales básicas que garanticen la vigilancia de la salud pública y la respuesta en todo su territorio y la capacidad de salud pública en los puntos de entrada designados finalizaba el 15 junio de 2012 para la mayoría de los Estados Partes. Desde entonces, 106 Estados Partes han conseguido una prórroga de dos años. En este contexto, de conformidad con los párrafos pertinentes de la resolución WHA65.23, la Secretaría está elaborando un documento para proponer diferentes opciones de vigilancia de los progresos de las actividades orientadas a desarrollar las capacidades básicas de acuerdo con el Reglamento y a cumplir los requisitos de presentación de informes conexos durante el periodo 2013-2014. En el documento se tiene en cuenta el hecho de que la presentación de información puede variar dependiendo de si el Estado Parte ha conseguido o no una prórroga. El documento se compartirá con los Centros Nacionales de Enlace para el RSI con fines de información y aplicación. Las opciones de vigilancia y los requisitos de presentación de informes entrarán en vigor en 2013.

SOLICITUDES DE PRÓRROGA EN 2012

32. Los Estados Partes en el Reglamento Sanitario Internacional (2005) se han comprometido a desarrollar, reforzar y mantener varias capacidades funcionales descritas en el anexo 1 del Reglamento en un plazo de cinco años a partir de la fecha de entrada en vigor del Reglamento, que para la mayoría de los países fue el 15 de junio de 2007. Los Estados Partes que no pudieron ultimar esa tarea en el plazo señalado pueden beneficiarse de una prórroga de dos años, previa presentación a la OMS de una solicitud acompañada de un plan de aplicación. A fin de apoyar a los países que necesitan una prórroga, en septiembre de 2011 la Secretaría envió a todos los Estados Partes una carta para recordarles la fecha límite de junio de 2012 y proponer procedimientos con miras a facilitar la toma de decisiones sobre la presentación de cualquier solicitud posterior. En enero y mayo de 2012 se enviaron nuevos recordatorios. A 3 de diciembre de 2012, 107 Estados Partes habían obtenido prórrogas del plazo y otros 12 Estados Partes habían presentado solicitudes pero todavía no habían comunicado el plan de aplicación necesario. De los 75 Estados Partes que no habían solicitado una prórroga, 40 habían indicado categóricamente que no la necesitaban. La Secretaría está trabajando con los

35 Estados Partes restantes para asegurarse de que no pierdan la oportunidad de conseguir una prórroga por un simple descuido.

CRITERIOS PARA LA CONCESIÓN DE PRÓRROGAS EN 2014

33. Aunque los Estados Partes han sido los principales actores y decisores en el proceso de obtención de prórrogas en 2012, el Reglamento Sanitario Internacional (2005) otorga al Director General funciones muy concretas respecto a la concesión de nuevas prórrogas en 2014. Esas funciones incluyen la adopción de decisiones sobre la concesión de prórrogas en esa fecha y el recurso al asesoramiento del Comité de Examen creado en virtud del Reglamento. En la resolución WHA65.23 se pide a la Directora General, entre otras cosas, que «formule y publique los criterios que utilizará en 2014 (...) cuando tome decisiones acerca de la concesión de nuevas prórrogas», y es importante sin duda que los Estados Partes conozcan esos criterios y tengan la oportunidad de examinarlos con suficiente antelación antes de su aplicación en 2014.

34. Antes de proponer posibles criterios pertinentes y útiles, es necesario en primer lugar examinar los objetivos de las obligaciones estipuladas en el Reglamento Sanitario Internacional (2005) respecto a la capacidad y el cronograma correspondiente. La finalidad de esas disposiciones es garantizar una capacidad mínima de prevención y detección de diversos eventos de salud pública y responder a ellos en todos los países y territorios del mundo. El objetivo es no solo alcanzar la máxima cobertura poblacional posible, sino también garantizar que no haya lagunas importantes a nivel nacional, pues ello puede poner en peligro la seguridad sanitaria de todos los países del mundo. Esa interdependencia de los Estados Partes pone de relieve la necesidad tanto de mantener a todos los Estados Partes en el marco del Reglamento como de ofrecer apoyo e incentivos a los países que no puedan lograr los requisitos de capacidad dentro de los plazos previstos. Teniendo eso presente, los criterios elaborados no deben introducir obstáculos que dificulten la capacidad de los Estados Partes para obtener prórrogas; antes bien, deben justificar la prosecución de los esfuerzos desplegados por todos los Estados Partes y actores internacionales para centrar el apoyo en los países que tropiezan con más dificultades para cumplir los requisitos previstos en el Reglamento en relación con las capacidades básicas.

