

BASES PARA EL SEGUIMIENTO DEL MONTAJE
DE LAS CAPACIDADES BÁSICAS DEL RSI :

Lista de verificación e indicadores
para dar seguimiento a los
progresos del montaje de las
capacidades básicas del RSI en los
Estados Partes

BASES PARA EL SEGUIMIENTO DEL MONTAJE
DE LAS CAPACIDADES BÁSICAS DEL RSI :

Lista de verificación e indicadores
para dar seguimiento a los
progresos del montaje de las
capacidades básicas del RSI en los
Estados Partes

© World Health Organization 2010

Se reservan todos los derechos.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Organización Mundial de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo. La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Mundial de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula. La Organización Mundial de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Mundial de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

AGRADECIMIENTOS

La elaboración de este documento fue coordinada por la Dra. Stella Chungong, Coordinadora Técnica del Equipo de Seguimiento de las Capacidades Nacionales, OMS, Ginebra.

INTEGRANTES DEL GRUPO DE TRABAJO SOBRE VIGILANCIA EN LA SEDE DE LA OMS

Dra. Stella Chungong, Dr. Rajesh Sreedharan, Dr. Jun Xing, Dr. Bernardus Ganter, Dr. Max Hardiman, Mr. Bruce Plotkin, Sra. Riikka Koskenmaki, Dr. Daniel Menucci, Sra. Anouk Berger, Dr. Sebastien Cognat, Sr. John Rainford, Sra. Asiya Odugleh-Kolev, Dr. Dominique Legros, Dra. Angela Merianos, Dra. May Chu, Dra. Veronique Thouvenot, Sra. Kathy O'Neill, Dr. Jonathan Abrahams, Dra. Heather Papowitz, Dr. Kersten Gutschmidt, Dr. Zhanat Carr, Sra. Jennifer Bishop, Dra. Celine Gossner, Dra. Bernadette Abela, Dra. Andrea Ellis, Sr. Dominique Metais, Dr. Guénaël Rodier.

OFICINAS REGIONALES DE LA OMS

Oficina Regional de la OMS para África: Dr. Florimond Tshioko, Dr. Adamou Yada, Dr. Wondimagegnehu Alemu, Dr. Louis Ouedraogo, Dr. Fernando Da Silveira, Dr. Ali Yahaya, Dr. Peter Gaturuku.
Oficina Regional de la OMS para las Américas: Dr. Marlo Libel, Dra. Carmen Heras.
Oficina Regional de la OMS para Asia Sudoriental: Dra. Suzanne Westman, Dr. Ayana Yeneabat, Dr. Augusto Pinto.
Oficina Regional de la OMS para Europa: Dra. Roberta Andragetti, Dr. Kivi Marten.
Oficina Regional de la OMS Mediterráneo Oriental: Dr. Hassan El Bushra, Dr. Martin Opoka, Dr. Manmur Malik, Dr. John Jabbour.
Oficina Regional para el Pacífico Occidental: Dr. Kasai Takeshi, Dr. Ailan Li, Sra. Amy Cawthorne.

OTRAS ORGANIZACIONES

Centros para el Control y la Prevención de las Enfermedades, Atlanta: Dr. Mike St Louis, Dr. Ramesh Krishnamurthy McNabb, Dr. Tadesse Wuhib, Dra. Helen Perry, Dr. Robert Pinner, Dr. Ray Arthur, Dr. Goldie MacDonald.
Centro Nacional de Epidemiología y Salud de la Población, Universidad Nacional de Australia: Dr. Mahomed Patel.
Escuela de Salud Pública y Ciencias de la Salud, Universidad de Massachusetts: Sra. Martha Anker.
Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades, Dr. Denis Coulombier.
Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas del Japón: Dr. Kiyosu Taniguchi.
Instituto de Vigilancia Sanitaria, Francia: Dr. Mark Gastellu-Etchegorry.
Red de Epidemiología de Campo de África: Dra. Monica Musenero.

PARTICIPANTES DE LA REUNIÓN DEL GRUPO DE ESPECIALISTAS AMPLIADO

Se reconoce y agradece la contribución de los especialistas que participaron en numerosas consultas; de los Estados Miembros de la OMS (Brasil, Canadá, Francia, Georgia, Japón, Kenia, el Líbano, las Filipinas, la República Democrática del Congo, Tailandia, Uganda, Yemen y los Estados Unidos de América); las oficinas regionales, y organizaciones asociadas.

ESTADOS MIEMBROS

La Organización Mundial de la Salud (OMS) agradece a los siguientes Estados Miembros por haber realizado pruebas de campo de este documento: Bahréin, Camboya, Canadá, China, Egipto, Ghana, India, la República Democrática Popular de Laos, Nepal, Suiza y Uganda. .

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS

| | |
|--|----|
| ÍNDICE..... | 7 |
| ABREVIATURAS..... | 9 |
| GLOSARIO | 10 |
| 1 Introducción | 18 |
| 1.1 Antecedentes del Reglamento Sanitario Internacional (2005)..... | 18 |
| 1.2 Propósito y alcance | 18 |
| 1.3 Procedimiento utilizado para elaborar la estructura de seguimiento..... | 19 |
| 1.4 Destinatarios de este documento | 19 |
| 2. Objetivos del seguimiento de la instauración y fortalecimiento de las capacidades básicas del RSI | 20 |
| 3. Estructura conceptual para dar seguimiento al fortalecimiento de las capacidades básicas del RSI..... | 20 |
| 4. Organización de la lista de verificación | 22 |
| 5. Temas objeto de seguimiento | 24 |
| 6. Definición de grados de capacidad en la estructura de seguimiento | 27 |
| 7. Análisis de datos e interpretación de los resultados | 28 |
| 7.1 Análisis de los datos..... | 28 |
| 7.2 Interpretación de los resultados..... | 31 |
| 7.3 Informes de los Estados Partes..... | 32 |
| 8. Productos | 32 |
| 8.1 Productos de información..... | 32 |
| 8.2 Disponibilidad de la información..... | 33 |
| 9. Manejo de la información a nivel nacional y mundial | 33 |
| 10. Manejo de la información a nivel mundial | 34 |
| 11. Procedimiento nacional para obtener los datos sobre los indicadores..... | 35 |
| 12. Indicadores para la Asamblea de la Salud | 36 |
| 13. Apéndices..... | 37 |

| | |
|---|----|
| Apéndice 13.1: Lista de verificación recomendada para dar seguimiento al procedimiento de instauración de las capacidades básicas del RSI..... | 37 |
| Apéndice 13.2: Conceptos aplicados para elaborar la lista de verificación para el seguimiento del montaje de las capacidades básicas del RSI..... | 74 |
| Apéndice 13.3. Modelos de formularios de recopilación de información..... | 77 |
| Apéndice 13.4 Ejemplo del panorama del estado de aplicación de las capacidades básicas del RSI | 78 |
| Apéndice 13.5: Ejemplo de esquema de taller de seguimiento de las capacidades básicas del RSI | 79 |
| Apéndice 13.6: Ejemplo de matriz de análisis de deficiencias..... | 82 |
| Apéndice 13.7: Lista completa de indicadores (28)..... | 83 |
| Apéndice 13.8: Criterios aplicados en la selección de los indicadores para notificar a la Asamblea de la Salud (obligatorios)..... | 85 |

ABREVIATURAS

| | |
|---------|---|
| CNE | Centro Nacional de Enlace |
| ERR | Equipos de respuesta rápida |
| FODA | Fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas, análisis de |
| ICAO | Organización Internacional de Aviación Civil |
| INFOSAN | Red Internacional de Autoridades en Materia de Inocuidad de los Alimentos |
| OMS | Organización Mundial de la Salud |
| ONG | Organización no gubernamental |
| ONU | Naciones Unidas |
| OPS | Organización Panamericana de la Salud/Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas |
| PCI | Prevención y control de infecciones |
| RSI | Reglamento Sanitario Internacional (2005) |

GLOSARIO

Las expresiones definidas en este glosario se refieren exclusivamente a su uso en el contexto de esta lista de verificación y pueden diferir de las definiciones que se encuentren en otros documentos.

| | |
|---------------------------|--|
| afectado | personas, equipajes, cargas, contenedores, medios de transporte, mercancías, paquetes postales o restos humanos que están infectados o contaminados, o que son portadores de fuentes de infección o contaminación, de modo tal que constituyen un riesgo para la salud pública. |
| aislamiento | separación de los demás de personas enfermas o contaminadas o de equipajes, contenedores, medios de transporte, mercancías o paquetes postales afectados, con objeto de prevenir la propagación de una infección o contaminación o ambas. |
| atributo | conjunto de elementos o características que reflejan el grado de desempeño o cumplimiento de un indicador específico. |
| autoridad competente | autoridad responsable de la puesta en práctica y la aplicación de medidas sanitarias con arreglo al RSI (2005). |
| bioseguridad | el mantenimiento de condiciones seguras durante la investigación biológica para prevenir daños a los trabajadores, organismos que no son parte de la investigación y el ambiente. |
| brote | epidemia que representa un aumento localizado de la incidencia de una enfermedad, por ejemplo, en un pueblo, ciudad o institución cerrada. (Adaptado de Last JM, ed. <i>A Dictionary of Epidemiology</i> , 2001). |
| capacidad básica | Capacidad esencial de salud pública con que los Estados Partes deben contar en todo su territorio para 2012, en función de los requisitos de los Artículos 5 y 12, y el Anexo 1A del RSI (2005). En este documento se definen 12 capacidades básicas. |
| Centro Nacional de Enlace | centro nacional designado por cada Estado Parte, con el que se podrá establecer contacto en todo momento para recibir las comunicaciones de los Puntos de Contacto de la OMS para el RSI previstos en RSI (2005). |
| componente | un subconjunto de elementos de una capacidad básica (véase más adelante). Un conjunto de indicadores contribuye a un componente y, a su vez, un grupo de componentes mide el avance hacia la consecución de una capacidad básica. Se estima que se cuenta con la capacidad básica cuando se han logrado todos sus componentes. |
| Comunicación de riesgos | a efectos de las emergencias de salud pública, la comunicación de riesgo incluye una serie de capacidades de comunicación que se necesitan para las fases de preparación, respuesta y recuperación de un evento de salud pública grave, con el fin de estimular la toma de decisiones con base en información y los cambios de comportamiento positivos y de mantener la confianza (informe del grupo de trabajo sobre comunicaciones de la OMS, marzo de 2009). |

| | |
|------------------------|--|
| conglomerado | conjunto de casos de eventos o enfermedades relativamente poco comunes en relación con el tiempo o el lugar, observados en un número que se cree o percibe que es más alto de lo que podría resultar simplemente por azar (adaptado de <i>Last JM, ed. A Dictionnary of Epidemiology, 2001</i>). |
| contaminación | la presencia de cualquier agente o material infeccioso o tóxico en la superficie corporal de una persona o animal, en un producto preparado para el consumo o en otros objetos inanimados, incluidos los medios de transporte, que puede constituir un riesgo de salud pública (RSI (2005)). |
| control de infecciones | medidas que toma el personal de atención de la salud en entornos de atención de la salud para limitar la introducción, transmisión y adquisición de agentes infecciosos en esos entornos (por ejemplo, lavado de manos correcto, prácticas laborales puntillosas y uso de equipo de protección personal, como máscaras respiradores particulados, guantes, batas y protección ocular. Las medidas de control de infecciones dependen de la forma de transmisión del agente infecciosos e incluyen precauciones de contacto, gotitas y aerosoles). |
| cuarentena | restricción de las actividades y/o la separación de los demás de personas que no están enfermas, pero respecto de las cuales se tienen sospechas, o de equipajes, contenedores, medios de transporte o mercancías sospechosos, de forma tal que se prevenga la posible propagación de la infección o contaminación (RSI (2005)). |
| definición de caso | conjunto de criterios diagnósticos que debe satisfacer un individuo para ser clasificado como caso de una enfermedad en particular a efectos de la vigilancia y la investigación de brotes. Las definiciones de caso pueden fundamentarse en criterios clínicos, de laboratorio o una combinación de ambos, además de los componentes de tiempo, lugar y persona. Las definiciones de caso de las cuatro enfermedades que los Estados Partes de la Organización Mundial de la Salud deben notificar en cualquier circunstancia están publicados en el sitio web de la OMS bajo Reglamento Sanitario Internacional (RSI) 2005, Anexo 2. |
| descontaminación | procedimiento mediante el cual se adoptan medidas sanitarias para eliminar cualquier agente o material infeccioso o tóxico presentes en la superficie corporal de una persona o animal, en un producto preparado para el consumo o en otros objetos inanimados, incluidos los medios de transporte, que pueda constituir un riesgo para la salud pública |
| desinfección | procedimiento que elimina todos los microorganismos patógenos, con la excepción de esporas bacterianas, de los objetos inanimados con el fin de reducir al mínimo el riesgo de infección (<i>Infection prevention and control of epidemic- and pandemic-prone acute respiratory diseases in health care</i>); |
| desinsectación | procedimiento mediante el cual se toman medidas para controlar o matar insectos vectores de enfermedades humanas presentes en equipajes, cargas, contenedores, medios de transporte, mercancías o paquetes postales (RSI (2005)). |

| | |
|--|--|
| desratización | procedimiento mediante el cual se adoptan medidas sanitarias para controlar o matar los roedores vectores de enfermedades humanas presentes en los equipajes, cargas, contenedores, medios de transporte, instalaciones, mercancías o paquetes postales en el punto de entrada |
| Emergencia de salud pública de importancia internacional | evento extraordinario que, de conformidad con el presente Reglamento, se ha determinado que: <i>i)</i> constituye un riesgo para la salud pública de otros Estados a causa de la propagación internacional de una enfermedad, y <i>ii)</i> podría exigir una respuesta internacional coordinada. Véase la definición de “riesgo para la salud pública” (RSI (2005)). |
| enfermedad de notificación obligatoria | enfermedad que, sujeta a requisitos estatutarios o legales, una vez diagnosticada debe notificarse a las autoridades de salud pública u otra autoridad competente de la jurisdicción pertinente (adaptado de Last JM, ed. <i>A Dictionary of Epidemiology</i> , 2000). |
| enfermedad transmisible o infecciosa | enfermedad que se debe a un agente infeccioso específico o a sus productos tóxicos, que surge por la transmisión de ese agente o producto de una persona, animal o reservorio a un huésped susceptible, ya sea directa o indirectamente a través de un huésped vegetal o animal intermediario, vector o de un medio inanimado (Last JM, ed. <i>A Dictionary of Epidemiology</i> , 2001). |
| enfermedades prioritarias | enfermedades de importancia para un país para las que hay un conjunto de criterios que las identifican. |
| equipo de protección personal | ropa y equipo especial diseñado para crear una barrera contra riesgos sanitarios y de seguridad, por ejemplo, protección ocular (tales como anteojos o máscaras faciales), guantes, máscaras quirúrgicas y respiradores particulados. |
| Estados Miembros (OMS) | los 193 Estados Miembros actuales de la OMS, según el Capítulo III de la Constitución de la OMS y que se encuentran listados en el sitio http://www.who.int/ihr/ y cualquier otro Estado que en el futuro pueda convertirse en Estado Miembro de la OMS, de acuerdo con la Constitución. |
| Estados Parte | los Estados Partes del RSI (2005), es decir, los 193 Estados Miembros de la OMS, más la Santa Sede, que actualmente se mencionan en www.who.int/ihr/ y cualquier otro Estado que en el futuro pueda acceder al RSI (2005), según lo estipulado en el Reglamento y la Constitución de la OMS. |
| evaluación | proceso que tiene por objeto determinar lo más sistemática y objetivamente posible la pertinencia, efectividad e impacto de las actividades con respecto a sus objetivos. Puede incluir la evaluación de estructuras, procesos y resultados. (Adaptado de Last JM, ed. <i>A Dictionary of Epidemiology</i> , 2000 2001?). |
| evaluación de riesgos | estimación cualitativa o cuantitativa de la probabilidad de que la exposición a riesgos sanitarios especificados o la ausencia de influencias positivas puedan tener como resultado efectos adversos (adaptado de Last JM, ed. <i>A Dictionary of Epidemiology</i> , 2001). |
| evento | Manifestación de una enfermedad o un suceso potencialmente patógeno como resultado de acontecimientos infecciosos o relacionados con zoonosis, inocuidad de los alimentos, eventos químicos, radiactivos, de origen nuclear u |

| | |
|--------------------|--|
| | otros. |
| evento urgente | la manifestación de una enfermedad o incidente con potencial de generar enfermedades que podrían tener repercusiones de salud pública graves o ser de naturaleza inusual o imprevista, y que tienen potencial de propagarse. Nota: la expresión <i>urgente</i> se ha usado también en combinación con otras palabras, por ejemplo, evento infeccioso o químico, con el fin de transmitir simultáneamente la naturaleza y las características del evento que los clasifica como <i>urgentes</i> (por ejemplo, repercusiones de salud pública grave o naturaleza imprevista con alto potencial de propagación). |
| grado de capacidad | muestra el avance del Estado Parte en la consecución de un determinado indicador, componente y capacidad básica. |
| incidencia | el número de episodios de enfermedad que comienzan o de personas que se enferman durante un período dado en una población específica (Prevalence and Incidence. <i>WHO Bulletin</i> , 1966, 35: 783 – 784). |
| indicador | variable que se puede medir repetidamente (de manera directa o indirecta) a lo largo del tiempo para mostrar cambio en un sistema. Un indicador puede ser cuantitativo y cualitativo, y permite medir objetivamente la marcha de un programa o evento. Las medidas cuantitativas deben interpretarse en un contexto más amplio y conjuntamente con otras fuentes de información (por ejemplo, informes de supervisión y estudios especiales) y deben complementarse con información cualitativa. |
| infección | la entrada y desarrollo o multiplicación de un agente infeccioso en el cuerpo de una persona o animal que puede constituir un riesgo para la salud pública (RSI (2005)). |
| legislación | variedad de instrumentos legales, administrativos o gubernamentales de los que pueden disponer los Estados Partes para aplicar el RSI. Esto incluye instrumentos jurídicamente vinculantes, por ejemplo, constituciones estatales, leyes, actos, decretos, órdenes, reglamentos y ordenanzas; los instrumentos legalmente no vinculantes, por ejemplo, pautas, normas, reglas de operación, procedimientos o reglamentos administrativos, y otros tipos de instrumentos, por ejemplo, los protocolos, resoluciones y convenios intersectoriales o interministeriales. Esto abarca legislación de todos los sectores, por ejemplo, salud, agricultura, transporte, medioambiente, puertos y aeropuertos, y en todos los niveles gubernamentales aplicables, por ejemplo, nacional, intermedio y comunidad/primario. |
| medida sanitaria | todo procedimiento aplicado para prevenir la propagación de enfermedades o contaminación; una medida sanitaria no comprende medidas de policía ni de seguridad del Estado (RSI (2005)). |
| mercancías | productos tangibles, incluso animales y plantas, transportados en un viaje internacional, incluidos los destinados al uso a bordo de un medio de transporte (RSI (2005)). |