35. La Secretaría está llevando a cabo una consulta interna para identificar criterios adecuados que se puedan someter a la consideración del Consejo Ejecutivo en un addendum al presente informe.[1] Estos criterios facilitarán la identificación de los factores que hayan entorpecido el establecimiento de las capacidades hasta 2014, pero reconocerán también los esfuerzos desplegados de buena fe para aplicar el Reglamento y el compromiso de los países en pro de las actividades de aplicación mundiales y regionales.

36. La Secretaría tiene la intención de presentar los criterios definitivos a todos los Estados Partes en su informe a la 66.ª Asamblea Mundial de la Salud. Como parte de esa iniciativa, la Secretaría agradecería cualquier orientación que pueda ofrecer el Consejo Ejecutivo respecto a la naturaleza y el contenido de los criterios propuestos, así como sobre los procedimientos para su finalización y aplicación.

[1] Documento EB132/15 Add.1.

CONCLUSIÓN

37. El informe y las recomendaciones del Comité de Examen han contribuido de forma considerable a conformar la labor de la Secretaría por lo que se refiere tanto a la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005) como a los preparativos para futuras pandemias de gripe. Paralelamente a la continuada constatación del valor del Reglamento para los países y para la Secretaría a la hora de gestionar los eventos agudos de salud pública, como cuando se detectó recientemente un cuadro clínico asociado a un nuevo coronavirus, los procedimientos de concesión de prórrogas han hecho que se siguiera dispensando atención internacional a la creación de capacidad en los países. En un periodo de crisis económica mundial, en el que los rápidos progresos logrados se ven amenazados por limitaciones de los recursos técnicos, humanos y financieros, el Reglamento sigue siendo una pieza fundamental para concretar el compromiso de mantener y mejorar la seguridad sanitaria mundial.

INTERVENCIÓN DEL CONSEJO EJECUTIVO

38. Se invita al Consejo Ejecutivo a tomar nota del presente informe.

ANEXO

Cuadro. Reglamento Sanitario Internacional (2005): Seguimiento de la capacidad nacional. Puntuaciones de la capacidad de todos los Estados Partes que han respondido en 2012

Región – África

Estado Parte	Legislación	Coordinación	Vigilancia	Respuesta	Preparación	Comunicación de riesgos	Recursos humanos	Laboratorio	Puntos de entrada	Zoonosis	Inocuidad de los alimentos	Incidentes químicos	Incidentes radiológicos
Angola	Datos de 2012 aún no disponibles												
Argelia	Datos de 2012 aún no disponibles												
Benin	Datos de 2012 aún no disponibles												
Botswana	Datos de 2012 aún no disponibles												
Burkina Faso	100	53	60	58	30	43	20	76	9	56	27	8	8
Burundi	Datos de 2012 aún no disponibles												
Cabo Verde	Datos de 2012 aún no disponibles												
Camerún	100	26	75	63	60	86	100	90	29	100	47	15	15
Chad	Datos de 2012 aún no disponibles												
Comoras	Datos de 2012 aún no disponibles												
Congo	25	56	100	77	70	71	60	66	67	89	67	54	54
Côte d'Ivoire	Datos de 2012 aún no disponibles												
Eritrea	Datos de 2012 aún no disponibles												
Etiopía	100	83	85	58	100	86	100	100	36	100	73	69	69
Gabón	Datos de 2012 aún no disponibles												
Gambia	Datos de 2012 aún no disponibles												
Ghana	50	53	80	65	50	43	40	51	31	78	47	31	31
Guinea	Datos de 2012 aún no disponibles												