| | |
|--|--|
| Monitoreo | Procedimiento por medio del cual se observa corrientemente la marcha de las actividades, con el fin de asegurar que la entrega de los insumos, los horarios de trabajo, los productos y otras acciones necesarias proceden de acuerdo con lo planeado. El desempeño intermitente y el análisis de mediciones corrientes, con el fin de detectar cambios en el ambiente y en el estado de salud de la población (adaptado de Last JM, ed. <i>A Dictionary of Epidemiology</i> , 2000). Con respecto a la vigilancia y la respuesta, monitoreo se refiere al rastreo normal y continuo de la marcha de las actividades planeadas y del desempeño global del sistema de vigilancia y respuesta. Permite seguir el avance de las actividades planeadas; asegurar que se obtienen puntualmente las metas programadas; detectar problemas que requieran medidas correctivas dentro del sistema; proporcionar la base para ajustar la distribución de recursos según las necesidades y prioridades en curso, y asegurar la responsabilidad y rendición de cuentas en relación con actividades determinadas. |
| notificación | en el contexto del RSI, notificación es la comunicación oficial de una enfermedad o evento sanitario a la OMS por la entidad gubernamental a cargo de la salud en el Estado Miembro. |
| notificación nula | la notificación de casos nula o cero cuando una unidad de notificación no haya detectado casos de una enfermedad en particular. Esto permite al nivel siguiente del sistema de notificación estar seguro de que el dato informado tiene un valor de cero y que no corresponde a una omisión. |
| paso fronterizo terrestre | punto de entrada terrestre a un Estado Parte, inclusive los utilizados por vehículos de carretera y trenes (RSI (2005)). |
| peligro sanitario | factor o exposición que puede repercutir negativamente en la salud de un grupo de población humana. Los peligros sanitarios pueden ser de origen biológico (infecciones, zoonosis, inocuidad de los alimentos y otros), químico, radiactivo o nuclear. |
| personal capacitado (formado) | individuos que han obtenido las credenciales educativas necesarias o han recibido instrucción adecuada sobre la forma de hacer frente a una tarea o situación específica. |
| plan de trabajo | plan de actividades elaborado para realizar cada una de las funciones principales relacionadas con la creación de las capacidades básicas, por ejemplo, plan de capacitación, monitoreo, evaluación, supervisiones, fortalecimiento del laboratorio, etc. |
| programa nacional de prevención y control de infecciones (PCI) | conjunto de políticas, objetivos, estrategias, estructura, marco jurídico y técnico y el seguimiento de la infección nosocomial (<i>Componentes básicos para los programas de prevención y control de infecciones</i> . WHO/HSE/EPR/2009.1) |
| publicado | a efectos de este documento, se refiere a material de dominio público sobre el cual se proporciona enlace de URL o referencia. |
| puerto | un puerto marítimo o un puerto situado en una masa de agua interior al que llegan o del que salen embarcaciones que efectúan un viaje internacional (RSI (2005)). |

| | |
|---|---|
| punto de contacto de la OMS para el RSI | la unidad de la OMS con la que se podrá establecer contacto en cualquier momento para la comunicación con los Centros Nacionales de Enlace para el RSI. Los puntos de contacto de la OMS para el RSI están localizados en las oficinas regionales de las seis regiones de la OMS. |
| punto de entrada | paso para la entrada o salida internacionales de viajeros, equipajes, cargas, contenedores, medios de transporte, mercancías y paquetes postales, así como los organismos y áreas que presten servicios para dicha entrada o salida (RSI (2005)). |
| rectoría | la OMS destaca la rectoría sanitaria como un nuevo concepto que abarca el establecimiento y la aplicación de las reglas del juego y la entrega de dirección estratégica para todas las partes involucradas. El concepto se generó y definió como la gestión cuidadosa y responsable del bienestar de la población, la esencia efectiva del buen gobierno. Abarca tareas, como generar información; formular la dirección político-estratégica; garantizar la disponibilidad de instrumentos para la implementación, como poderes, incentivos y sanciones; construir coaliciones y asociaciones; asegurar que los objetivos de las políticas calcen con la estructura y cultura de la organización, y garantizar la rendición de cuentas (Informe de la OMS, WHR2000). |
| reservorio | cualquier animal, planta o sustancia en la que vive normalmente un agente infeccioso y cuya presencia puede constituir un riesgo para la salud pública (IHR(2005)). |
| retiro del mercado | retirar de la venta o el uso un producto (o para corregirlo); es el procedimiento de retirar el producto afectado del mercado abarcando todas las fases del sistema de distribución de ese producto. |
| retroalimentación | la difusión periódica de datos de la vigilancia analizados e interpretados a todas las partes del sistema de vigilancia para garantizar que todos los integrantes del sistema están informados de las tendencias y el desempeño. |
| riesgo | situación en la que existe la probabilidad de que el uso de un producto contaminado o la exposición a él genere consecuencias adversas para la salud o la muerte. |
| riesgo para la salud pública | la probabilidad de que se produzca un evento que puede afectar adversamente a la salud de las poblaciones humanas, considerando en particular la posibilidad de que se propague internacionalmente o pueda suponer un peligro grave y directo (RSI (2005)). |
| salud pública | La ciencia y el arte de prevenir enfermedades, prolongar la vida y promover la salud mediante el esfuerzo organizado de la sociedad. Consiste en una combinación de ciencias, destrezas y creencias que tiene por objeto mantener y mejorar la salud de todas las personas mediante la acción colectiva o social. Su finalidad es reducir la cantidad de enfermedad, las muertes prematuras y el malestar y discapacidad producidas por la enfermedad entre la población (resumido de Last JM, ed. <i>A Dictionary of Epidemiology</i> , 2001). |
| sistema de alerta temprana | en la vigilancia de enfermedades, un procedimiento específico para detectar lo |

| | |
|------------------------------------|---|
| | antes posible cualquier acontecimiento anormal o desviación de la frecuencia habitual observada (por ejemplo, un caso de fiebre de Ebola). Un sistema de alerta temprana solo sirve si está conectado con mecanismos que permitan una respuesta temprana. (Adaptado de Last JM, <i>A Dictionary of Epidemiology</i> , 2001). |
| sistema de información geográfica | conjunto organizado de equipo y programas de computación, información geográfica y personal dedicado a la captura, almacenamiento, actualización, manipulación y presentación eficientes de información y su relación geográfica. Principalmente y sobre todo se trata de un sistema con una variable geográfica que permite a los usuarios procesar, visualizar y analizar rápidamente datos o información con relación a un territorio. Se puede usar para elaborar modelos de tendencias temporales y territoriales. La formación de imágenes y teledetección vía satélite han ampliado el uso de esta técnica, por ejemplo, para mostrar regiones propensas al paludismo. |
| trabajador de atención de la salud | cualquier empleado de un establecimiento de atención de la salud que tenga contacto con los pacientes, áreas o implementos para la atención de pacientes. También se les llama personal de atención de la salud o según su profesión (médicos, personal de enfermería, fisioterapeutas, especialistas en terapia ocupacional, trabajadores sociales, farmacéuticos, consejeros espirituales, etc.), y participan en la provisión de atención coordinada y global (<i>Infection prevention and control of epidemic- and pandemic-prone acute respiratory diseases in health care, WHO Interim Guidelines</i>). |
| vector | todo insecto u otro animal que normalmente sea portador de un agente infeccioso que constituya un riesgo para la salud pública. (RSI (2005)). |
| verificación | suministro de información por un Estado Parte a la OMS en la que se confirma la situación de un evento en el territorio o territorios de ese Estado Parte. (RSI (2005)). |
| vigilancia | la compilación, comparación y análisis de datos de forma sistemática y continua para fines relacionados con la salud pública, y la difusión oportuna, para su evaluación y para dar la respuesta de salud pública que sea procedente; (IHR (2005)). |
| vigilancia basada en eventos | La vigilancia basada en eventos consiste en la captura organizada y rápida de información sobre eventos que presentan un riesgo potencial para la salud pública, incluidos aquellos relacionados con enfermedades humanas y con la exposición de seres humanos a riesgos. La información puede surgir de rumores y otros informes ad hoc transmitidos por conductos formales (es decir, sistemas de notificación establecidos) o informales (como son los medios de comunicación, trabajadores sanitarios e informes de organizaciones no gubernamentales). |
| vigilancia basada en indicadores | la notificación habitual de casos de enfermedad, como la de los sistemas de vigilancia de enfermedades de notificación obligatoria, centinela, de laboratorio y otros. Esta notificación habitual por lo general surge de las |

| | |
|----------|--|
| | instituciones de atención de la salud, que informan semanal o mensualmente. |
| zoonosis | cualquier infección o enfermedad infecciosa que se transmite de forma natural de otros animales vertebrados al ser humano (sitio web de la OMS www.who.int/topics/zoonoses/en/). |

1 Introducción

1.1 Antecedentes del Reglamento Sanitario Internacional (2005)

El Reglamento Sanitario Internacional (RSI o Reglamento) fue adoptado por la Asamblea de la Salud en 1969 y abarcaba seis enfermedades. El Reglamento se modificó en 1973 y luego en 1981, cuando se concentró en tres enfermedades: fiebre amarilla, peste y cólera. Teniendo en cuenta el aumento de los viajes y el comercio internacionales, así como la aparición, reaparición y propagación de enfermedades y otros riesgos, en 1995 la Asamblea de la Salud pidió que se emprendiera una revisión sustancial del Reglamento. La revisión culminó con una ampliación del alcance de la definición de enfermedades y eventos de salud sujetos al RSI, con el fin de abarcar casi todos los riesgos para la salud pública (biológicos, químicos o radiactivos o nucleares que puedan afectar la salud humana, al margen de su origen. La nueva versión del Reglamento entró en vigor el 15 de junio de 2007.

Todos los Estados Partes tienen la obligación de instaurar un mínimo de capacidades básicas en materia de salud pública para aplicar el RSI (2005) de manera efectiva. Según los artículos 5 y 13 del Reglamento, respectivamente:

Cada Estado Parte desarrollará, reforzará y mantendrá, lo antes posible, pero a más tardar cinco años después de la fecha de entrada en vigor del presente Reglamento para ese Estado Parte (es decir, 2012), la capacidad de detectar, evaluar y notificar eventos de conformidad con el presente Reglamento (2005), y presentar informes sobre ellos, según lo previsto en el anexo 1,¹¹

y

la capacidad necesaria para responder con prontitud y eficacia a los riesgos para la salud pública y las emergencias de salud pública de importancia internacional según lo previsto en el anexo 1.

1.2 Propósito y alcance

Este documento de seguimiento consiste en una propuesta de estructura y procedimientos para que los Estados Partes puedan dar seguimiento al establecimiento de sus capacidades básicas de respuesta en el ámbito nacional, intermedio y comunitario/primario, según los requisitos del anexo 1 del RSI (2005) relacionados con las capacidades básicas.

¹RSI 2005, artículos 5 y 13 y anexo 1^a: 5: <http://www/who.int/ihr/9789241596664/en/index.html>

Asimismo, el documento contribuye al artículo 54 del RSI (2005) que hace un llamado a los Estados Partes y a la OMS para que informen a la Asamblea de la Salud acerca de la aplicación del RSI.

Esta estructura de seguimiento incluye:

- 20 indicadores mundiales para dar seguimiento a la instauración de las capacidades básicas del RSI y para que todos los Estados Partes informen anualmente a la Asamblea Mundial, y
- otros indicadores para dar seguimiento al desarrollo, reforzamiento y mantenimiento de las capacidades básicas relacionadas con RSI en los Estados Parte.

Se insta a los países a informar sobre los 28 indicadores.

Este documento no implica obligación legal. No obstante, representa el consenso de la posición de los especialistas de los Estados Miembros de la OMS de todo el mundo, de instituciones técnicas, asociados y de dentro de la propia OMS.

1.3 Procedimiento utilizado para elaborar la estructura de seguimiento

La lista de capacidades básicas necesarias para poner en práctica el RSI y los indicadores adecuados para medir su desarrollo fueron elaborados por un grupo de especialistas con base en el anexo 1 del Reglamento. La estructura se fundamenta tanto en conocimientos existentes como en conceptos y modelos utilizados para dar seguimiento a las actividades realizadas para establecer capacidades. En particular, aprovecha el conocimiento de los especialistas acerca de las capacidades actuales presentes en los Estados Partes y las estrategias regionales y nacionales para desarrollar esas capacidades, al igual que otros recursos e instrumentos. Tales instrumentos también aprovechan otros utilizados por los Estados Partes para evaluar sus capacidades básicas.

1.4 Destinatarios de este documento

Este documento se dirige, principalmente, a las autoridades gubernamentales, entre ellos, los profesionales de la salud pública, gerentes, centros nacionales de enlace (CNE), autoridades de los puntos de entrada, representantes de los sectores de salud animal, seguridad del agua y los alimentos, medio ambiente, nuclear, radiaciones y química. También está dirigido a otros sectores e interesados a cargo de poner en práctica el RSI. Los tomadores de decisión e instituciones internacionales de desarrollo y cooperación financiera pueden usar este documento para dirigir su contribución a la aplicación del RSI.

2. Objetivos del seguimiento de la instauración y fortalecimiento de las capacidades básicas del RSI

Los Estados Partes y la OMS tienen la obligación de informar a la Asamblea de la Salud (artículo 54 del RSI [2005]) anualmente (Resolución 61.2) sobre el progreso de las actividades de apoyo a los Estados Partes para aplicar el Reglamento y cumplir con él. Cabe llamar la atención al hecho de que el procedimiento descrito en este documento no tiene por objeto servir de instrumento para ordenar a los países en función de su desempeño ni de hacer comparaciones entre países sobre tal desempeño. Más bien se espera que sea una herramienta para ayudar a los países individualmente a hacer el seguimiento del progreso logrado con respecto a las capacidades básicas que requiere el RSI.

Con respecto a los Estados Partes, los objetivos son:

- habilitar a los Estados Partes de modo que puedan realizar autoevaluaciones de la instauración y fortalecimiento de sus capacidades básicas;
- colaborar con los Estados Partes para determinar el grado de avance con respecto al desarrollo de sus capacidades básicas y detectar los asuntos que requieren perfeccionarse;
- proporcionar información pertinente que los Estados Partes puedan usar para planear programas estratégicos y basados en evidencias y para mejorarlos, si fuese necesario. Asimismo, proporcionar retroalimentación y recomendaciones para facilitar la toma de decisiones.
- Habilitar a los Estados partes para que puedan anualmente proporcionar a la OMS la información sobre la marcha de la aplicación del RSI.

Los objetivos con respecto a la OMS son:

- ayudar a determinar los temas específicos en que los asociados y la OMS pueden apoyar a los países, y
- permitir la presentación anual de informes de la OMS a la Asamblea de la Salud sobre el progreso logrado por los Estados Partes en la consecución de las capacidades básicas.

3. Estructura conceptual para dar seguimiento al fortalecimiento de las capacidades básicas del RSI

En la elaboración de la estructura para el seguimiento, se tomó en consideración el mandato del RSI con respecto a que:

Los Estados Partes utilizarán las estructuras y recursos nacionales existentes para cumplir los requisitos de capacidad básica que establece el Reglamento con respecto a, entre otras cosas, lo siguiente: *a)* sus actividades de vigilancia, presentación de informes, notificación, verificación, respuesta y colaboración; y *b)* sus actividades con respecto a los aeropuertos, puertos y pasos fronterizos terrestres designados (RSI [2005], anexo 1).

El grupo de trabajo reconoció que los Estados Partes pueden elegir o requerir movilizar recursos adicionales o redistribuir recursos para instaurar, fortalecer o mantener estas capacidades. Asimismo, el grupo de trabajo recomendó que siempre que fuera posible, los datos deberían obtenerse de programas y estrategias regionales pertinentes, como la Estrategia sobre Enfermedades Emergentes de la Zona Asia-Pacífico (APSED) en las Regiones del Pacífico Occidental y Sudeste Asiático; la Estrategia de Vigilancia y Respuesta a Enfermedades de la Región de África (IDSR); las estrategias de Enfermedades Infecciosas Emergentes de las Américas (EIE) y la Región del Mediterráneo Oriental, y las estrategias de la Región de Europa.

Con base en esas recomendaciones, se elaboró una lista de verificación (apéndice 13.1) de los requisitos de las capacidades básicas del RSI, para lo cual utilizó tres modelos: el índice de maduración de capacidad (IMC) que sugiere grados progresivos de avance; el modelo ondas, que describe la construcción de capacidades escalonadas, y el modelo Potter, que defiende el fortalecimiento de las estructuras, sistemas y capacidades institucionales existentes (véase más detalle sobre estos modelos en el apéndice 13.2).

EL modelo IMC fue útil en cuanto a que orientó la forma de medir la marcha de la instauración de la capacidad con base en el logro de marcas significativas: fundamental, moderada, fuerte y avanzada.

Un supuesto básico con respecto a la lista de verificación es que la construcción de capacidad puede medirse a medida que un sistema madura y pasa de ser reactivo a proactivo y gestionado, siempre y cuando el avance entre un grado y otro sean claramente diferentes. Los conceptos del modelo de ondas fueron útiles para determinar la forma de mostrar cambios a lo largo del tiempo con base en los insumos, procedimientos, productos y resultados. Asimismo sirvió para definir la transición significativa entre grados de capacidad. El modelo de Potter proporcionó la información para seleccionar los partes que conlleva el desarrollo del sistema de salud en cada grado de capacidad. Estas partes son: capacidad institucional, rectoría, liderazgo, estructuras e instalaciones adecuadas, recursos (humanos, materiales y financieros), sistemas eficaces y procedimientos funcionales.

Para elaborar esta estructura se usó una combinación de los tres modelos anteriores. Para medir la maduración entre un grado y otro, se usaron los criterios que figuran a

continuación. Ninguno de los modelos se utilizó en exclusividad. Habiendo considerado esos conceptos, los criterios aplicados a la construcción de los indicadores y sus atributos fueron:

1. Pertinencia al RSI: los indicadores y atributos deben ser pertinentes al objetivo de desarrollar la capacidad de detectar, evaluar, informar, notificar, verificar y responder a riesgos y emergencias de salud pública de importancia nacional e internacional.
2. Cobertura: los indicadores y atributos reflejan la cobertura geográfica de los niveles de respuesta nacional, intermedia y comunitaria/primaria.
3. La forma en que los indicadores y sus atributos se relacionan con los riesgos pertinentes del RSI, entre ellos los biológicos (infecciones, zoonosis y agentes patógenos transmitidos por alimentos al ser humano), químicos, radiactivos y nucleares.
4. La calidad de la función o el servicio: la calidad se refiere a cumplir con las normas nacionales e internacionales o procedimientos pertinentes al atributo.
5. Puntualidad en el desempeño de funciones y servicios.
6. Documentación y difusión de la prácticas utilizadas.

4. Organización de la lista de verificación

El seguimiento reflejado en esta estructura comprende la evaluación de la marcha de la instauración de ocho capacidades básicas mediante una lista de indicadores elaborados especialmente para cada capacidad básica, el desarrollo de la capacidad de los puntos de entrada y de la necesaria para hacer frente a los riesgos referidos en el RSI (infecciones, zoonosis e inocuidad de los alimentos [biológicos]; radiactividad y riesgos nucleares y químicos). La lista de verificación está constituida por: el componente específico de la capacidad básica en cuestión, los prerrequisitos recomendados para establecer la capacidad, los indicadores específicos de cada componente y los atributos de cada indicador, que se presentan como niveles de capacidad.

Figura 1. Ejemplo de organización de la lista de verificación para el seguimiento de las capacidades básicas, que consiste en componentes, indicadores, atributos y niveles de capacidad

| Componente de la capacidad básica | Indicador de nivel nacional | Situación actual de la instauración de capacidades básicas | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------|--|----------------------------------|-----------------------------|--------------------|
| | | < 1 Fundamental | 1 Insumos y procedimientos | 2 Productos y resultados | 3 Otros avances |
| | | Atributo | Atributo Atributo Atributo | Atributo Atributo | Atributo |

Las capacidades básicas

Las capacidades básicas, descritas en los párrafos siguientes, son aquellas necesarias para detectar y responder a los riesgos para la salud humana especificados y los eventos en los puntos de entrada. Las ocho capacidades básicas surgen de la interpretación de las capacidades requeridas del RSI 2005 por parte de un grupo de trabajo conformado por especialistas. Reflejan el contenido operativo de las capacidades requeridas para detectar, evaluar y notificar los eventos e informar sobre ellos, además de la capacidad de responder a riesgos y emergencias de salud pública de importancia nacional e internacional.

Los componentes

Con el fin de evaluar la creación y fortalecimiento de las capacidades básicas, para cada una de ellas hay un conjunto de componentes que se miden.

Los indicadores

Para cada componente se usa de uno a tres indicadores para medir el estado actual y los avances logrados en la instauración y fortalecimiento de las capacidades básicas del RSI.

Los atributos

Cada indicador representa un conjunto complejo de actividades o elementos. Puede que sea difícil medir estos indicadores con preguntas que solo requieren respuestas de “sí” o “no”. Por lo tanto, cada indicador se evalúa mediante un conjunto específico de elementos denominados “atributos” en este documento. Para cada atributo hay de una a tres preguntas como parte de un cuestionario.

Formularios de recolección de datos

Todos los años se distribuirá a los países un conjunto de cuestionarios con preguntas destinadas a medir todos los atributos relacionados con las capacidades básicas y los riesgos. El cuestionario tiene una sección para recoger información sobre los atributos que se han logrado parcialmente y cualquier otra información pertinente. Los cuestionarios deberán rellenarse anualmente y enviarse a la OMS.

Grados de capacidad

A cada atributo se le asignó un grado de madurez o “grado de capacidad”. Para considerar que se ha logrado una capacidad, deberán haberse logrado todos los atributos de los niveles inferiores.

En la lista de verificación, el grado de desarrollo de la capacidad se mide en cuatro niveles: nivel < 1: prerequisites (nivel fundamental); nivel 1: insumos y procedimientos; nivel 2: productos y resultados, y nivel 3: adicional.

- Nivel de capacidad < 1: es el fundamental, que normalmente requiere la existencia de ciertos atributos básicos para poder proceder al próximo nivel de capacidad, es decir, los atributos del nivel < 1 son prerequisites para lograr el nivel 1.
- Nivel de capacidad 1: refleja que se ha alcanzado un grado moderado de funcionamiento y, generalmente, implica que se cuenta con los insumos y procedimientos relacionados con el atributo.
- Nivel de capacidad 2: refleja la transición de insumos y procesos a productos y resultados; indica un buen grado de funcionamiento. Se espera que en 2012 los Estados Partes hayan alcanzado los niveles 1 y 2 con respecto a todas las capacidades básicas. La Directora General de la OMS puede autorizar una extensión de ese plazo por un máximo de 4 años.
- Nivel de capacidad 3: requiere haber logrado la evaluación y documentación de conocimientos, experiencias y enseñanzas extraídas de productos y resultados y el haberlos compartido en el país e internacionalmente.

En la sección 6 de este documento se analizan los niveles de capacidad en mayor detalle.

5. Temas objeto de seguimiento

Riesgos para la salud humana

Los riesgos para la salud humana son de origen biológico (infecciones, zoonosis, inocuidad de los alimentos y otros), químico, radiactivo y nuclear.

Eventos en los puntos de entrada

Todas las capacidades básicas y riesgos potenciales se aplican a los puntos de entrada y, por ende, habilitan la aplicación eficaz de otras medidas de salud para prevenir la propagación internacional de enfermedades. Los Estados Partes están obligados a designar los puertos y aeropuertos internacionales (y donde se justifique por razones de salud pública pasos fronterizos terrestres) en los cuales se establecerán capacidades específicas para la

aplicación de las medidas de salud pública necesarias para manejar diversos riesgos para la salud pública.

Las capacidades básicas

Capacidad básica 1: Legislación nacional, política y financiamiento

El RSI (2005) contiene obligaciones y derechos de los Estados Partes. Un requisito para los Estados Partes era el de cumplir con el RSI y aplicarlo en el momento de su entrada en vigor en 2007. Para ello, los Estados Partes debían contar con un marco legal adecuado que los apoyara y habilitara para cumplir con sus obligaciones y derechos. En algunos Estados Partes, la aplicación del RSI requiere que se adopte legislación que permita cumplir con esas obligaciones y hacer uso de esos derechos. También es posible que en algunos Estados sea necesario aprobar legislación nueva o modificar la existente en respaldo de las nuevas capacidades técnicas que se están desarrollando en función del anexo 1 del RSI. Aun en los casos en que en el Estado Parte legalmente no se requiera específicamente aprobar o modificar la legislación para aplicar las cláusulas del RSI, los Estados podrían decidir revisar algunas leyes, regulaciones u otros instrumentos para facilitar su puesta en marcha de manera más eficiente, eficaz o beneficiosa. La nueva legislación podría servir para institucionalizar y reforzar la función del RSI (2005) y las operaciones en el Estado Parte. También puede mejorar la coordinación entre las diversas entidades que participan en la aplicación del Reglamento. Véase una orientación detallada sobre la aplicación del RSI y la legislación nacional en: http://www.who.int/ihr/legal_issues/legislation/en/index.html.

Las políticas que identifican estructuras nacionales y responsabilidades (y que apoyan la instauración de las capacidades) y la asignación de recursos financieros adecuados también son importantes.

Capacidad básica 2: Coordinación y comunicaciones de los CNE

Para ser eficaz, la aplicación del RSI necesita un planteamiento multisectorial y multidisciplinario mediante asociaciones nacionales que permitan tener sistemas de alerta y respuesta eficaces. La coordinación de los recursos de todo el país, entre otros, mediante la designación del CNE del RSI, que es un centro nacional de comunicaciones para el RSI, es un requisito clave de la aplicación del Reglamento. El CNE debe estar disponible todo el tiempo para comunicarse con los puntos de contacto del RSI en la OMS, con otros sectores pertinentes y otros interesados nacionales. Los Estados Partes deben proporcionar anualmente a la OMS información actualizada para comunicarse con el centro nacional de enlace.

Capacidad básica 3: Vigilancia

El RSI requiere que los riesgos para la salud pública se detecten, evalúen y notifiquen rápidamente y que se responda a ellos con prontitud. Para ello, se necesita un sistema de vigilancia sensible y flexible y que cuente con una función de alerta temprana. La estructura

del sistema, al igual que las funciones y responsabilidades de quienes tienen a su cargo su puesta en marcha, deben estar claramente definidas, preferiblemente mediante una política de salud pública o legislación. La cadena de mando también debe estar claramente especificada de modo que se garantice la comunicación efectiva dentro del país, con la OMS y con otros países, según sea necesario.

Capacidad básica 4: Respuesta

Es necesario tener mecanismos para las operaciones de mando, comunicaciones y control para facilitar la coordinación y el manejo de brotes y otros eventos de salud pública. Deben formarse equipos multidisciplinarios y multisectoriales de respuesta rápida (ERR) que estén disponibles 24 horas al día, 7 días por semana. Estos equipos tienen que tener la capacidad de entrar en acción rápidamente en respuesta a eventos que puedan constituir emergencias de salud pública de importancia nacional o internacional. Entre los componentes indispensables de esta capacidad es necesario considerar la atención de los casos, el control de infecciones y la descontaminación.

Capacidad básica 5. Preparación

La preparación comprende la elaboración de un plan nacional, planes intermedios y comunitarios/primarios de respuesta a emergencias de salud pública en casos de riesgos de carácter biológico, químico, radiactivo o nuclear. Para la preparación también corresponde elaborar mapas de los riesgos potenciales y de los sitios de riesgo potencial; la identificación de recursos existentes; el acopio de reservas nacionales adecuadas, y la capacidad de apuntalar operaciones de respuesta en los niveles intermedio y comunitario/primario durante una emergencia de salud pública.

Capacidad básica 6. Comunicación del riesgo

La comunicación de los riesgos debe hacerse en niveles múltiples y de manera multifacética, que tenga como fin ayudar a los interesados a definir e identificar riesgos, evaluar vulnerabilidades y promover la capacidad de recuperación y, como consecuencia, la de hacer frente a una emergencia de salud pública en desarrollo. La difusión de información al público acerca de los riesgos y eventos, como los brotes de enfermedades, es esencial en la comunicación del riesgo.

La comunicación sobre un riesgo causado por un evento específico será eficaz si se toman en cuenta los aspectos sociales, religiosos, culturales, políticos y económicos asociados al evento en cuestión, al igual que la opinión de la población afectada. La comunicación, cuando así se concibe, promueve acciones adecuadas de prevención y control entre los individuos y las familias, mediante intervenciones basadas en la comunidad. También es importante que la información se difunda a través de canales apropiados.

Debe definirse la comunicación con asociados e interesados nacionales y establecerse una coordinación y comunicación funcional con ellos. Asimismo, es importante generar

políticas y procedimientos de comunicación sobre la oportunidad de la información y la transparencia de la toma de decisiones, elementos esenciales para crear confianza entre autoridades, la población y los asociados. Es necesario elaborar planes de emergencia para las comunicaciones y ponerlos a prueba y actualizarlos según se requiera.

Capacidad básica 7: Recursos humanos

El fortalecimiento de las destrezas y competencias del personal de salud pública es fundamental para la sostenibilidad de la vigilancia de la salud pública y la respuesta en todos los ámbitos del sistema sanitario y para la aplicación efectiva del RSI.

Capacidad 8: Laboratorio

Los servicios de laboratorio figuran en todas las fases de la alerta y la respuesta, incluso en la detección, investigación y la respuesta propiamente tal. El análisis de las muestras puede realizarse en el país o por medio de los centros colaboradores. Los Estados Partes necesitan crear mecanismos que garanticen la identificación de agentes infecciosos y otros riesgos que puedan causar emergencias de salud de importancia nacional e internacional de manera correcta y oportuna; el envío de especímenes a un laboratorio adecuado cuando sea necesario es parte de esta función.

6. Definición de grados de capacidad en la estructura de seguimiento

Con el fin de evaluar la marcha, para cada capacidad básica se han definido componentes principales e indicadores. Estos últimos a su vez están constituidos por atributos. Para cada capacidad básica se han incluido cuatro grados de capacidad:

- Nivel de capacidad < 1: (nivel fundamental),¹ comprende los atributos básicos para poder proceder al próximo nivel de capacidad, es decir, los atributos del nivel < 1 son prerrequisitos para lograr el nivel 1.
- Nivel de capacidad 1: por lo general se caracteriza por un grado “moderado” de funcionamiento; sus atributos incluyen los “insumos y procedimientos” necesarios para crear o mantener las capacidades básicas del RSI.
- Nivel de capacidad 2: refleja un “buen” grado de capacidad técnica y alto nivel de funcionamiento, donde ya se han definido insumos y productos de salud pública.
- Nivel de capacidad 3: representa un alto grado de capacidad que pueda servir de “modelo o referencia”.²

¹Fundamental se refiere a que son elementos o funciones clave que deben existir y sobre los cuales se desarrollarán insumos y procedimientos.

²Comprende la generación de información, productos e instrumentos que pueden ser ejemplos de modelos de buenas prácticas y que podrían adoptarse y compartirse en el ámbito mundial. Para que un atributo se clasifique a nivel 3, deberá incluirse en el cuestionario una buena explicación de los productos y herramientas, además de

7. Análisis de datos e interpretación de los resultados

7.1 Análisis de los datos

Para cumplir los requisitos básicos del RSI para 2012, los países necesitan evaluar todos los atributos de los niveles 1 y 2 de la lista de verificación, independientemente del grado de aplicación que tenga actualmente el RSI en el país.

Se ha elaborado un esquema analítico para hacer el seguimiento de las capacidades básicas, que sirva para analizar los datos nacionales en gran detalle para cada uno de las ocho capacidades básicas, los puntos de entrada y los cuatro riesgos. El propósito principal del esquema es habilitar a los países para medir el punto en que se encuentran en un momento dado, y también evaluar su progreso a lo largo del tiempo. Así se pueden señalar más fácilmente las fortalezas y debilidades y el mejoramiento año a año. El grupo de especialistas reconoció que no sería práctico elaborar un sistema global de ponderación que sopesara la importancia de cada atributo en relación con los otros. Por lo tanto, a pesar de que los atributos no tienen el mismo peso en la evaluación de las capacidades, se tratan como si fueran iguales para simplificar el análisis. Son dos los valores que se usan para evaluar la capacidad básica nacional: el grado de capacidad y el puntaje del atributo. Estos se aplican a cada indicador, componente y capacidad básica, a los puntos de entrada y a los riesgos.

7.1.1 Análisis del grado de capacidad

El grado de capacidad corresponde al nivel más alto alcanzado por al menos un atributo. Se necesita que haya, por lo menos, un atributo en el grado < 1 y uno en el grado 1 para avanzar al grado 1. No obstante, para pasar al grado 2, todos los atributos deberán encontrarse en el grado 1 y, al menos 1, en el grado 2. Para pasar al grado 3, habrá que haber logrado todos los atributos de los grados 1 y 2 y, por lo menos 1, del grado 3. En consecuencia, el grado de capacidad puede tener un valor de < 1, 1, 2 o 3.

7.1.1.1 *Grado de capacidad de un indicador*

El grado de capacidad de un indicador depende de todos los atributos de nivel 1 y 2 del indicador. Se considera que se ha logrado un indicador cuando se ha cumplido con todos sus atributos.

Figura 2. Grado de capacidad de un indicador

| Atributos Grado < 1 | Atributos Grado 1 | Atributos Grado 2 | Atributos Grado 3 | |
|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|----------------------------------|
| Al menos un atributo logrado | Todos logrados | Todos logrados | Al menos un atributo logrado | Indicador de capacidad grado 3 |
| Al menos un atributo logrado | Todos logrados | Al menos un atributo logrado | | Indicador de capacidad grado 2 |
| Al menos un atributo logrado | Al menos un atributo logrado | | | Indicador de capacidad grado 1 |
| | | | | Indicador de capacidad grado < 1 |

Para cualquiera de los indicadores, el grado es:

Grado < 1: Si no se ha logrado ningún atributo del grado < 1 ó 1.

Grado 1: Si se ha logrado al menos un atributo de los niveles < 1 y 1.

Grado 2: Si se han logrado todos los atributos del grado 1 y al menos uno del grado 2.

Grado 3: Si se han logrado todos los atributos de los grados 1 y 2 y al menos uno del grado 3.

7.1.1.2 Grado de una capacidad básica

El grado de capacidad de un componente corresponde al del indicador correspondiente; hay una relación de uno a uno entre un componente y su indicador.

Figura 3. Grado de una capacidad básica

Insert drawing.

Nivel de indicador = 2

Grado de capacidad 1

Nivel de indicador = 3

Nivel de indicador = 1

Top right text.

El grado de capacidad de una capacidad básica se determina por el nivel del indicador más bajo de todos los indicadores de esa capacidad.

Text box at bottom closest to figure3.

El grado de capacidad corresponde al nivel de indicador más bajo dentro de esa capacidad.

Text at bottom right of figure 1.

Al lograr todos los atributos de los niveles 1 y 2, el país cumple con los requisitos del RSI para 2012.

7.1.2 El puntaje del atributo

El puntaje del atributo mide el avance realizado con respecto a una determinada capacidad básica.

7.1.2.1 *Análisis del puntaje de atributos de un indicador*

Con respecto al indicador, el puntaje del atributo es la proporción de atributos logrados en los grados de capacidad 1 y 2 combinados, sobre el número total de atributos en los grados de capacidad 1 y 2. Los atributos del grado de capacidad < 1 y 3 no se cuentan en el puntaje del atributo. Los puntajes, que van de 0 a 100% se calculan automáticamente por medio de programas de computación ya incluidos en el instrumento que se rellena en la internet. A efectos de la sencillez, todos los atributos tienen el mismo peso.

Para calcular el puntaje del atributo, el numerador es el número total de atributos logrados en los grados de capacidad 1 y 2 sumados; el denominador es la suma del total de atributos de los grados 1 y 2. Por ejemplo, si para un indicador

- el número de atributos de nivel 1 logrados para el grado de capacidad 1 = A y
- el número total de atributos del nivel 1 en el grado de capacidad 1 = B y
- el número de atributos de nivel 2 logrados para el grado de capacidad 2 = C y
- el número total de atributos de nivel 2 en el grado de capacidad 2 = D,

el puntaje del atributo para este indicador = $(A+C)/(B+D)$

7.1.2.2 *El puntaje de atributos de un componente*

El puntaje del atributo para un componente es el promedio de los puntajes de los atributos para todos los indicadores de ese componente.

7.1.2.3 *El puntaje de atributos de una capacidad básica*

El puntaje del atributo de una capacidad básica es el promedio de los puntajes de los atributos de todos los componentes que conforman esa capacidad.

7.2 Interpretación de los resultados

7.2.1 Interpretación del grado de capacidad

7.2.1.1 *Grado de capacidad < 1*

Los atributos del grado < 1 corresponden a elementos fundamentales para poner en marcha y facilitar la aplicación del RSI. Los atributos correspondientes a ese grado que sean parte del plan nacional de trabajo para el RSI y no se hayan alcanzado podrían considerarse prioritarios para aplicar el Reglamento. Si bien los atributos del grado < 1 no cuentan como parte del mínimo de capacidades que son requisitos para 2012, su notificación indica los esfuerzos que han hecho los Estados Partes para alcanzar tal objetivo.