Estado Parte	Legislación	Coordinación	Vigilancia	Respuesta	Preparación	Comunicación de riesgos	Recursos humanos	Laboratorio	Puntos de entrada	Zoonosis	Inocuidad de los alimentos	Incidentes químicos	Incidentes radiológicos
Guinea-Bissau	Datos de 2012 aún no disponibles												
Guinea Ecuatorial	Datos de 2012 aún no disponibles												
Kenya	50	90	75	77	70	57	40	65	55	89	80	46	46
Lesotho	Datos de 2012 aún no disponibles												
Liberia	Datos de 2012 aún no disponibles												
Madagascar	Datos de 2012 aún no disponibles												
Malawi	Datos de 2012 aún no disponibles												
Malí	Datos de 2012 aún no disponibles												
Mauricio	Datos de 2012 aún no disponibles												
Mauritania	0	20	35	6	0	0	0	35	3	100	13	46	46
Mozambique	0	83	70	94	30	43	100	91	85	33	20	8	8
Namibia	Datos de 2012 aún no disponibles												
Níger	Datos de 2012 aún no disponibles												
Nigeria	Datos de 2012 aún no disponibles												
República Centroafricana	Datos de 2012 aún no disponibles												
República Democrática del Congo	Datos de 2012 aún no disponibles												
República Unida de Tanzanía	Datos de 2012 aún no disponibles												
Rwanda	Datos de 2012 aún no disponibles												
Santo Tomé y Príncipe	0	36	55	34	0	14	0	22	12	56	27	0	0
Senegal	0	53	70	35	30	0	0	66	39	22	40	31	31

Estado Parte	Legislación	Coordinación	Vigilancia	Respuesta	Preparación	Comunicación de riesgos	Recursos humanos	Laboratorio	Puntos de entrada	Zoonosis	Inocuidad de los alimentos	Incidentes químicos	Incidentes radiológicos
Seychelles	0	20	95	71	0	0	40	86	40	78	53	46	46
Sierra Leona	Datos de 2012 aún no disponibles												
Sudáfrica	75	73	50	94	80	100	40	90	33	100	60	92	92
Swazilandia	Datos de 2012 aún no disponibles												
Togo													
Uganda	25	70	75	58	60	71	40	86	0	67	53	8	8
Zambia	0	83	95	94	100	71	80	96	24	100	93	77	77
Zimbawe	Datos de 2012 aún no disponibles												
Total	**38**	**57**	**73**	**63**	**49**	**49**	**47**	**73**	**33**	**76**	**50**	**38**	**36**

Región – Las Américas

Estado Parte	Legislación	Coordinación	Vigilancia	Respuesta	Preparación	Comunicación de riesgos	Recursos humanos	Laboratorio	Puntos de entrada	Zoonosis	Inocuidad de los alimentos	Incidentes químicos	Incidentes radiológicos
Antigua y Barbuda	100	66	95	70	60	43	100	66	77	89	80	62	62
Argentina	50	73	80	83	100	86	100	73	n/a	67	60	69	69
Bahamas	Datos de 2012 aún no disponibles												
Barbados	50	40	95	66	40	86	80	96	97	100	93	54	54
Belice	25	36	85	76	10	71	40	77	58	78	67	8	8
Bolivia (Estado Plurinacional de)	Datos de 2012 aún no disponibles												
Brasil	Datos de 2012 aún no disponibles												
Canadá	100	83	100	100	100	100	100	100	94	100	100	100	100
Chile	Datos de 2012 aún no disponibles												

Estado Parte	Legislación	Coordinación	Vigilancia	Respuesta	Preparación	Comunicación de riesgos	Recursos humanos	Laboratorio	Puntos de entrada	Zoonosis	Inocuidad de los alimentos	Incidentes químicos	Incidentes radiológicos
Colombia	100	73	70	65	50	86	80	90	97	33	80	62	62
Costa Rica	Datos de 2012 aún no disponibles												
Cuba	Datos de 2012 aún no disponibles												
Dominica	Datos de 2012 aún no disponibles												
Ecuador	0	56	35	47	20	43	20	35	45	56	60	38	38
El Salvador	75	90	100	100	50	71	100	100	97	67	73	46	46
Estados Unidos de América	Datos de 2012 aún no disponibles												
Granada	50	83	90	52	0	57	0	41	64	100	67	23	23
Guatemala	75	66	85	76	20	86	100	91	38	89	47	62	62
Guyana	100	83	80	94	90	71	80	100	50	100	67	62	62
Haití	Datos de 2012 aún no disponibles												
Honduras	Datos de 2012 aún no disponibles												
Jamaica	50	73	100	100	90	86	0	90	91	100	93	54	54
México	Datos de 2012 aún no disponibles												
Nicaragua	Datos de 2012 aún no disponibles												
Panamá	Datos de 2012 aún no disponibles												
Paraguay	Datos de 2012 aún no disponibles												
Perú	Datos de 2012 aún no disponibles												
República Dominicana	Datos de 2012 aún no disponibles												
Saint Kitts y Nevis	Datos de 2012 aún no disponibles												
Santa Lucía	0	73	80	65	50	29	20	43	12	67	40	15	15