7.2.1.2 *Grado de capacidad 1*

El haber alcanzado un grado de capacidad 1 refleja un buen nivel de organización y asignación de recursos; la designación de unidades específicas para llevar a cabo las funciones necesarias; la disponibilidad de directrices, procedimientos operativos normalizados y de planes elaborados y difundidos en los ámbitos nacional y subnacional. Por lo general, los procedimientos están instaurados y ya se han tomado algunas medidas para aplicar políticas, planes, directrices y procedimientos operativos normalizados.

7.2.1.3 *Grado de capacidad 2*

La consecución de un grado de capacidad 2 significa que se han llenado los requisitos para el indicador, componente o capacidad básica esperados para 2012. En esta etapa, las funciones, servicios y respuesta se realizan con puntualidad; los sistemas y procedimientos cuentan con documentación y han sido evaluados y actualizados, según haya sido necesario. Asimismo, este grado de capacidad indica que se llevan a cabo actividades pertinentes tanto a nivel nacional como subnacional, y con respecto a todos los riesgos pertinentes, como son los biológicos, químicos y radiactivos.

7.2.1.4 *Grado de capacidad 3*

El RSI (2005) insta a los países con recursos, pericia y capacidad suficientes a colaborar más allá de sus fronteras, es decir, con otros Estados Partes, con el fin de lograr las capacidades básicas que requiere el Reglamento. El hecho de que un Estado Parte haya alcanzado un grado de capacidad 3 refleja la contribución de ese Estado a la comunidad de salud pública mundial, hecho que se reconoce e incentiva.

7.2.2 Interpretación de los puntajes del atributo

El grado de cumplimiento de un indicador, componente o capacidad básica se determina por la presencia de atributos. Cuando un Estado Parte cuenta con todos los atributos de los grados 1 y 2, ese Estado habrá cumplido con el mínimo de capacidades básicas que requiere el Reglamento para 2012. En el caso de que para atributo en particular el país no indique si se ha cumplido o no con él, para efectos del puntaje, ese atributo contará como inexistente.

7.3 Informes de los Estados Partes

Los informes de cada país dan una indicación de la marcha de la aplicación de RSI en un momento dado, así como de la puesta en práctica de las ocho capacidades básicas, y de las de los puntos de entrada y los riesgos. Asimismo, los informes contienen los detalles sobre componentes e indicadores particulares de interés. El apéndice 13.4 es un ejemplo del panorama del estado de aplicación de las capacidades básicas en un país.

8. Productos

8.1 Productos de información

Los productos de información son:

- Informes nacionales individuales detallados (destinatarios: CNE del RSI, Representación de la OPS/OMS en el país, Oficina Regional de la OMS y Sede de la OMS)
- Informe de avance de la instauración de las capacidades básicas en cada país; comparación en el tiempo del progreso logrado en cada capacidad básica (destinatarios: CNE del RSI, Representación de la OPS/OMS en el país, Oficina Regional de la OMS y Sede de la OMS)
- Informe global de la Oficina Regional de la OMS para la región correspondiente (destinatario: Oficina Regional de la OMS)
- Informe global sobre la marcha de la aplicación del RSI en los Estados Partes (destinatarios: Asamblea de la Salud, Miembros del Consejo Ejecutivo de la OMS)

Los países y la OMS tendrán esta información a su disposición. Los Estados Miembros podrán generar y difundir otros tipos específicos de información, según lo estimen necesario.

8.2 Disponibilidad de la información

Mediante una herramienta de internet específica para el RSI se pueden obtener perfiles de país sobre la marcha de la instauración de las capacidades básicas y visualizar así tablas, gráficas e información basada en sistemas de información geográfica (mapas).

9. Manejo de la información a nivel nacional y mundial

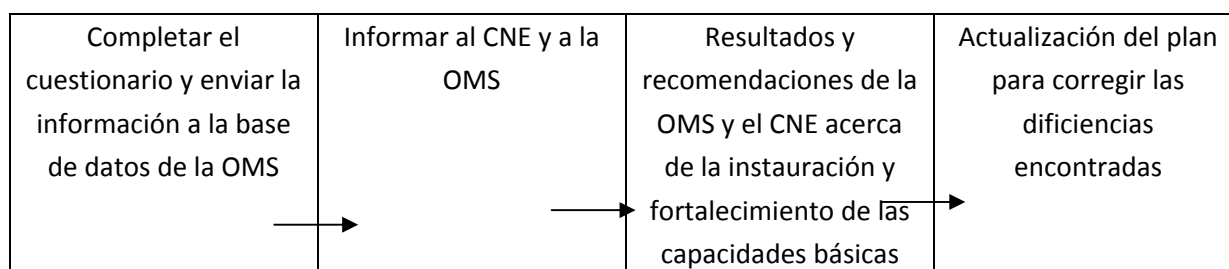
El instrumento para obtener la información es la lista de verificación (Apéndice 13.1), que puede rellenarse en un formulario de recolección de datos (cuestionario) disponible en la Internet, en un formulario PDF que se puede rellenar directamente; también es posible imprimir el cuestionario y enviarlo a la OMS en forma impresa (véase un ejemplo del cuestionario en el Apéndice 13.3). Los datos así obtenidos se guardarán en una base de datos segura en la OMS; el carácter confidencial de los datos de cada país se garantiza por el hecho de que la información solo estará a disposición de los CNE del RSI y la OMS. El instrumento de recolección de información garantiza la naturaleza confidencial¹ de los datos del país y proporciona un resumen de los resultados para facilitar la planificación y movilización de recursos. El llenado del cuestionario a nivel nacional podría realizarse por medio de un procedimiento liderado por el CNE, en consulta con especialistas nacionales en los temas que corresponda. Asimismo, de solicitarse, se podría contar con la colaboración de las oficinas regionales de la OMS y la representación de la Organización en el país. La OMS proporcionará a los CNE los resultados y recomendaciones, que el CNE, a su vez, puede difundir a modo de retroalimentación a los interesados pertinentes. En la figura 4 se resumen los procedimientos relacionados con el manejo de los datos entre la OMS y el país.

Figura 4. Procedimiento de recolección y análisis de datos y retroalimentación a los usuarios

| | | | | | | | |
|----------------------|---|---------------------|----------------------------|------------------|-------------------------|------------------------------|---------------|
| | Enfermedades infecciosas | Eventos de zoonosis | Inocuidad de los alimentos | Eventos químicos | Eventos radio-nucleares | Eventos en puntos de entrada | Otros eventos |
| Recolección de datos | Indicadores para dar seguimiento a la instauración y fortalecimiento de las capacidades básicas | | | | | | |

¹Solo se pueden ver los datos del país propio.

Actividades en curso para instaurar y fortalecer las capacidades básicas del RSI



Se puede solicitar a la OMS colaboración para interpretar los resultados, recomendaciones sobre los pasos siguientes, y asistencia para mejorar capacidades básicas específicas. Más allá de los informes sobre la marcha de las actividades y los resultados, se insta a los países a interpretar y utilizar la información para tomar medidas en función de las prioridades nacionales específicas.

10. Manejo de la información a nivel mundial

Los datos para hacer el seguimiento de la instauración de la capacidad y fortalecimiento de las capacidades básicas del RSI se manejarán bajo la Estrategia Corporativa de la OMS, mediante la Plataforma Abierta sobre Salud de la Organización que tiene el propósito de integrar instrumentos y datos sobre salud y forma parte del Observatorio de la Salud Mundial.¹ La Plataforma Abierta sobre la Salud consiste en un paquete de herramientas que funcionan de manera integrada e interrelacionada² para recopilar, manejar, analizar, presentar información de distintas maneras y hacer intercambio de información; también cuenta con seguridad de los datos. La Plataforma Abierta sobre la Salud relaciona e impulsa las herramientas y servicios existentes en apoyo a una variedad de aplicaciones en los temas de vigilancia, gestión de la salud en los distritos, gestión programáticas, seguimiento y otras actividades, y funciona con distintos tipos de tecnología (por ejemplo, en un portal de Internet, sistema institucional o por sí misma).

La base de datos será parte de las bases de datos de la Plataforma Abierta sobre la Salud que constituyen el Observatorio de la Salud Mundial. Los datos electrónicos se guardan de manera segura con mecanismos de acceso según el tipo de usuario. La aplicación incluye mejores métodos de análisis, información y visualización de la información. Los componentes de la arquitectura de los datos del Reglamento incluye bases de datos, servicios

¹ En 2005, la OMS efectuó el lanzamiento de su Observatorio electrónico de la Salud Mundial, cuya misión es mejorar la salud al proporcionar a los Estados Partes información estratégica y orientación acerca de prácticas y normas eficaces.

² Es una propiedad que se refiere a la aptitud del sistema que permite que distintas herramientas funcionen conjuntamente.

de datos y formularios del RSI. Para almacenar la información se usa un lenguaje de consulta estructurado (*structured query language*, SQL).

11. Procedimiento nacional para obtener los datos sobre los indicadores

Los Estados Partes informan sobre los indicadores mediante un procedimiento liderado por el CNE, con el apoyo de la OMS cuando se solicita. Los países pueden usar uno o dos conjuntos de indicadores, es decir, la lista completa de 28 indicadores o los 20 indicadores que se usarán para informar a la Asamblea de la Salud. Se insta a los países a informar la lista completa de 28 indicadores (Apéndice 13.7); no obstante, tienen la opción de informar solo sobre aquellos que se utilizarán para informar a la Asamblea de la Salud (los 20 indicadores de la sección XII). El grado de cumplimiento de los indicadores se determinará en el país. Los países pueden optar por crear un grupo facilitador en el que participen, por ejemplo, personas que tengan a su cargo la instauración de distintas capacidades básicas, personal que trabaja en la vigilancia de los riesgos y los sistemas de respuesta y representantes de los interesados que tengan responsabilidades relacionadas con la aplicación del RSI.

Taller

Si bien los países pueden elegir otros métodos para recopilar información sobre la marcha de la instauración y el fortalecimiento de las capacidades básicas, se recomienda que en cada país se lleve a cabo un taller con los interesados para determinar su grado de avance y completar la lista de verificación o el formulario electrónico. En el apéndice 13.5, Taller de Seguimiento de las Capacidades Básicas, figura el contenido propuesto para un taller como el mencionado.

Antes de realizar el taller, sería útil que, por medio de un procedimiento interno, los interesados (por ejemplo, unidades o departamentos a cargo de la vigilancia, respuesta, puntos de entrada, riesgos químicos y otros) tengan la oportunidad de revisar la lista de verificación y el formulario de notificación electrónica. Esto les permitiría estar preparados para dar su opinión acerca de estas herramientas durante el taller.

Con el propósito de generar la discusión en los talleres, debería invitarse a especialistas en riesgos y participantes de otras esferas, como los puntos de entrada o la construcción, o representantes a cargo del fortalecimiento de las capacidades básicas. Además, las capacidades básicas y los riesgos podrían constituir el tema principal de la discusión. El programa también podría incluir discusiones acerca de cómo mejorar las deficiencias y elaborar planes de acción.

Es importante que los países obtengan información cualitativa sobre las fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas que afectan el mejoramiento del esfuerzo que se realiza para fortalecer las capacidades. La revisión de documentos existentes relevantes (por ejemplo, manuales, definiciones de caso, informes o análisis de los datos de la vigilancia) podría ser parte del procedimiento, que redundaría en beneficio del ejercicio de seguimiento. Estos documentos (o los enlaces correspondientes) pueden anexarse al formulario de recolección de datos, una vez se haya rellenado.

Los países determinarán los mecanismos y sistemas utilizados para hacer el seguimiento cotidiano de los indicadores del RSI, con miras a garantizar que son los mejores para las necesidades del país y a mantenerlos específicos para cada país.

Actividades de seguimiento

Las recomendaciones para hacer frente a las carencias detectadas (véase en el apéndice 13.6 un ejemplo de matriz de análisis de déficits) y la elaboración de un plan de acción podrían ser otros productos del taller. La información que se recoja en el cuestionario debería permitir que los países elaboren planes para mejorar sus capacidades básicas relacionadas con el RSI. También constituirá la base del informe de los Estados Partes a la Asamblea de la Salud y, de ser apropiado, se puede usar para solicitar apoyo a la OMS para seguir avanzando.

12. Indicadores para la Asamblea de la Salud

Los 20 indicadores que figuran a continuación son los seleccionados para informar a la Asamblea de la Salud (los criterios de selección figuran en detalle en el apéndice 13.8). Estos indicadores aparecen en letra negrita y están marcados con un asterisco en la lista de verificación para distinguirlos con mayor facilidad:

1. La legislación, las regulaciones, los requerimientos administrativos, políticas u otros mecanismos gubernamentales existentes son suficientes para cumplir con las obligaciones del RSI.
2. Se ha establecido un mecanismo para coordinar los sectores pertinentes¹ para la aplicación del RSI.
3. Funciones y operaciones del CNE en marcha según lo dispuesto en el RSI (2005).

¹ Los sectores y disciplinas pertinentes son, por ejemplo, todos los ámbitos del sistema de atención de la salud (salud pública nacional, provincial [estatal, departamental, según sea el caso], primaria/comunitaria), organizaciones no gubernamentales y ministerios de agricultura y ganadería (zoonosis, laboratorios veterinario), transporte (políticas de transporte, aviación civil, puertos y transporte marítimo), comercio e industria (seguridad y control de calidad alimentarios), comercio exterior (protección del consumidor, control de la aplicación de normas obligatorias), comunicaciones, defensa (información sobre migraciones), tesorería o finanzas (aduana), medioambiente, interior, salud y turismo.

4. La vigilancia basada en indicadores incluye una función de alerta temprana¹ para la detección temprana de un evento de salud pública.
5. Se ha establecido la vigilancia basada en eventos.
6. Se han creado los mecanismos de respuesta para casos de emergencias de salud pública.
7. Se ha establecido la prevención y el control de infecciones en el ámbito nacional y hospitalario.
8. Se ha elaborado el plan nacional de preparación y respuesta en casos de emergencias de salud pública nacionales causadas por riesgos múltiples.
9. Se ha hecho un mapeo de los riesgos y recursos de salud pública prioritarios.
10. Se dispone de mecanismos de comunicación eficaces para usar durante emergencias de salud pública
11. Se dispone de recursos humanos para cumplir con los requisitos de la implementación de las capacidades básicas del RSI.
12. Se dispone de servicios de laboratorio para hacer pruebas relacionadas con las amenazas a la salud prioritarias.
13. Se han implantado prácticas de bioseguridad y bioprotección en el laboratorio (gestión de biorriesgos).
14. Se han satisfecho las obligaciones generales de los puntos de entrada.
15. Se ha establecido la vigilancia efectiva y otras capacidades habituales en los puntos de entrada.²
16. Se ha establecido la capacidad de dar respuesta eficaz en los puntos de entrada
17. Se han creado los mecanismos para detectar y responder a las zoonosis reales y potenciales.
18. Hay mecanismos para detectar enfermedades transmitidas por alimentos y contaminación de alimentos y responder a ellas.
19. Se han creado los mecanismos para detectar emergencias químicas, alertar sobre ellas y darles respuesta
20. Hay mecanismos para detectar emergencias de radiación y nucleares y para responder a ellas.

13. Apéndices

Apéndice 13.1: Lista de verificación recomendada para dar seguimiento al procedimiento de instauración de las capacidades básicas del RSI

¹ El componente de alerta temprana detecta desviaciones de lo normal.

² La vigilancia en los puntos de entrada se considera parte del sistema de vigilancia nacional o lo que el país defina como tal.

Capacidad básica 1. Legislación nacional,¹ política y financiamiento

| Componente ² de la capacidad básica | Indicador nacional | Instauración de las capacidades básicas del RSI, según grado de capacidad | | | |
|--|---|---|---|---|--|
| | | < 1 Fundamental | 1 Insumos y procedimientos | 2 Productos y resultados | 3 Logros adicionales |
| Legislación ³ nacional y política | La legislación, las regulaciones, los requerimientos administrativos, políticas u otros mecanismos gubernamentales existentes son suficientes ⁴ para cumplir con las obligaciones del RSI. | No se aplica. ⁵ | Se ha realizado una evaluación ⁶ de la legislación, regulaciones, requerimientos administrativos y otros mecanismos gubernamentales para la aplicación del RSI (2005). | Se han puesto en práctica las recomendaciones surgidas de la evaluación de la legislación, regulaciones, requerimientos administrativos y otros mecanismos gubernamentales. | Se han publicado los elementos clave de la legislación nacional relacionada con el RSI. ⁷ |
| | | Se ha hecho un análisis de las políticas nacionales que facilitan las funciones del CNE y la consecución de las capacidades básicas. ⁸ | Se ha hecho un análisis de las políticas nacionales que facilitan las funciones del CNE y la consecución de las capacidades básicas. ⁹ | | |

1 La Constitución de la OMS prevé que cuando la Asamblea de la Salud adopta una nueva revisión del RSI, las reglamentaciones entran en vigor automáticamente para todos los Estados Miembros, a no ser que el Estado Miembro de manera afirmativa y formal rechace u opte por no participar en el nuevo RSI en un plazo limitado. El plazo para rechazar o presentar reservas al RSI (2005) venció el 15 de diciembre de 2006. Ningún país rechazó u optó por no participar en el nuevo RSI, y solo dos Estados Miembros presentaron reservas. En consecuencia, todos los Estados Miembros de la OMS tienen la obligación legal de cumplir con el RSI como asunto de derecho internacional. Según la Constitución de la OMS y el RSI, no se requiere que los Estados Miembros ratifiquen individualmente o firmen el RSI para estar obligados a cumplirlo a partir de 2007.

² El grado de capacidad de un componente es el mismo que el del indicador de ese componente, ya que hay una correspondencia de uno a uno entre un componente y un indicador.

³ Estrictamente hablando, esta no es una capacidad básica, pero es importante para facilitar la instauración de otras capacidades básicas de carácter técnico.

⁴ A partir de la fecha legal de entrada en vigor del RSI para todos los Estados Partes en 2007, se requería que hubiese un marco legal que permitiera cumplir con las obligaciones del Reglamento. El plazo de 2012 estipulado para otras capacidades técnicas descritas en el Anexo 1 no se aplica al marco legal.

⁵ Véase la nota 1.

⁶ Si bien no hay un requisito explícito que exija una evaluación ni un examen de la legislación nacional para aplicar el RSI, la Asamblea de la Salud ha instado enérgicamente su realización; asimismo, lo recomiendan los documentos de orientación de la OMS. Para mayor información, véase la sección I.2 de *The WHO Toolkit for IHR implementation in National Legislation* at <http://www.int.ihp/3. Part I. Questions and Answers.pdf>. Es más, dado que las capacidades técnicas, gobernanza nacional y contexto legal han cambiado desde el momento en que entrara en vigor el RSI en 2007, se recomienda realizar una evaluación de ese período. En la página 14, párrafo 4 de este documento se detallan las ventajas y beneficios de revisar la legislación, regulaciones, requerimientos administrativos, políticas y otros mecanismos gubernamentales.