Estado Parte	Legislación	Coordinación	Vigilancia	Respuesta	Preparación	Comunicación de riesgos	Recursos humanos	Laboratorio	Puntos de entrada	Zoonosis	Inocuidad de los alimentos	Incidentes químicos	Incidentes radiológicos
San Vicente y las Granadinas	0	46	75	60	10	0	0	81	41	100	40	0	0
Suriname	Datos de 2012 aún no disponibles												
Trinidad y Tabago	50	56	80	76	50	71	0	77	74	89	87	46	46
Uruguay	Datos de 2012 aún no disponibles												
Venezuela (República Bolivariana de)	Datos de 2012 aún no disponibles												
Total	**55**	**66**	**83**	**75**	**49**	**66**	**55**	**77**	**67**	**82**	**70**	**47**	**32**

Argentina había presentado el informe usando el instrumento de MERCOSUR, y convirtió posteriormente los datos de las secciones pertinentes al formato propuesto por la OMS conforme al acuerdo alcanzado con el Grupo de Trabajo Técnico sobre Vigilancia y Respuesta de UNASUR.

Región – Asia Sudoriental

Estado Parte	Legislación	Coordinación	Vigilancia	Respuesta	Preparación	Comunicación de riesgos	Recursos humanos	Laboratorio	Puntos de entrada	Zoonosis	Inocuidad de los alimentos	Incidentes químicos	Incidentes radiológicos
Bangladesh	Datos de 2012 aún no disponibles												
Bhután	Datos de 2012 aún no disponibles												
India	Datos de 2012 aún no disponibles												
Indonesia	100	46	85	76	80	100	80	96	77	100	87	85	85
Maldivas	Datos de 2012 aún no disponibles												
Myanmar	75	90	100	100	100	100	100	70	91	100	100	38	38
Nepal	75	66	35	52	40	29	20	60	65	44	60	0	0
República Popular Democrática de Corea	25	46	70	65	60	71	40	65	21	78	60	15	15

Estado Parte	Legislación	Coordinación	Vigilancia	Respuesta	Preparación	Comunicación de riesgos	Recursos humanos	Laboratorio	Puntos de entrada	Zoonosis	Inocuidad de los alimentos	Incidentes químicos	Incidentes radiológicos
Sri Lanka	100	63	100	83	50	86	80	71	88	100	87	23	23
Tailandia	100	90	85	94	90	71	80	100	74	89	93	31	31
Timor-Leste	50	46	50	58	20	57	40	37	58	67	93	0	0
Total	**75**	**64**	**75**	**75**	**63**	**73**	**63**	**71**	**68**	**83**	**83**	**27**	**39**

Región – Europa

Estado Parte	Legislación	Coordinación	Vigilancia	Respuesta	Preparación	Comunicación de riesgos	Recursos humanos	Laboratorio	Puntos de entrada	Zoonosis	Inocuidad de los alimentos	Incidentes químicos	Incidentes radiológicos
Albania	Datos de 2012 aún no disponibles												
Alemania	100	100	100	94	80	100	100	100	27	100	100	100	100
Andorra	75	30	65	37	40	14	0	25	0	44	73	0	0
Armenia	75	90	85	94	100	86	80	75	97	100	87	92	92
Austria	75	90	95	100	100	100	80	91	91	100	100	92	92
Azerbaiyán	Datos de 2012 aún no disponibles												
Belarús	Datos de 2012 aún no disponibles												
Bélgica	100	80	65	72	50	100	60	91	70	89	100	92	92
Bosnia y Herzegovina	Datos de 2012 aún no disponibles												
Bulgaria	Datos de 2012 aún no disponibles												
Chipre	Datos de 2012 aún no disponibles												
Croacia	Datos de 2012 aún no disponibles												
Dinamarca	Datos de 2012 aún no disponibles												
Eslovaquia	100	100	100	89	90	100	40	86	9	89	100	77	77
Eslovenia	100	30	85	55	40	14	20	43	41	100	87	69	69
España	100	83	95	94	100	43	60	81	96	100	93	92	92
Estonia	Datos de 2012 aún no disponibles												