⁷ La OMS no respalda ni recomienda legislación específica. Con fines de información, la OMS publica en su sitio web una compilación de la legislación nacional relacionada con el RSI adoptada por los Estados Partes. Véase <http://www.who.int/ihp/7. Part III Compilation of examples of national LEGISLATION.pdf>. También se encuentran disponibles otros documentos y materiales pertinentes que se pueden descargar del sitio http://www.who.int/ihp/legal_issues/legislation/en/index.html.

⁸ Las capacidades técnicas básicas incluyen la vigilancia, respuesta, preparación, comunicación de riesgo, recursos humanos y laboratorio.

⁹ Además de la coordinación y las comunicaciones, las funciones ampliadas del CNE comprenden la evaluación del riesgo, la instauración de las capacidades básicas, el cabildeo, etc.

| | | | | | |
|----------------|--|--|---|--|--|
| Financiamiento | Se dispone de recursos financieros para las funciones del CNE y para fortalecer las capacidades básicas del RSI. | Hay financiamiento para las funciones del CNE. | Hay financiamiento ¹ para las capacidades básicas del RSI, los riesgos ² y los puntos de entrada. | Se han fortalecido las capacidades básicas en el ámbito de respuesta subnacional y comunitario/primario en los 12 meses más recientes. | Se han comprometido ³ los recursos para cumplir los requisitos del RSI con respecto a eventos que rebasan la frontera nacional (artículo 44 1 c). |
|----------------|--|--|---|--|--|

¹ Recursos gubernamentales y de otras fuentes para la aplicación del RSI.

² Riesgos como los de zoonosis, inocuidad de los alimentos, eventos químicos, radiactivos, nucleares y otros.

³ Recursos asignados a la aplicación del RSI.

Capacidad básica 2. Coordinación¹ y comunicaciones de los CNE

| Componente de la capacidad básica | Indicador nacional | Instauración de las capacidades básicas del RSI, según grado de capacidad | | | |
|--|---|--|--|--|---|
| | | < 1 Fundamental | 1 Insumos y procedimientos | 2 Productos y resultados | 3 Logros adicionales |
| Coordinación, ² comunicaciones y cabildeo | Se ha establecido un mecanismo para coordinar los sectores pertinentes ³ para la aplicación del RSI. | Existe coordinación entre los ministerios pertinentes sobre eventos que puedan constituir un evento o riesgo de salud pública de importancia nacional o internacional. | Se cuenta con procedimientos operativos normalizados ⁴ o su equivalente para llevar a cabo la coordinación entre el CNE y otros sectores pertinentes. Existe un comité, grupo de trabajo o entidad multisectorial y multidisciplinaria ⁵ para abordar los requisitos del RSI en relación con la vigilancia de las emergencias de salud pública de importancia nacional e internacional y la respuesta a ellas. | Se han puesto a prueba y se han hecho actualizaciones periódicas de los mecanismos multidisciplinares de coordinación y comunicación por medio de ejercicios o como resultado de un evento real. | Se actualiza anualmente a los interesados de todos los sectores pertinentes sobre el estado de la aplicación del RSI. |
| | Funciones y operaciones del CNE en marcha según lo dispuesto en el RSI (2005). | Se ha creado ya el CNE ⁶ del RSI. Se ha determinado quiénes son los interesados nacionales ⁷ que | Se ha difundido la información sobre las obligaciones ⁸ del CNE a todas las autoridades e interesados nacionales pertinentes. | El CNE proporciona a la OMS información actualizada de cómo ponerse en contacto con dicho Centro y sobre la confirmación de su designación. | Se ha creado un sitio o página web activo ³ para el RSI. Se han puesto en marcha otras funciones ⁴ y deberes como parte del |

1 Mecanismo de coordinación (por ejemplo, un cuerpo multisectorial, interdisciplinario, comité o grupo de trabajo que se ocupa de los requisitos de la vigilancia para el RSI) existente y funcional (con miembros de todos los sectores pertinentes, canales de comunicación establecidos, acceso a quienes toman las decisiones y contactos, actividades conjuntas, informes de reuniones, planes y evaluaciones).

2 El cabildeo es una estrategia que tiene por objeto llegar a una audiencia específica (como son dirigentes políticos y asociados) para conseguir su compromiso con la aplicación del RSI. El compromiso se demuestra con la modificación de leyes, el aumento del financiamiento o la toma de conciencia activa de los interesados con respecto al RSI, sus funciones en la aplicación del Reglamento.

3 Los sectores (privados y públicos) y disciplinas pertinentes son, por ejemplo, todos los niveles del sistema de atención de la salud (salud pública nacional, provincial [estatal, departamental, según sea el caso], primaria/comunitaria), organizaciones no gubernamentales y ministerios de agricultura y ganadería (zoonosis, laboratorios veterinario), transporte (políticas de transporte, aviación civil, puertos y transporte marítimo), comercio e industria (seguridad y control de calidad alimentarios), comercio exterior (protección del consumidor, control de la aplicación de normas obligatorias), comunicaciones, defensa (información sobre migraciones), tesorería o finanzas (aduana), medioambiente, interior, salud y turismo.

4 Deben especificar los términos de referencia, las funciones y responsabilidades del CNE, las estructuras a cargo de su implementación, y otros interesados en la puesta en práctica del RSI.

5 El país decide quién encabezará este comité o grupo de trabajo, pero deberá incluir la participación del CNE en sus reuniones y en la toma de decisiones.

6 El CNE debería estar ya establecido (a partir de 2007) e incluir los siguientes elementos obligatorios para todos los Estados Miembros: estar a disposición en todo momento para comunicarse con la OMS (24 horas al día 7 días por semana); enviar las comunicaciones urgentes relativas a la aplicación del RSI a la OMS; reunir información de todos los sectores pertinentes para enviar a la OMS según los artículos 5 a 12 del RSI; difundir información urgente relacionada con el RSI y proporcionada por la OMS a todos los sectores gubernamentales y otros; contar con mecanismos funcionales de comunicación con todos los sectores y tomadores de decisión; mantener comunicación con las autoridades competentes sobre las medidas de salud pública aplicadas.

7 "Interesados" son todos los grupos, organizaciones o sistemas que pueden ayudar en casos de un evento de salud pública o ser afectados por tales eventos.

8 Las obligaciones, los derechos y otras cláusulas relativos a los Estados Miembros se encuentran a lo largo de todo el Reglamento y constituyen más de la mitad de las cláusulas del RSI.

| | | | | | |
|--|--|--|---|--|------|
| | | tendrán a su cargo la aplicación del RSI | <p>Se han definido y difundido las funciones y responsabilidades de autoridades e interesados en relación con el RSI.</p> <p>Se utiliza el sitio de información sobre eventos relacionados con el RSI como parte integral de los recursos de información del CNE.¹</p> | Los interesados tienen conciencia ² de sus funciones y responsabilidades relacionadas con el RSI. | CNE. |
|--|--|--|---|--|------|

1 Se usa al menos una vez al mes.

2 Se refiere a actividades periódicas específicas (por ejemplo, reuniones de cabildeo, capacitaciones, talleres, etc.) realizadas para mejorar la toma de conciencia sobre el RSI entre los interesados, incluidos los ministerios y socios pertinentes.

3 El sitio web se revisa y se actualiza periódicamente con información oportuna.

4 En <http://www.who.int/ihr/elibrary/legal/en/index.html>.

Capacidad básica 3. Vigilancia

| Componente de la capacidad básica | Indicador nacional | Instauración de las capacidades básicas del RSI, según grado de capacidad | | | |
|--|---|--|--|---|--|
| | | < 1 Fundamental | 1 Insumos y procedimientos | 2 Productos y resultados | 3 Logros adicionales |
| Vigilancia basada en indicadores ¹ (también llamada vigilancia estructurada, vigilancia de rutina o vigilancia de afecciones específicas) | Vigilancia ² basada en indicadores incluye una función de alerta temprana ³ para la detección temprana de un evento de salud pública. | Existe una lista de enfermedades prioritarias, ⁴ afecciones y definiciones de casos para la vigilancia. Hay una unidad específica que tiene a su cargo la vigilancia de los riesgos para la salud pública. | Los datos de la vigilancia de enfermedades con potencial epidémico o prioritarias se analizan a nivel nacional y subnacional por lo menos una vez por semana. Se han fijado las líneas de base, tendencias y umbrales relacionados con la alerta y la acción correspondientes al ámbito de la comunidad o el primer nivel de respuesta frente a eventos de enfermedad prioritarios. | La notificación es oportuna ⁵ en al menos 80% de todas las unidades que notifican. Se detectan las desviaciones o valores que sobrepasan los umbrales y se usa esa información para la acción en el primer nivel de respuesta de salud pública. ⁶ (Anexo 1A artículo 4a). Se han difundido los resultados de la vigilancia en forma de retroalimentación ⁷ periódica ⁸ a todos los niveles e interesados pertinentes. | Se ha evaluado la función de alerta temprana, según la vigilancia basada en indicadores? ¿Se han compartido los resultados de las experiencias nacionales, hallazgos, enseñanzas con la comunidad mundial. |

¹ La vigilancia basada en indicadores consiste en la notificación habitual de casos de enfermedad, como la de los sistemas de vigilancia de enfermedades de notificación obligatoria, centinela, de laboratorio y otros. Esta notificación habitual por lo general se genera en las instituciones de atención de la salud, que informan semanal o mensualmente.

² “Vigilancia” significa la compilación, la comparación y el análisis de datos de forma sistemática para fines relacionados con la salud pública, y la difusión oportuna de esa información a quienes la necesiten para tomar medidas de salud pública. Las funciones de vigilancia deben desempeñarse de acuerdo con normas internacionales, con tareas bien definidas, cadena de mando y comunicaciones establecidas en los ámbitos nacional e internacional; guías y procedimientos operativos normalizados, gestión adecuada de los datos, análisis, retroalimentación y supervisión.

³ El componente de alerta temprana sirve para detectar desviaciones de los valores normales

⁴ Las enfermedades prioritarias son aquellas de mayor importancia para la salud pública, según se defina en el país, y deben incluir las que figuran en el Anexo 2 del RSI.

⁵ Según las normas nacionales.

⁶ Por ejemplo, estudios de brotes reales documentados que no sean parálisis flácida aguda (se parte de la base que cualquier notificación de caso de parálisis flácida aguda se investiga de manera habitual).

⁷ Por ejemplo, boletines epidemiológicos, resúmenes electrónicos, otros boletines, informes de vigilancia, etc.

⁸ Según se defina en el país.

| | | | | | |
|---|--|---|--|---|---|
| Vigilancia basada en eventos ¹ | Se ha establecido la vigilancia basada en eventos ² | Se han seleccionado las unidades a cargo de la vigilancia basada en eventos. ³ | Se dispone de procedimientos operativos normalizados o guías nacionales, o ambos, para la vigilancia basada en eventos. ⁴ Se ha determinado cuáles son las fuentes ⁵ de información sobre eventos ⁶ y riesgos de salud pública. Se cuenta con un sistema o con mecanismos nacionales o subnacionales para detectar y registrar eventos de salud pública de diversas fuentes. ⁷ | Se dispone de procedimientos operativos normalizados o guías nacionales, o ambos, para la vigilancia basada en eventos. Se cuenta con el compromiso activo y la sensibilidad de líderes comunitarios, redes, trabajadores de la salud voluntarios y otros miembros de la comunidad para detectar y notificar eventos de salud inusitados, como indica el requisito. Se ha evaluado y actualizado, de haber sido necesario, la | Se han documentado las experiencias y hallazgos sobre la instauración de un sistema de vigilancia basado en eventos y su integración al sistema de vigilancia basada en indicadores y se han compartido con la comunidad mundial. Hay convenios con los países limítrofes con el fin de compartir información sobre la vigilancia y el control de eventos de salud pública que podrían ser de importancia internacional. |
|---|--|---|--|---|---|

1 La vigilancia basada en eventos consiste en la captura organizada y rápida de información sobre eventos que presentan un riesgo potencial para la salud pública. La información puede surgir de rumores y otros informes ad hoc transmitidos por conductos formales (es decir, sistemas de notificación establecidos) o informales (como son los medios de comunicación, trabajadores sanitarios e informes de organizaciones no gubernamentales).

2 La vigilancia basada en indicadores y la basada en eventos no constituyen necesariamente sistemas de vigilancia distintos; ambos contribuyen a la función de alerta temprana, que es fundamental para la detección adelantada y respuesta rápida. Si bien las funciones a menudo son comunes a ambos tipos de vigilancia, el grupo de expertos sugirió que en este documento las estrategias se presentaran por separado. Así se ayudaría a los países a determinar los temas que deberían reforzar al poner en práctica el nuevo concepto de vigilancia basada en eventos, especialmente porque la vigilancia cotidiana (basada en indicadores) se encuentra bien constituida en muchos países.

3 Puede ser parte del sistema existente de vigilancia habitual.

4 Incluye la detección, información, confirmación epidemiológica, evaluación y notificación, según corresponda.

5 Las fuentes de información incluyen las relacionadas con la salud, como los centros de atención de intoxicaciones, algunas fuentes de salud animal, servicios de salud ambiental, centros de farmacovigilancia, servicios de cuarentena, instituciones de sanidad y laboratorios asociados (agua, alimentos, control ambiental), funcionarios o instituciones de seguridad alimentaria, organismos de inspección sanitaria (restaurantes, hoteles, edificios), compañías de agua potable, funcionarios pertinentes de los puntos de entrada. Entre las fuentes no relacionadas con la salud están las oficinas de protección de radiaciones, servicios de control radiológico, organismos reguladores nucleares, grupos de protección del consumidor, fuentes políticas, organizaciones no gubernamentales, embajadas, fuerzas armadas, cárceles, medios de comunicación, publicaciones (internet, prensa universitaria) y fuentes de la comunidad. Hay otras fuentes que pueden reflejar el efecto de un evento de salud, por ejemplo, las farmacias en relación con las modalidades de consumo de medicamentos, los colegios en relación con el absentismo escolar, los centros meteorológicos que observan cambios climáticos (lluvias, temperatura), etc.

6 Eventos relacionados con enfermedades humanas, como son conglomerados de casos de una enfermedad o síndrome, presentación poco común de una enfermedad o defunciones inusitadas a juicio de los trabajadores de la salud y otros informantes clave del país. Asimismo, incluye eventos relacionados con exposición potencial de seres humanos.

7 Por ejemplo, de origen veterinario, de los medios de información (prensa escrita, radiodifusión, comunidad, medios electrónicos, internet, etc.).

| | | | | | |
|--|--|---|---|---|---|
| | | | | información sobre la respuesta comunitaria o del primer nivel. | |
| | | Se utiliza el instrumento de decisión del Anexo 2 del RSI (2005) para notificar a la OMS. | El CNE notificó a la OMS (anexo 1A, artículo 6b) todos los eventos que en los últimos 12 meses cumplieron con los criterios de notificación del Anexo 2 del RSI en un plazo de 24 horas a partir de que se llevara a cabo la evaluación del riesgo (artículo 6.1). ¹ | <p>Todos los eventos clasificados como urgentes² se evaluaron³ dentro de las 48 horas siguientes a la notificación (anexo 1A 6a).</p> <p>El CNE responde a todas las solicitudes de verificación de la OMS en un plazo de 24 horas (Artículo 10)?</p> <p>Se examina el uso del instrumento de decisión y se actualizan los procedimientos para tomar decisiones con base en las enseñanzas extraídas.</p> | Se documentan las experiencias del país y los hallazgos sobre la notificación y utilización del Anexo 2 del RSI y se comparten a nivel mundial. |

¹ La evaluación de riesgo puede hacerse a distinta escala (nacional o subnacional), según la estructura del país.

² A efectos del Anexo 1, los criterios que definen un evento urgente son “que tenga una repercusión de salud pública grave o se trate de un evento de naturaleza poco común o inusitada o ambos, y con riesgo significativo de propagación”.

³ La evaluación del riesgo puede realizarse en distintas esferas (nacional o subnacional), según corresponda en la estructura nacional.

Capacidad básica 4. Respuesta

| Componente de la capacidad básica | Indicador nacional | Instauración de las capacidades básicas del RSI, según grado de capacidad | | | |
|-----------------------------------|--|--|--|---|--|
| | | < 1 Fundamental | 1 Insumos y procedimientos | 2 Productos y resultados | 3 Logros adicionales |
| Capacidad de respuesta rápida | Se han creado los mecanismos de respuesta para casos de emergencias de salud pública. ¹ | Están accesibles los recursos necesarios para dar respuesta rápida a las emergencias de salud pública de importancia nacional o internacional. | Se han puesto en práctica procedimientos para la gestión de la respuesta a emergencias de salud pública con respecto a puesto de mando, comunicaciones y control para el funcionamiento durante tal emergencia. Hay normas de atención de casos para afecciones prioritarias. | Se ha realizado una evaluación de los procedimientos de gestión de la respuesta a emergencias (incluido un mecanismo para activar el plan de respuesta) después de una situación real o simulada. | Se cuenta con un centro de dedicación exclusiva para las operaciones de mando y control. |
| | | | Hay equipos de respuesta rápida ² (ERR) para responder a los eventos que podrían constituir emergencias de salud pública. Se cuenta con procedimientos operativos | Se llevan a cabo sistemáticamente evaluaciones de la oportunidad ³ y calidad de la respuesta, entre otras. Es posible activar el | El país ha ofrecido ayuda a otros Estados Partes para preparar su capacidad de respuesta o poner en marcha medidas de control. |

¹ Incluidas las emergencias relacionadas con el RSI.

² El ERR es un grupo multisectorial y multidisciplinario de individuos que está listo para responder 24 horas al día (Anexo 1A, Artículo 6h) en caso de un evento de salud pública; sus integrantes tienen formación en investigación y control de brotes, control de infecciones y descontaminación, movilización social y comunicaciones, toma y transporte de muestras, investigación y manejo de eventos químicos y, si se aplica, radiactivos. La composición del equipo la determina el país.