Estado Parte	Legislación	Coordinación	Vigilancia	Respuesta	Preparación	Comunicación de riesgos	Recursos humanos	Laboratorio	Puntos de entrada	Zoonosis	Inocuidad de los alimentos	Incidentes químicos	Incidentes radiológicos
Ex República Yugoslava de Macedonia	Datos de 2012 aún no disponibles												
Federación de Rusia	Datos de 2012 aún no disponibles												
Finlandia	100	100	100	100	80	100	80	96	97	100	100	100	100
Francia	100	63	95	94	80	86	60	96	22	78	93	92	92
Georgia	100	100	100	100	100	100	100	91	66	100	67	62	62
Grecia	Datos de 2012 aún no disponibles												
Hungría	100	50	80	65	60	71	60	91	92	100	93	92	92
Irlanda	Datos de 2012 aún no disponibles												
Islandia	100	100	75	83	100	71	20	77	74	100	100	54	54
Israel	Datos de 2012 aún no disponibles												
Italia	Datos de 2012 aún no disponibles												
Kazajstán	100	53	70	76	90	43	100	96	97	89	100	100	100
Kirguistán	Datos de 2012 aún no disponibles												
Letonia	100	66	80	94	100	71	20	96	59	100	100	92	92
Liechtenstein	Datos de 2012 aún no disponibles												
Lituania	100	83	85	55	70	100	20	87	94	100	100	100	100
Luxemburgo	Datos de 2012 aún no disponibles												
Malta	100	100	100	71	60	57	0	79	28	100	100	54	54
Mónaco	75	63	70	83	60	71	20	57	75	0	100	69	69
Montenegro	25	100	75	59	70	57	20	77	9	56	80	31	31
Noruega	100	100	95	100	100	100	40	100	97	100	100	85	85
Países Bajos	100	100	100	94	70	86	0	86	77	89	100	100	100
Polonia	Datos de 2012 aún no disponibles												
Portugal	Datos de 2012 aún no disponibles												

Estado Parte	Legislación	Coordinación	Vigilancia	Respuesta	Preparación	Comunicación de riesgos	Recursos humanos	Laboratorio	Puntos de entrada	Zoonosis	Inocuidad de los alimentos	Incidentes químicos	Incidentes radiológicos
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte	Datos facilitados en un formato que impidió que se incluyeran en el análisis												
República Checa	100	83	100	100	90	86	60	100	88	100	100	100	100
República de Moldova	100	83	95	88	40	57	20	66	85	89	67	69	69
Rumania	Datos de 2012 aún no disponibles												
San Marino	Datos de 2012 aún no disponibles												
Santa Sede	Datos de 2012 aún no disponibles												
Serbia	Datos de 2012 aún no disponibles												
Suecia	100	100	95	100	100	100	80	100	88	100	100	100	100
Suiza	100	100	90	100	100	86	20	100	22	100	93	100	100
Tayikistán	100	90	95	83	90	100	20	34	5	100	80	77	77
Turkmenistán	Datos de 2012 aún no disponibles												
Turquía	75	100	65	94	70	57	100	100	62	89	80	69	69
Ucrania	Datos de 2012 aún no disponibles												
Uzbekistán	Datos de 2012 aún no disponibles												
Total	**93**	**83**	**87**	**84**	**79**	**76**	**47**	**82**	**62**	**89**	**92**	**80**	**85**