³ "Oportunidad" se refiere aquí al tiempo transcurrido entre la detección del evento y el inicio de la respuesta recomendada.

| | | | | | |
|-------------------------------------|--|---|--|--|--|
| | | | normalizados o pautas que activen el funcionamiento de los ERR. | funcionamiento de los ERR ¹ en un plazo de 48 horas ² después de la primera notificación de un evento urgente. ³ | |
| Atención de casos | Se dispone de procedimientos de atención de casos para los riesgos pertinentes del RSI. ⁴ | Se dispone de normas de atención de casos para enfermedades prioritarias con potencial epidémico. | Se dispone de normas de atención de casos para enfermedades prioritarias ⁵ y riesgos ⁶ en los niveles pertinentes del sistema de salud. Se dispone de procedimientos operativos normalizados para la atención y el transporte de pacientes con infección potencial en la comunidad y en los puntos de entrada. ⁷ | Se ha puesto en marcha un sistema de derivación y transporte ⁸ de pacientes según normas nacionales e internacionales. Se cuenta con personal debidamente capacitado (según definición nacional) en el manejo de emergencias pertinentes al RSI. | Las experiencias nacionales sobre el manejo de eventos biológicos, químicos, radiactivos y nucleares importantes se han publicado y compartido con la comunidad mundial. |
| Control de infecciones ⁹ | Se ha establecido la prevención y el control de | Se ha asignado la responsabilidad | Se cuenta con una política o un plan operativo de | Se han puesto en práctica planes nacionales de | Se evalúan periódicamente las medidas de control |

1 “Oportunidad” se refiere aquí al tiempo transcurrido entre la detección del evento y el inicio de la respuesta recomendada.

2 En el caso de ciertos peligros, la respuesta podría requerirse antes de las 48 horas.

3 A efectos del Anexo 1, los criterios que definen un evento urgente son que tenga una repercusión de salud pública grave o se trate de un evento de naturaleza poco común o inusitada o ambos, y con riesgo significativo de propagación..

4 Riesgos como las zoonosis, inocuidad de los alimentos, químicos, radiactivos y nucleares, etc.

5 Las enfermedades prioritarias deben incluir las especificadas en el Anexo 2 del RSI (2005): viruela, poliomielitis debida a poliovirus salvaje, influenza humana causada por un subtipo nuevo, síndrome respiratorio agudo grave (SRAG).

6 Nucleares, químicos, de zoonosis e inocuidad de los alimentos.

7 Según el artículo 57, 2(d) del RSI (2005).

8 RSI (2005), Anexo 1B, 1(b).

9 Se refiere a la autoridad nacional institucional de Prevención y Control de Infecciones con personal dedicado, presupuesto, objetivos, cobertura y funciones. Se necesita el aporte de los establecimientos de salud para elaborar y aplicar políticas locales coherentes con el programa de control de infecciones y las normas. En el sitio http://www.who.int/csr/resources/publications/WHO_HSE_EPR_2009_1/en/ se puede encontrar información completa sobre este tema.

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|---|
| | <p>infecciones en el ámbito nacional y hospitalario.</p> | <p>de la vigilancia de las infecciones asociadas a la atención de la salud en el país.</p> <p>Se ha asignado la responsabilidad de la vigilancia de la resistencia a los antimicrobianos en el país.¹</p> | <p>prevención y control de infecciones.</p> <p>Los hospitales tienen a su disposición procedimientos operativos normalizados, guías y protocolos de prevención y control de infecciones.</p> <p>Todos los hospitales del tercer nivel tienen zonas designadas y procedimientos para la atención de pacientes que requieran precauciones de aislamiento² específico según normas nacionales o internacionales.</p> <p>Hay normas y guías para la protección de la salud de los trabajadores.</p> | <p>control de infecciones para todo el país.</p> <p>La atención de los pacientes con enfermedades altamente infecciosas cumple con las normas de prevención y control de infecciones.</p> <p>Existe la vigilancia de grupos de alto riesgo³ para detectar e investigar rápidamente los conglomerados de pacientes con enfermedades infecciosas y las enfermedades del personal de la salud que no tengan explicación.</p> <p>Como mínimo, todos los hospitales del tercer nivel cuentan con</p> | <p>de infecciones y su eficacia y se publican los resultados.</p> <p>Se ha puesto en marcha un programa nacional⁴ de protección de los trabajadores de la salud.</p> <p>Se cuenta con un sistema de vigilancia de la resistencia a los antimicrobianos, con datos sobre la magnitud y tendencias del problema.</p> |
|--|--|--|--|--|---|

¹ Podría ser la misma entidad (unidad o persona) a cargo de las infecciones asociadas con la atención de la salud.

² Las precauciones de aislamiento incluyen: espacios designados (por ejemplo, habitaciones individuales o salas generales), número adecuado de personal y equipo apropiado para el manejo de riesgos de infección.

³ En los grupos de riesgo se encuentran los pacientes de unidades de cuidados intensivos, neonatos, los pacientes inmunosuprimidos, los que se encuentran en los departamentos de urgencia con infecciones poco comunes, etc.

⁴ Tal programa contemplaría medidas de prevención y tratamiento para los trabajadores de la salud, por ejemplo, vacunas contra la influenza y la hepatitis y equipo de protección personal.

| | | | | | |
|---|--|---|--|---|---|
| | | | | profesionales capacitados en prevención y control de infecciones. | |
| Desinfección, descontaminación y control de vectores ¹ | Existe un programa de desinfección, descontaminación y control de vectores. ² | Se cuenta con un inventario actualizado de materiales de desinfección, descontaminación y control de vectores. ³ | Se dispone de los materiales indispensables para la desinfección, ⁴ descontaminación y el control de vectores en los sitios indicados. Se han establecido las políticas y procedimientos para desechar residuos médicos y no médicos de manera segura. | Se ha establecido la capacidad de descontaminación química ⁵ para los riesgos químicos más importantes. Se ha establecido la capacidad de descontaminación en casos de riesgos radiactivos y nucleares, según corresponda en la situación nacional. | El país ha ofrecido ayuda a otros Estados Partes para preparar su capacidad de desinfección y descontaminación. |

¹ Esta capacidad representa las medidas tomadas durante eventos de respuesta en los sitios afectados.

² Según la definición del RSI (2005), un vector es todo insecto u otro animal que normalmente sea portador de un agente infeccioso que constituya un riesgo para la salud pública.

³ En países pequeños esto puede no ser necesario.

⁴ Equipo de protección personal, desinfectantes, etc.

⁵ La capacidad de descontaminación comprende inspección, inventarios, almacenamiento y adquisición de equipo de protección personal cuando se necesite; asimismo abarca el mantenimiento y descontaminación de los equipos, mantenimiento de registros de capacitación y exposición, adiestramiento continuo, contratación de nuevos miembros del equipo, etc.

Capacidad básica 5. Preparación¹

| Componente de la capacidad básica | Indicador nacional | Instauración de las capacidades básicas del RSI, según grado de capacidad | | | |
|---|---|--|--|---|---|
| | | < 1 Fundamental | 1 Insumos y procedimientos | 2 Productos y resultados | 3 Logros adicionales |
| Preparación y respuesta para emergencias de salud pública | Se ha elaborado el plan nacional de preparación y respuesta en casos de emergencias de salud pública nacionales causadas por riesgos múltiples. | Se ha realizado una evaluación ² de las estructuras y recursos nacionales necesarios disponibles para lograr las capacidades básicas del RSI (anexo 1A, artículo 2). Se ha elaborado un plan nacional para lograr las capacidades básicas que requiere el RSI (anexo 1A artículo 2). | Se ha elaborado ³ el plan nacional de preparación y respuesta en casos de emergencias de salud pública. El plan nacional de respuesta a emergencias sanitarias incorpora los riesgos relacionados con el RSI y los puntos de entrada. Hay procedimientos, planes o estrategias para redistribuir o movilizar recursos nacionales y subnacionales para apoyar las acciones en el nivel comunitario o primario de | El plan de respuesta nacional para emergencias de salud pública se evalúa en situaciones reales o ejercicios de simulación y se actualiza según sea necesario. Es posible aumentar ⁴ la capacidad de respuesta a emergencias de salud pública de importancia nacional e internacional y se ha evaluado esta capacidad en situaciones reales o simuladas (por ejemplo, como parte de los | Se han documentado y compartido con la comunidad mundial las experiencias y resultados en relación con la respuesta a emergencias y la movilización del aumento de la capacidad de respuesta. |

¹ Preparación para crear la capacidad de respuesta a emergencias de salud pública, entre otras, la aplicación del RSI.

² Por ejemplo inventario de la infraestructura local, puntos de entrada, establecimientos de salud, equipos y suministros más importantes, personal, recursos financieros, especialistas, laboratorios, instituciones, organizaciones no gubernamentales que puedan colaborar a nivel de la comunidad y transporte.

³ Apropiado para el contexto nacional (Estado federal o gobierno centralizado).

⁴ El aumento de la capacidad consiste en: la aptitud del sistema sanitario de crecer más allá de su funcionamiento normal para satisfacer un aumento súbito de la demanda. Comprende potencialmente un aumento del número de camas para pacientes; espacio para realizar la clasificación (triaje), dar la atención, vacunar y descontaminar a los pacientes o simplemente ubicarlos; disponibilidad de personal de todo tipo; medicamentos, equipos y suministros, e incluso la capacidad legal de dar atención de la salud en circunstancias que exceden la capacidad autorizada (*Health Care at the Crossroads: Strategies for Creating and Sustaining Community-wide Emergency Preparedness Strategies*. JCAHO 2003).

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| | | | respuesta. | planes de respuesta). | |
| Manejo de riesgos y de los recursos en relación con la preparación para el RSI | Se ha hecho un mapeo de los riesgos y recursos de salud pública prioritarios. | Hay un directorio o lista de especialistas en salud y otros temas para colaborar en la respuesta a riesgos relacionados con el RSI. | Se ha hecho un análisis ¹ para detectar potenciales “eventos urgentes de salud pública” y determinar cuáles serían las fuentes más probables de tales eventos. Se cuenta con un plan ² para la gestión y distribución de las reservas nacionales. ³ | Se ha hecho un mapa ⁴ de los recursos nacionales en caso de peligros pertinentes al RSI y riesgos prioritarios. Hay reservas accesibles (cantidad indispensable de existencias) para responder a eventos biológicos, químicos y radiactivos prioritarios y a otras emergencias. | Se evalúan periódicamente las características del riesgo nacional y los recursos para adaptarlos a las amenazas emergentes. El país contribuye a las reservas internacionales. |

¹ Los riesgos no se refieren solo a la fuente, sino también a los aspectos vulnerables y la presencia o ausencia de capacidades. La evaluación del riesgo debe comprender el mapeo de diversos riesgos, modelos de brotes de enfermedades, modalidades locales de transmisión de enfermedades, fuentes de alimentos o agua contaminados, etc. Asimismo, dentro de lo posible se deben incluir los sitios o instalaciones que podrían ser la fuente de una emergencia de carácter químico, radiactivo, nuclear o biológico de importancia nacional o internacional y las poblaciones vulnerables.

² Puede incluir la gestión de recursos internacionales, en caso necesario.

³ Rotación de las reservas de acuerdo con las fechas de vencimiento, almacenamiento adecuado de diversos medicamentos, logística y distribución a las farmacias y hospitales en todo el país.

⁴ Por ejemplo inventario de la infraestructura local, puntos de entrada, establecimientos de salud, equipos y suministros más importantes, personal, recursos financieros, especialistas, laboratorios, instituciones, organizaciones no gubernamentales que puedan colaborar a nivel de la comunidad y transporte.

Capacidad básica 6. Comunicación de riesgo

| Componente de la capacidad básica | Indicador nacional | Instauración de las capacidades básicas del RSI, según grado de capacidad | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| | | < 1 Fundamental | 1 Insumos y procedimientos | 2 Productos y resultados | 3 Logros adicionales |
| Políticas y procedimientos de comunicación pública | Se dispone de mecanismos de comunicación eficaces para usar durante emergencias de salud pública. | Se conocen los asociados e interesados ¹ pertinentes a la comunicación de riesgo | Se ha seleccionado una unidad (puede ser parte de una estructura existente) que se haga cargo de la comunicación ² durante los eventos de salud pública. Se ha elaborado un plan de comunicación de riesgo. ³ Se han elaborado políticas, procedimientos operativos normalizados o directrices acerca de las autorizaciones que se requieren ⁴ para liberar información durante una emergencia de salud pública. | El plan de comunicación de riesgo se ha puesto en práctica o a prueba, ya sea en una emergencia real o simulada en los últimos 12 meses y se ha actualizado. Con posterioridad a una emergencia, se realiza una evaluación de la comunicación para la salud pública en la que se analiza el carácter oportuno, transparente ⁷ y apropiado de las comunicaciones. En las tres | Los resultados de las evaluaciones de la comunicación de riesgos durante emergencias de salud pública se han compartido con la comunidad mundial. |

¹ Los interesados abarcan cualquier grupo, organización o sistema que puede afectar o ser afectado por las comunicaciones durante un evento de salud pública.

² Incluye la designación de uno o varios voceros y sus suplentes.

³ El plan debe contener las funciones y responsabilidades de los interesados y la movilización social de las comunidades.

⁴ Procedimientos para obtener el visto bueno del personal científico, técnico y de comunicaciones antes de liberar la información durante eventos de salud pública.

⁵ Pueden ser sitios o páginas web (nacionales), reuniones comunitarias, emisiones radiales nacionales u otras, según corresponda.

⁶ Los puntos de vista y percepciones de individuos, socios y comunidades afectados por emergencias de salud pública deben tomarse en consideración. Estos grupos deben abarcar las poblaciones vulnerables, minoritarias, desfavorecidas y otros grupos de riesgo.

⁷ Aquí la transparencia incluye la apertura, comunicación y rendimiento de cuentas, es decir, toda la información sobre riesgos de salud pública está a la vista y disponible libremente.

| | | | | | |
|--|--|--|---|--|--|
| | | | <p>Los medios de comunicación y el público en general disponen de fuentes de información actualizadas periódicamente.⁵</p> <p>Hay materiales pertinentes y accesibles sobre información, educación y comunicaciones (IEC) adaptados a las necesidades de la población.⁶</p> | <p>situaciones de emergencia de salud pública de carácter nacional o internacional más recientes se ha informado a la población y a los asociados sobre el riesgo real o potencial dentro del plazo de 24 horas a partir de la confirmación.</p> | |
|--|--|--|---|--|--|

Capacidad básica 7. Recursos humanos

| Componente de la capacidad básica | Indicador nacional | Instauración de las capacidades básicas del RSI, según grado de capacidad | | | |
|-----------------------------------|---|---|--|--|--|
| | | < 1 Fundamental | 1 Insumos y procedimientos | 2 Productos y resultados | 3 Logros adicionales |
| Capacidad de recursos humanos | Se dispone de recursos humanos para cumplir con los requisitos de la implementación de las capacidades básicas del RSI. | Se ha identificado la unidad a cargo de desarrollar la capacidad de recursos humanos para el RSI. | Se ha hecho un análisis de las necesidades con el fin de detectar déficits de recursos humanos y capacitación para cumplir con los requisitos del RSI. ¹ Existe un plan de formación de la fuerza de trabajo o de capacitación de recursos humanos que abarque lo que requiere el RSI. | El progreso logrado en relación con el número de trabajadores y las destrezas es coherente con los propuestos en el plan de capacitación. Se ha preparado una estrategia o plan para tener acceso a capacitación en epidemiología de campo (de un año o más) ya sea nacional, regional o internacional. | Hay programas específicos, con recursos financieros, para adiestrar al personal para hacer frente a los peligros pertinentes al RSI. |

¹ El análisis de las necesidades de capacitación puede hacerse por medio de un cuestionario que se circule, el consenso de especialistas o un examen sistemático .

Capacidad básica 8. Laboratorio^{1, 2}

| Componente de la capacidad básica | Indicador nacional | Instauración de las capacidades básicas del RSI, según grado de capacidad | | | |
|---|--|---|--|---|--|
| | | < 1 Fundamental | 1 Insumos y procedimientos | 2 Productos y resultados | 3 Logros adicionales |
| Políticas y coordinación de los servicios de laboratorio | Se ha establecido un mecanismo para coordinar los servicios de laboratorio. | Se ha seleccionado la entidad que coordinará los servicios de laboratorio. | Se dispone de un plan nacional que contempla las funciones esenciales de los laboratorios, los requisitos mínimos y aspectos de permisos y registros. | Se ha distribuido a los laboratorios de diagnóstico políticas actualizadas donde se especifican los requisitos mínimos ³ de los servicios autorizados de laboratorio. ⁴ | Se ha designado a las autoridades nacionales que validarán o regularán los dispositivos de diagnóstico in vitro que se usen en el país. |
| Capacidad de diagnóstico y confirmación de los laboratorios | Se dispone de servicios de laboratorio para hacer pruebas relacionadas con las amenazas a la salud prioritarias. | Hay una política que garantice la calidad de la capacidad de diagnóstico de laboratorio (por ejemplo, concesión de licencias, acreditación, etc.) | Se cuenta con guías o normas de calidad para el laboratorio. Se cuenta con una red de laboratorios nacional e internacional que satisfaga las necesidades de diagnóstico y confirmación y colabore en la investigación de brotes relacionados con | Se han puesto en práctica esquemas de evaluación externa de la calidad, nacionales o internacionales, para los tipos ⁵ más importantes de laboratorios diagnósticos. Se derivan más de 10 especímenes peligrosos (que | Todos los laboratorios de diagnóstico son certificados o acreditados según normas internacionales ⁶ o normas nacionales adaptadas de las internacionales. |

¹ RSI (2005), Anexo 1, punto 6 (b) Respuesta de salud pública para prestar apoyo mediante personal especializado, el análisis de muestras en laboratorio (localmente o en centros colaboradores) y asistencia logística (por ejemplo, equipo, suministros y transporte).

² En esta capacidad básica, laboratorio(s) se refiere a los laboratorios nacionales y los internacionales a los cuales el país tiene acceso por medio de convenios.

³ Con base en las necesidades del país y las prioridades relacionadas con el RSI.

⁴ Los servicios incluyen exámenes autorizados, procedimientos y recursos (humanos y financieros).

⁵ Por ejemplo, virología, hematología, inmunología, microbiología, etc.

⁶ Normas internacionales: ISO 9001, ISO 17025, ISO 15189, de la OMS para poliomielitis, sarampión, etc.

| | | | | | |
|--|--|---|--|---|--|
| | | | <p>los eventos que figuran en el Anexo 2 del RSI (2005).</p> <p>Existe un inventario actualizado y accesible de laboratorios públicos y privados que incluye la capacidad de diagnóstico pertinente.</p> | <p>no sean de parálisis flácida aguda)</p> <p>anualmente para análisis a laboratorios de referencia nacionales o internacionales.</p> | |
| | Se ha establecido la vigilancia de influenza. ¹ | Se dispone de pruebas de influenza en el ámbito nacional o internacional. | Hay procedimientos para evaluar rápidamente los conglomerados de casos de enfermedad respiratoria aguda grave de causa desconocida o casos individuales cuando el riesgo epidemiológico es alto. | El país participa en la Red Mundial de Vigilancia de la Influenza y periódicamente envía aislamientos virales para análisis. | Se dispone de datos o mapas de las cepas de influenza circulantes y se comparte esta información con la comunidad mundial. |

Capacidad básica 8, cont. Laboratorio

| Componente de la capacidad básica | Indicador nacional | Instauración de las capacidades básicas del RSI, según grado de capacidad | | | |
|-----------------------------------|--|---|--|--|---|
| | | < 1 Fundamental | 1 Insumos y procedimientos | 2 Productos y resultados | 3 Logros adicionales |
| Toma de muestras y transporte | Existe un sistema para la toma, empaque y transporte de muestras clínicas. | Se dispone de kits para la recolección y el transporte de muestras. | Se cuenta con procedimientos operativos normalizados compatibles con | Los especímenes clínicos viables de investigaciones de eventos | Anualmente se envía al menos una muestra a un laboratorio colaborador |

¹ La vigilancia de influenza se usa en reemplazo de las enfermedades del anexo 2 del RSI.

| | | | | | |
|----------------|--------|------------------|---|--|---|
| | | | las normas internacionales para la recolección y transporte de especímenes clínicos. | urgentes de salud pública ¹ se envían a un laboratorio apropiado en un plazo adecuado entre la toma de la muestra o el transporte a un laboratorio de referencia internacional. | internacional como parte de un ejercicio o investigación. |
| | | | Los kits para la toma y el transporte de especímenes se han localizado de antemano en lugares apropiados para movilizarlos inmediatamente durante un evento de salud pública. Se ha capacitado al personal (incluido los miembros de los EER) en la toma y transporte de muestras. | El personal del nivel nacional u otro ámbito pertinente ha recibido adiestramiento en el envío de sustancias infecciosas según normas internacionales (ICAO/IATA). ² En la investigación de un evento de salud pública urgente, se aplican procedimientos para el envío de sustancias infecciosas que corrientemente cumplen con las normas de la IATA/ICAO: | |
| Bioseguridad y | Se han | Los laboratorios | Se ha seleccionado | Se aplican | Los laboratorios de |

¹ Es decir, más de 80%.

² Organización Internacional de Aviación Civil (ICAO); Asociación Internacional de Transporte Aéreo (IATA).

| | | | | | |
|---------------------------------|--|---|--|--|--|
| bioprotección en el laboratorio | implantado prácticas de bioseguridad y bioprotección en el laboratorio (gestión de biorriesgos ¹). | tienen acceso a las pautas de bioseguridad. | a una persona o institución ² a cargo de la inspección (podría incluir la certificación del equipo de bioseguridad) de los laboratorios en relación con el cumplimiento de los requisitos de bioseguridad. Se dispone de regulaciones, políticas o estrategias ³ de bioseguridad en el laboratorio. Se ha designado una entidad ⁴ que tenga a su cargo la bioseguridad y bioprotección en el laboratorio. | procedimientos de bioseguridad y bioprotección en el laboratorio y se vigilan corrientemente. Se realiza la evaluación de los biorriesgos ⁵ en los laboratorios que sirve para guiar y actualizar las regulaciones, procedimientos y prácticas, incluidas la descontaminación y gestión de residuos infecciosos. | diagnóstico ⁶ están designados y autorizados o certificados para operar con nivel de bioseguridad 2 o más alto según el nivel correspondiente del sistema de salud. |
|---------------------------------|--|---|--|--|--|

| Capacidad básica 8, cont. Laboratorio | | | | | |
|---------------------------------------|--|---|--|--|---|
| Componente de la capacidad básica | Indicador nacional | Instauración de las capacidades básicas del RSI, según grado de capacidad | | | |
| | | < 1 Fundamental | 1 Insumos y procedimientos | 2 Productos y resultados | 3 Logros adicionales |
| Vigilancia basada en el laboratorio | Se ha establecido el manejo de datos y la notificación en el | Se han seleccionado los agentes patógenos | Se han establecido procedimientos de notificación entre los servicios de | Los laboratorios de diagnóstico cuentan con procedimientos | La experiencia natural y los resultados de la vigilancia basada |

1 Gestión de biorriesgos en los laboratorios o relacionado con el laboratorio.

2 Con recursos asignados, procedimientos operativos normalizados, etc.

3 Incluye políticas o regulaciones locales de protección de los trabajadores de los laboratorios (por ejemplo, inmunizaciones, tratamiento antiviral de urgencia, medidas específicas para las mujeres embarazadas, equipo de protección personal, etc.) y normas para la gestión y disposición de sustancias peligrosas.

4 Podría ser un grupo o comité de especialistas o una institución.

5 Biorriesgo consiste en la combinación de la probabilidad de que ocurra un daño y la gravedad de ese daño, cuando la fuente es un agente biológico o toxina, por ejemplo, el riesgo que surge de tocar, manipular, guardar y desechar sustancias infecciosas.

6 Aquí se refiere a los laboratorios de salud pública, clínicos u hospitalarios.

| | | | | | |
|--|--------------|--|--|--|---|
| | laboratorio. | objeto de la vigilancia en el laboratorio. | laboratorio y el departamento de vigilancia, con requisitos de puntualidad por clase de agente patógeno. | operativos normalizados para el manejo, seguridad y calidad de los datos. Los análisis de los datos de los laboratorios y los informes respectivos se han difundido entre los interesados pertinentes. ¹ | en el laboratorio se han compartido con la comunidad mundial. |
|--|--------------|--|--|--|---|

¹ Los interesados son el departamento de epidemiología del ministerio de salud, los laboratorios nacionales de referencia y los laboratorios privados, según corresponda.

Puntos de entrada

| Componente del punto de entrada | Indicador nacional | Instauración de las capacidades básicas del RSI requeridas en los puntos de entrada, según grado de capacidad | | | |
|--|---|--|--|--|---|
| | | < 1 Fundamental | 1 Insumos y procedimientos | 2 Productos y resultados | 3 Logros adicionales |
| Obligaciones generales de los puntos de entrada ¹ | Se han satisfecho las obligaciones generales de los puntos de entrada | <p>Se realizó una reunión (o se usó otro método apropiado) para designar los puntos de entrada.</p> <p>Se realizó una reunión (o se usó otro método apropiado) para elaborar la lista de puertos autorizados a emitir certificados relacionados con la sanidad a bordo (si corresponde).</p> | <p>Hay puertos y aeropuertos designados en los que se establecerán las capacidades básicas mencionadas en el anexo 1 del RSI (artículo 20, 1).</p> <p>Se ha seleccionado a las autoridades competentes² en cada punto de entrada según lo especifica el Artículo 19 B del RSI (2005).</p> <p>Se ha enviado a la OMS una lista de puertos autorizados para emitir certificados relacionados con la sanidad a bordo (según el artículo 20. 3), si</p> | <p>Se aplican los documentos³ actualizados del RSI 2005 en los puntos de entrada designados.</p> <p>Se evalúan los puntos de entrada designados.⁴</p> <p>Se actualiza la legislación, regulaciones, requerimientos administrativos, protocolos, procedimientos y otros mecanismos gubernamentales pertinentes.</p> | Hay puntos de entrada designados por más de un país para desarrollar las capacidades básicas conjuntamente. |

¹ Sírvase ingresar el número de aeropuertos, puertos y pasos fronterizos terrestres en la casilla de observaciones.

² Autoridad competente significa una autoridad responsable de la puesta en práctica y aplicación de medidas sanitarias con arreglo al presente Reglamento. El Centro Nacional de Enlace es el centro nacional, designado por cada Estado Parte para efectos del RSI, con el que se podrá establecer contacto en todo momento para recibir las comunicaciones de los puntos de contacto de la Organización Mundial de la Salud (artículos 1 y 22).

³ Certificado internacional de vacunación o profilaxis; certificado de control de sanidad a bordo; certificado de control de sanidad de la embarcación; la declaración marítima de sanidad, y la sección sanitaria de la declaración general de aeronave.

⁴ Por ejemplo, con el Instrumento de evaluación de los requisitos de capacidad básicas en los puntos de entrada y planilla Excel: http://www.who.int/ihr/ports_airports/PoE/en/index.

| | | | | | |
|--|---|--|---|--|--|
| | | | corresponde. | | |
| Coordinación y comunicación ¹ | Se ha establecido la coordinación ² para la prevención, detección y respuesta a emergencias de salud pública en los puntos de entrada. | Existe una lista de sectores y organizaciones con los cuales coordinarse en los puntos de entrada. | Se han establecido procedimientos ³ de coordinación y comunicación entre los CNE del RSI y las autoridades competentes de los puntos de entrada, y con los sectores y niveles pertinentes. | Los procedimientos de coordinación y comunicación entre el CNE y las autoridades competentes de los puertos de entrada y con los sectores y niveles pertinentes se ponen a prueba, se actualizan y, de ser necesario, se planifican acciones correctivas. Los procedimientos de comunicación ⁴ internacional entre las autoridades pertinentes de los puntos de entrada se evalúan y actualizan, si corresponde. | Se ha evaluado la eficacia de la comunicación entre los interesados pertinentes en los puntos de entrada y se han compartido las experiencias con la comunidad mundial. Se han elaborados convenios o acuerdos bilaterales o multilaterales sobre la prevención o control de la transmisión internacional de enfermedades en los puntos de entrada. |

¹ Nótese la relación con la capacidad básica 2 , coordinación. Estos atributos también debe considerarse en la capacidad básica 2.

² Coordinación efectiva y estructura de comunicación entre autoridades competentes de los puntos de entrada, y entre el CNE y las autoridades nacionales, intermedias y locales.

³ Por ejemplo, procedimientos operativos normalizados o protocolos.

⁴ Artículo 27. 2 a) del RSI (2005): “cuando se produzca la salida, la autoridad competente facilitará la información a que se hace referencia en el apartado b) a la autoridad competente del siguiente punto de entrada conocido; y b) si se trata de una embarcación, se anotarán en el certificado de control de sanidad a bordo las pruebas encontradas y las medidas de control exigidas”.

Puntos de entrada (cont.)

| Componente del punto de entrada | Indicador nacional | Instauración de las capacidades básicas del RSI requeridas en los puntos de entrada, según grado de capacidad | | | |
|---------------------------------|--|---|--|--|---|
| | | < 1 Fundamental | 1 Insumos y procedimientos | 2 Productos y resultados | 3 Logros adicionales |
| Capacidades básicas permanentes | Se ha establecido la vigilancia ¹ efectiva y otras capacidades habituales en los puntos de entrada. | Se han seleccionado las afecciones principales que se vigilarán en los puntos de entrada. | <p>La información de la vigilancia obtenida en los puntos de entrada designados se comparte con el departamento o unidad de vigilancia.</p> <p>Existen mecanismos de intercambio de información entre los puntos de entrada designados y los establecimientos de salud.</p> <p>Los puntos de entrada designados tienen acceso a servicios médicos apropiados, incluidos medios diagnósticos, para evaluar y tratar rápidamente a los viajeros enfermos, y tienen personal,</p> | <p>Hay un programa de inspección en funcionamiento que garantiza un ambiente seguro en las instalaciones de los puntos de entrada.²</p> <p>Hay un programa de control de vectores y reservorios en funcionamiento en el propio punto de entrada o cerca de él (anexo 1b, artículo 1e).</p> <p>Los puntos de entrada designados (por tipo) cuentan con personal especializado en la inspección de medios de transporte</p> | Se ha hecho un análisis de las amenazas a la salud en los puntos de entrada designados en los últimos 12 meses y se han publicado los resultados. |

¹ Podría ser parte del sistema de vigilancia nacional, o según se haya asignado en el país.

² Abarca suministro de agua potable, lugares para comer, servicios de alimentos para vuelos, baños públicos, servicios de disposición de desechos líquidos y sólidos y otros riesgos potenciales, según corresponda.

| | | | | | |
|--|--|--|---|---|--|
| | | | equipo e instalaciones adecuados (Anexo 1B, punto 1a). | (anexo 1b, artículo 1c). | |
| Capacidades básicas para responder a emergencias de salud pública en los puntos de entrada | Se ha establecido la capacidad de dar respuesta eficaz en los puntos de entrada. | Los puntos de entrada designados disponen de procedimientos operativos normalizados. | <p>Cada punto de entrada designado cuenta con un plan de contingencia para emergencias de salud pública que se han difundido entre los interesados.</p> <p>Los puntos de entrada designados cuentan con espacio adecuado para entrevistar a personas afectadas o con sospecha de enfermedad al que no tengan acceso otros viajeros (anexo 1B, artículo 2c).</p> <p>En los puntos de entrada hay un sistema para derivar y transportar a los pasajeros enfermos a una dependencia médica apropiada</p> | <p>El plan de contingencia para emergencias de salud pública de los puntos de entrada designados se ha integrado a otros planes de respuesta, se somete a prueba y actualiza, según corresponda.</p> <p>Los puntos de entrada designados pueden evaluar a los pasajeros con sospecha de enfermedad o ponerlos en cuarentena y dar atención a los viajeros o animales afectados¹ (anexo 1 B, puntos 2b y 2d).</p> | Ejercicios regionales realizados para evaluar el plan de contingencia para emergencias de salud pública. |

1 Mediante convenios con servicios médicos y veterinarios locales para su aislamiento, tratamiento y demás servicios de apoyo que puedan ser necesarios.

2 Comprende los controles de entrada y salida de pasajeros que llegan y parten y medidas de desinsectación, desratización, desinfección, descontaminación u otros tratamientos del equipaje, carga, contenedores, medios de transporte, mercancías o paquetes postales, inclusive, cuando corresponda en lugares designados y equipados especialmente a ese efecto.

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | <p>(anexo 1b, artículo 1 b y 2 g).</p> | <p>Los puntos de entrada designados pueden aplicar medidas para la entrada y salida de pasajeros que lleguen y partan y otras medidas sanitarias² recomendadas (artículos 1B, 2e, 2f) .</p> <p>Los puntos de entrada designados tienen acceso a equipo específicamente designado y a personal capacitado (con equipo de protección personal adecuada) para transportar viajeros que puedan ser portadores de infección o contaminación.</p> | |
|--|--|--|--|--|--|

Riesgos potenciales relacionados con el RSI 1: Eventos de zoonosis

| Componente del riesgo | Indicadores | Instauración de las capacidades básicas de detectar y responder a eventos de zoonosis, por grado de capacidad | | | |
|---|---|---|---|---|--|
| | | < 1 Fundamental | 1 Insumos y procedimientos | 2 Productos y resultados | 3 Logros adicionales |
| Capacidad de detectar y responder a eventos de zoonosis de importancia nacional o internacional | Se han creado los mecanismos para detectar y responder a las zoonosis reales y potenciales. | Hay coordinación entre las autoridades gubernamentales responsables de la detección de las zoonosis y de la respuesta a ellas. ¹ | Hay una política, estrategia o plan nacional para la vigilancia de eventos de zoonosis y la respuesta a ellos. Se han designado puntos de enlace a cargo de la salud animal (incluida la de animales salvajes) que se coordinen ² con el Ministerio de Salud o los CNE del RSI. | Se han creado mecanismos funcionales ³ de colaboración intersectorial que abarquen unidades y laboratorios de vigilancia de salud humana y animal. | Se han compartido las experiencias y resultados de riesgos y eventos de zoonosis de importancia nacional o internacional potencial con la comunidad mundial en los 12 meses más recientes. |
| | | Se dispone de una lista de zoonosis prioritarias con sus respectivas definiciones de caso. | Se recaba y compara sistemática y oportunamente la información sobre zoonosis. El país tiene acceso a servicios de laboratorio, nacionales o internacionales (con | La vigilancia de las zoonosis incluye un componente comunitario. Se hace un intercambio de información sobre riesgos potenciales y eventos urgentes de | |

1 La coordinación de la vigilancia y la de la respuesta pueden recaer sobre autoridades distintas.

2 Esta coordinación incluye intercambio de información, reuniones, elaboración de procedimientos operativos normalizados colaborar en la respuesta, etc.

3 Puede ser un grupo de trabajo conjunto u otro mecanismo que incorpore los sistemas de vigilancia de la salud animal y humana y a cualquier otro sector pertinente.

| | | | | | |
|--|--|---|---|--|--|
| | | | procedimientos establecidos) para confirmar los eventos de zoonosis prioritarios. | zoonosis de manera oportuna ¹ y sistemática entre las unidades de vigilancia de salud animal y humana y otros sectores pertinentes. | |
| | | Se cuenta con un directorio actualizado periódicamente de especialistas que puedan responder a eventos de zoonosis. | Se han definido los mecanismos para que los sectores de salud humana y animal respondan a brotes de zoonosis. | Se responde de manera oportuna ² (según normas nacionales) a más de 80% de los eventos de zoonosis de importancia nacional o internacional potencial. | |

1 La oportunidad se juzga por criterios nacionales.

2 Aquí, "oportuno" se refiere al tiempo transcurrido entre la detección y la respuesta.

Riesgos potenciales relacionados con el RSI 2: Inocuidad de los alimentos

| Componente de riesgo | Indicadores | Instauración de las capacidad del RSI de detectar eventos de inocuidad de los alimentos y de responder a ellos según grado de capacidad | | | |
|--|--|---|--|--|--|
| | | < 1 Fundamental | 1 Insumos y procedimientos | 2 Productos y resultados | 3 Logros adicionales |
| Capacidad de detectar eventos de inocuidad de los alimentos que puedan constituir una emergencia de salud pública de importancia nacional o internacional y de responder a ellos | Hay mecanismos para detectar enfermedades transmitidas por alimentos y contaminación de alimentos y responder a ellos. | Se dispone de normas nacionales o internacionales de inocuidad de alimentos. ¹ | Hay leyes, regulaciones o políticas nacionales que faciliten el control de la inocuidad de los alimentos. ² Se ha creado un mecanismo de coordinación entre las personas a cargo de la inocuidad de los alimentos (por ejemplo, el contacto de emergencia de INFOSAN, de pertenecer a esa institución) y el CNE del RSI. | Hay mecanismos funcionales ³ de colaboración multisectorial en caso de eventos de inocuidad de los alimentos. | El país es un integrante activo de INFOSAN. ⁴ |
| | | Hay una lista de riesgos prioritarios relacionados con la | Se cuenta con servicios de inspección de alimentos basados en los riesgos. | El país tiene acceso a servicios de laboratorio (por medio de | |

1 Podrían estar basados en normas internacionales.

2 Un sistema nacional de control de la inocuidad de los alimentos abarca: leyes y regulaciones, gestión del control de los alimentos, servicios de inspección, servicios de laboratorio, vigilancia de los alimentos, datos epidemiológicos, información, educación, comunicación y adiestramiento.

3 Red, grupo de trabajo, comité u otro mecanismo de intercambio de información acerca de eventos que pueden afectar la inocuidad de los alimentos y que puede funcionar puntual y efectivamente para reducir los riesgos de las enfermedades producidas por alimentos.