Región – Mediterráneo Oriental

Estado Parte	Legislación	Coordinación	Vigilancia	Respuesta	Preparación	Comunicación de riesgos	Recursos humanos	Laboratorio	Puntos de entrada	Zoonosis	Inocuidad de los alimentos	Incidentes químicos	Incidentes radiológicos
Afganistán	0	36	80	47	0	43	20	26	3	56	13	0	0
Arabia Saudita	Datos de 2012 aún no disponibles												
Bahrein	100	100	100	94	70	86	20	86	100	78	93	85	85
Djibouti	50	36	45	52	0	57	60	29	50	56	67	8	8
Egipto	75	83	90	94	80	86	80	86	100	89	73	77	77
Emiratos Árabes Unidos	Datos de 2012 aún no disponibles												
Irán (República Islámica del)	100	90	100	94	80	86	100	100	91	100	100	77	77
Iraq	Datos de 2012 aún no disponibles												
Jordania	Datos de 2012 aún no disponibles												
Kuwait	100	100	65	94	90	100	60	100	89	100	80	0	0
Líbano	Datos de 2012 aún no disponibles												
Libia	Datos de 2012 aún no disponibles												
Marruecos	100	100	95	100	100	100	100	86	83	100	100	38	38
Omán	Datos de 2012 aún no disponibles												
Pakistán	Datos de 2012 aún no disponibles												
Qatar	Datos de 2012 aún no disponibles												
República Árabe Siria	50	53	70	58	20	29	60	96	42	67	87	46	46
Somalia	Datos de 2012 aún no disponibles												
Sudán	0	56	85	64	60	14	40	49	18	100	7	15	15
Túnez	75	100	85	48	40	43	80	49	60	89	73	31	31
Yemen	Datos de 2012 aún no disponibles												
Total	**65**	**75**	**82**	**74**	**54**	**64**	**62**	**71**	**64**	**84**	**69**	**38**	**51**

Región – Pacífico Occidental

Estado Parte	Legislación	Coordinación	Vigilancia	Respuesta	Preparación	Comunicación de riesgos	Recursos humanos	Laboratorio	Puntos de entrada	Zoonosis	Inocuidad de los alimentos	Incidentes químicos	Incidentes radiológicos
Australia	100	100	95	94	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Brunei Darussalam	50	63	90	94	70	57	60	71	81	100	93	15	15
Camboya	50	56	95	65	20	43	40	57	72	89	40	15	15
China	100	100	100	94	100	100	100	87	24	44	93	77	77
Fiji	75	36	50	94	40	0	20	86	46	0	60	54	54
Filipinas	25	100	100	100	100	86	100	57	31	33	47	100	100
Islas Salomón	Datos de 2012 aún no disponibles												
Islas Cook	100	90	100	100	100	100	60	96	100	100	100	77	77
Islas Marshall	75	60	75	94	90	86	40	37	12	0	20	0	0
Japón	100	100	100	87	100	100	100	100	94	100	100	100	100
Kiribati	100	100	100	100	100	100	0	56	24	89	80	0	0
Malasia	100	100	100	100	100	100	100	100	97	100	100	100	100
Micronesia (Estados Federados de)	100	83	75	83	80	100	20	73	91	56	87	38	38
Mongolia	100	100	55	76	50	71	40	73	97	100	33	46	46
Nauru	Datos de 2012 aún no disponibles												
Niue	25	20	55	71	40	57	0	67	72	67	53	8	8
Nueva Zelandia	100	90	100	100	100	100	100	86	97	100	100	85	85
Palau	100	70	100	100	90	100	80	96	80	100	100	100	100
Papua Nueva Guinea	0	73	80	76	50	86	40	66	41	44	47	0	0
República de Corea	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Estado Parte	Legislación	Coordinación	Vigilancia	Respuesta	Preparación	Comunicación de riesgos	Recursos humanos	Laboratorio	Puntos de entrada	Zoonosis	Inocuidad de los alimentos	Incidentes químicos	Incidentes radiológicos
República Democrática Popular Lao	50	36	75	40	10	14	60	31	0	44	40	0	0
Samoa	75	90	70	70	80	86	40	56	60	67	53	0	0
Singapur	100	100	100	100	100	100	100	100	97	100	100	100	100
Tonga	100	100	65	77	10	71	80	25	18	100	40	8	8
Tuvalu	100	100	100	100	100	100	60	100	100	78	100	85	85
Vanuatu	0	0	30	37	0	0	0	49	0	0	27	0	0
Viet Nam	50	46	60	94	70	14	60	56	84	100	87	46	46
Total	**75**	**77**	**83**	**86**	**72**	**75**	**60**	**73**	**65**	**72**	**72**	**50**	**46**
Total mundial	**70**	**72**	**81**	**78**	**64**	**68**	**54**	**75**	**60**	**81**	**74**	**53**	**53**

= = =