4 La Red Internacional de Autoridades en Materia de Inocuidad de los Alimentos (INFOSAN) está integrada por 177 autoridades nacionales responsables de la inocuidad de los alimentos. Es una iniciativa conjunta de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), que difunde información mundial importante sobre la inocuidad de los alimentos y fortalece la colaboración nacional e internacional.

| | | | | | |
|--|--|--|---|--|--|
| | | <p>inocuidad de los alimentos.</p> | <p>Se dispone de directrices o manuales para la vigilancia, evaluación y gestión de eventos prioritarios relacionados con la inocuidad de los alimentos.</p> <p>Sistemáticamente se obtiene y analiza información epidemiológica sobre la contaminación de alimentos.</p> | <p>procedimientos definidos), incluso con técnicas moleculares, para confirmar eventos prioritarios relacionados con la inocuidad de los alimentos que puedan ser de importancia nacional o internacional.</p> <p>Se hace un intercambio de información sobre eventos de inocuidad de los alimentos puntual¹ y sistemáticamente entre las autoridades a cargo de ese tema, unidades de vigilancia y otros sectores pertinentes.</p> | |
| | | <p>Se cuenta con un directorio de especialistas que puedan evaluar y</p> | <p>Se cuenta con mecanismos y materiales de comunicación para dar información,</p> | <p>Se ha puesto a prueba el plan operativo de respuesta² a eventos</p> | <p>Análisis de eventos de inocuidad de los alimentos, tendencias de las enfermedades</p> |

1 La puntualidad se juzga por criterios nacionales.

2 Algunos ejemplos de medidas esenciales del sistema de respuesta a eventos relacionados con la inocuidad de los alimentos luego de una alerta son: investigación, evaluación, gestión y comunicación del riesgo, control de la eficacia y seguimiento de las medidas tomadas para retirar el producto del mercado.

| | | | | | |
|--|--|--|---|--|--|
| | | <p>responder a eventos relacionados con la inocuidad de los alimentos.</p> | <p>educación y recomendaciones a todos los afectados en la cadena que va del productor al consumidor.</p> | <p>relacionados con la inocuidad de los alimentos, ya sea en una situación de emergencia real o simulada, y se ha actualizado el plan, en caso necesario.</p> <p>Hay mecanismos para rastrear, retirar del mercado y desechar productos contaminados.¹</p> <p>La información generada por los brotes de enfermedades transmitidas por alimentos y la contaminación de alimentos se usa para mejorar los sistemas de gestión de alimentos, normas de seguridad y regulaciones.</p> | <p>transmitidas por alimentos y brotes publicados.</p> <p>Se han puesto en práctica sistemas de gestión del control de la inocuidad de los alimentos (incluidos los importados).</p> |
|--|--|--|---|--|--|

¹ Incluye todos los productos que podrían ser fuente de contaminación, por ejemplo, alimentos para los animales, ingredientes de alimentos de consumo humano y productos alimentarios.

Riesgos potenciales relacionados con el RSI 3: Eventos químicos

| Componente de riesgo | Indicadores | Instauración de las capacidad de detectar eventos químicos y de responder a ellos, según grado de capacidad | | | |
|--|--|---|---|--|--|
| | | < 1 Fundamental | 1 Insumos y procedimientos | 2 Productos y resultados | 3 Logros adicionales |
| Capacidad de detectar eventos químicos que puedan afectar la salud pública y sean de importancia nacional e internacional y de responder a ellos | Se han creado los mecanismos para detectar emergencias químicas, alertar sobre ellas y darles respuesta. | Se ha identificado a los especialistas ¹ para participar en la evaluación de incidentes químicos y la respuesta a ellos. | Se dispone de planes y políticas nacionales para la vigilancia, alerta ² y respuesta a eventos químicos. Las autoridades nacionales a cargo de los eventos químicos cuentan con un punto focal para la coordinación y comunicación con el Ministerio de Salud y el CNE. | Se cuenta con mecanismos funcionales de coordinación ³ con los sectores pertinentes para la vigilancia de eventos químicos y la respuesta oportuna a ellos. | Las experiencias y los resultados de riesgos y eventos químicos de importancia nacional e internacional se comparten con la comunidad mundial. |
| | | | Se elaboró una lista de eventos o síndromes químicos prioritarios con potencial de constituir un evento de salud pública de importancia nacional e internacional. | Existe un inventario de sitios peligrosos e instalaciones importantes que podrían generar emergencias químicas ⁴ que afecten la salud pública. Se realiza el intercambio | |

1 Especialistas en evaluación y gestión de riesgos y toxicólogos clínicos.

2 Los componentes de la alerta abarcan los procedimientos operativos normalizados, criterios para determinar el momento y lugar para emitir la alerta, directorios de funciones, etc.

3 Nótese la relación con legislación, políticas y financiamiento (capacidades básicas 1 y 2). Tales atributos de este componente deben responderse en su totalidad en esas capacidades. Se han incluido en esta categoría de riesgo para mantener la coherencia, el flujo y la triangulación donde.....

⁴ Por ejemplo, grandes instalaciones que procesan químicos, fábricas, sitios de desechos peligrosos, rutas de transporte específicas, locales de almacenamiento de pesticidas, etc.

| | | | | | |
|--|--|--|---|---|--|
| | | | <p>Se realiza la vigilancia de eventos químicos, intoxicación o envenenamientos.</p> <p>Se cuenta con manuales y procedimientos operativos normalizados para hacer evaluaciones rápidas y manejo y control de casos, los cuales se han difundido.</p> | <p>puntual y sistemático de información entre las unidades químicas, de vigilancia y otros sectores pertinentes en relación con eventos químicos urgentes y riesgos químicos potenciales.¹</p> | |
| | | | <p>Existe un plan de respuesta a emergencias químicas que defina las funciones y responsabilidades de entidades pertinentes.</p> <p>El país cuenta con capacidad de laboratorio o acceso a servicios de laboratorio para confirmar los eventos químicos prioritarios.</p> | <p>Hay uno o más centros de atención de envenenamiento² que cuenten con recursos adecuados.</p> <p>El plan de respuesta a eventos químicos se pone a prueba, ya sea en situaciones de emergencia real o simulada y se actualiza, si es caso necesario.</p> | |

¹ Por ejemplo, vigilancia química, monitoreo del medio ambiente y notificación de incidentes químicos.

² Por ejemplo, toxicología clínica, centro de llamadas disponible 24 horas al día 7 días por semana, planilla de datos sobre materiales, planilla de datos sobre seguridad, información para ubicar a los fabricantes de productos químicos.

Riesgos potenciales relacionados con el RSI 4: Eventos radiactivos

| Componente de del punto de entrada | Indicador nacional | Instauración de las capacidad de detectar eventos radiactivos y de responder a ellos, según grado de capacidad | | | |
|--|---|--|--|--|---|
| | | < 1 Fundamental | 1 Insumos y procedimientos | 2 Productos y resultados | 3 Logros adicionales |
| Capacidad de detectar eventos de radiactividad y nucleares que puedan constituir un evento de salud pública de importancia nacional e internacional y de responder a ellos | Hay mecanismos para detectar emergencias de radiación y nucleares y para responder a ellas. | Se ha identificado a los especialistas para participar en la evaluación de incidentes radiactivos y nucleares y en la respuesta a ellos. | Se han elaborado políticas, estrategias o planes para detectar y evaluar las emergencias de radiactividad y la respuesta a ellas. Se dispone de políticas, estrategias o planes nacionales para el transporte nacional e internacional de material radiactivo y muestras y para la gestión de desechos, incluidos los de hospitales y servicios médicos. Las autoridades nacionales a cargo de los eventos de radiación y nucleares han designado a un punto focal para la | Se cuenta con mecanismos funcionales de coordinación ¹ y comunicación ² entre las autoridades nacionales competentes a cargo del control regulatorio y la seguridad nuclear y otros sectores pertinentes. ³ | Se documentan las experiencias de la detección y respuesta a riesgos y eventos radiactivos y se comparten con la comunidad mundial. |

¹ Esta tiene relación con la capacidades básicas 1 y 2 sobre legislación, políticas y financiamiento y los atributos de este componente también deberían responderse en su totalidad bajo esas capacidades básicas. El tema se incluye acá por asunto de coherencia, flujo y triangulación **where this is administered to the hazard expert.**

² Intercambio de información, reuniones, elaboración conjunta de procedimientos operativos normalizados para dar una respuesta coordinada, etc.

³ Coordinación de las evaluaciones y comunicación de riesgo, planificación, ejercicios, monitoreo e incluso coordinación durante un evento de radiación urgente y riesgos potenciales que podrían constituir una emergencia de salud pública de importancia internacional.

| | | | | | |
|--|--|--|---|---|--|
| | | | <p>coordinación y comunicación con el Ministerio de Salud, el CNE o ambos.</p> | | |
| | | | <p>Se hace monitoreo de radiaciones en el caso de emergencias de radiactividad que puedan constituir un evento de salud pública de importancia internacional.</p> | <p>Se intercambia información sistemáticamente entre las autoridades competentes en el tema radiaciones y las unidades de vigilancia de la salud humana acerca de los eventos radiactivos urgentes y los riesgos potenciales que puedan conformar una emergencia de salud pública de importancia internacional.</p> <p>Se han elaborado situaciones hipotéticas, normas técnicas y procedimientos operativos normalizados para la evaluación del riesgo, notificación y</p> | |

| | | | | |
|--|--|---|---|--|
| | | | confirmación, investigación y gestión de emergencias radiactivas. | |
| | | <p>Hay un plan de respuesta para situaciones de emergencias de radiación.</p> <p>Hay un mecanismo por el cual se pueda acceder¹ a establecimientos de salud que tengan la capacidad de atender pacientes en casos de emergencias de radiación.</p> <p>El país tiene acceso a capacidad de laboratorio para detectar y confirmar la presencia de radiación y determinar a qué tipo corresponde (alfa, beta o gamma) en caso de peligros de radiactivos potenciales.</p> | <p>Periódicamente se realizan ejercicios para responder a emergencias radiactivas en los cuales se incluyen solicitudes de cooperación (en caso necesario) y notificación internacional.</p> <p>Se cuenta con mecanismos de colaboración para acceder a laboratorios especializados que puedan realizar bioensayos,² dosimetría biológica por análisis citogenético y técnica de resonancia paramagnética de electrones.³</p> | |

1 Podría darse mediante convenios o mecanismos establecidos para evaluar estas capacidades en instituciones colaboradoras pertinentes en el país o fuera de él.

2 Para determinar la cantidad de radiactividad incorporada en el cuerpo humano por medio de contadores de cuerpo completo (*whole body counter*), monitores pulmonares y tiroides o en especímenes biológicos.

3 La técnica de resonancia paramagnética permite medir la dosis de radiación absorbida por el cuerpo humano al medir señales del esmalte dental, pelo, uñas u otras muestras materiales, como ropa, teléfonos portátiles, etc.

Apéndice 13.2: Conceptos aplicados para elaborar la lista de verificación para el seguimiento del montaje de las capacidades básicas del RSI

El modelo de Potter¹

El modelo de Potter adaptado a esta estructura define las fases del establecimiento de un sistema de salud; no propone el establecimiento de nuevas estructuras o sistemas, sino más bien hace hincapié en el fortalecimiento de la capacidad institucional existente, incluida la capacidad de organización y gobernanza. Gobernanza aquí se refiere en un sentido amplio de la expresión a la forma de gobierno de la organización en cuestión, en cuanto a sus sistemas de gestión internos (gestión de personal, financiera, de información y toma de decisiones); también se aplica a la gestión de su rendimiento de cuentas externo mediante determinados mecanismos (por ejemplo, directorios y comités asesores), además de rectoría y finanzas. Las estructura institucionales, a su vez, permiten fortalecer las instalaciones, sistemas y recursos humanos necesarios para poner en práctica el RSI, especialmente con respecto a la detección, evaluación, notificación y respuesta.

Los elementos fundamentales del modelo son:

- Capacidad de desempeño: es necesario contar con instrumentos, recursos financieros, equipo, artículos de consumo, materiales (por ejemplo, equipos de protección personal, materiales para descontaminación) para que los trabajadores de la salud se puedan desempeñar con eficacia.
- Capacidad individual: el personal debe tener conocimientos, destrezas y confianza suficientes para desempeñar su función de manera eficaz y con una actitud y motivación adecuadas.
- Capacidad del sistema: se cuenta con los sistemas que apuntalan las actividades de vigilancia y respuesta y que permiten elaborar y evaluar los planes de preparación.
- Estructuras, procesos y capacidad de gestión: se cuenta con legislación, políticas y procedimientos que funcionan puntual y efectivamente para guiar la atención de la salud; coordinación intersectorial; asociaciones y redes; y capacidad de gestión que abarque los flujos de información, dinero y decisiones gerenciales.

Please redraw figure.

Figura 5. Jerarquía del establecimiento de capacidades, modificada de Potter, y aplicación del concepto de Potter a la instauración de capacidades básicas del Reglamento Sanitario Internacional

| Estructuras que habilitan | | Procedimientos funcionales |
|----------------------------|--|----------------------------|
| Habilitan el uso eficaz de | Sistemas de <ul style="list-style-type: none"> • vigilancia • preparación • respuesta • comunicación de riesgo | requiere Responder |

¹ Potter C, Brough R. *Systemic capacity building: a hierarchy of needs*. Health Policy Plan, 2004, 19(5):336-345.

| | | | |
|----------------------------|---|----------|--------------------|
| | <ul style="list-style-type: none"> • dde la fuerza de trabajo | | |
| Habilitan el uso eficaz de | Instalaciones y equipos <ul style="list-style-type: none"> • laboratorio • puntos de entrada • reservas • materiales para descontaminación | requiere | Notificar |
| Habilitan el uso eficaz de | Estructuras: instituciones y departamentos <ul style="list-style-type: none"> • salud humana • salud animal y entomología • inocuidad de los alimentos • seguridad química • seguridad radiactiva • puntos de entrada | requiere | Evaluar e informar |
| Habilitan el uso eficaz de | Capacidad institucional <ul style="list-style-type: none"> • legislación/políticas • gobernanza y rectoría • coordinación • Centro Nacional de Enlace del CNE • Finanzas | Requiere | Detectar |

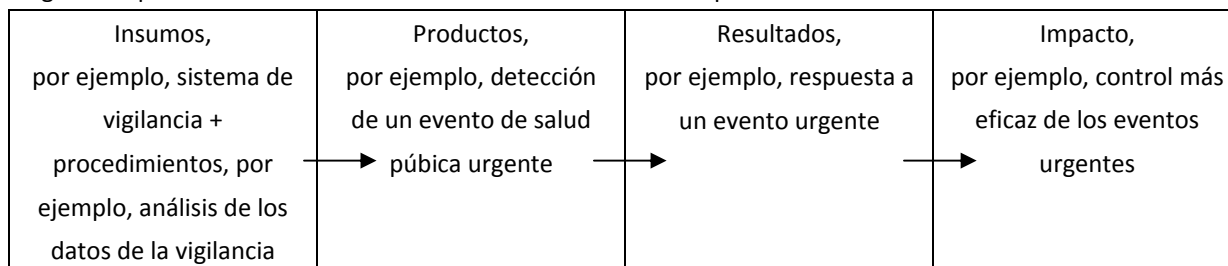
El modelo de ondas¹

El *modelo de ondas* considera que la instauración de capacidades se produce en ondas que resultan de los cambios progresivos que afectan a individuos, organizaciones, sistemas y, a la larga, la situación de la población. El supuesto es que insumos y procesos efectivamente producen ondas (como en el agua) que conllevan un cambio positivo en las organizaciones y los servicios que ellas proporcionan (productos y resultados). Si bien las fases del desarrollo se ven como un avance secuencial de insumos a resultados, las actividades para el desarrollo de las capacidades básicas del RSI no se dan en el vacío. Muchas iniciativas relacionadas con la instauración de capacidades, especialmente en las primeras fases, tienen poco que mostrar, excepto que se dispone de los insumos y que se están poniendo en práctica procedimientos. Este

¹ James R. Practical Guidelines for the Monitoring and Evaluation of Capacity Building: Experiences from Africa. The International NGO Training and Research Centre. Occasional Paper Series Number 36, 2001. <http://www.intrac.org/publications.php?id=53>.

modelo modificado toma en cuenta el hecho de que hay varios grados de capacidad existentes en los Estados Partes, y que es necesario reconocer y reforzar los recursos, estructuras y sistemas existentes mediante un proceso dinámico que garantice el liderazgo nacional y la apropiación del asunto en el país. Cuando existen productos y resultados, el modelo insta a llevar a cabo evaluaciones sistemáticas de los insumos y procedimientos en marcha. El supuesto de base es que la construcción de capacidades básicas transforma los insumos en productos que producen resultados que, en el largo plazo, tienen el impacto deseado.

Figura 6. Aplicación del modelo de ondas a la instauración de capacidades básicas del RSI



Modelo de índice de la capacidad de maduración

En el modelo *índice de la capacidad de maduración*, conocido también como Seguimiento de la Capacidad de Maduración,¹ en *Capacity Maturation Index models*,² los avances se miden al lograr grados sucesivos y significativos de capacidad global, pasando de un nivel más bajo a uno más avanzado. Implica describir un conjunto de competencias diferentes u otros atributos funcionales asociados con las fases típicas del progreso de un país. En este documento se aplicó un modelo de capacidad de maduración simplificado que contiene cuatro grados de capacidad, en los cuales el indicador de la capacidad básica del RSI tiene una lista de atributos requeridos. Estos atributos tienen por objeto reflejar fases claras y prácticas del avance al próximo grado y servir de base a la planificación estratégica del país.

¹ *The Capacity Maturity Model® Integration (CMMISM), versión 1.1.*

<http://www.sei.cmu.edu/reports/02tr0123.pdf>

² Según este modelo, el grado 1 corresponde a la situación inicial antes de la intervención; el grado 2 corresponde a procedimiento de gestión para mejorar (reactivo); el grado 3 se caracteriza por procedimientos definidos (proactivo); el grado 4 es cuantitativo (medido/controlado), y el grado 5 es de optimización (perfeccionamiento).

Figura 7. Ilustración del concepto de grados de maduración

| Indicador Nivel <1 | Indicador Nivel 1 | Indicador Nivel 2 | Indicador Nivel 3 | |
|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|---|
| Todos logrados | Todos logrados | Todos logrados | Al menos un atributo logrado | Grado de capacidad 3 de la capacidad básica |
| Todos logrados | Todos logrados | Al menos un atributo logrado | | Grado de capacidad 2 de la capacidad básica |
| Al menos un atributo logrado | Al menos un atributo logrado | | | Grado de capacidad 1 de la capacidad básica |
| Al menos un atributo logrado | | | | Grado de capacidad < 1 de la capacidad básica |

Apéndice 13.3. Modelos de formularios de recopilación de información

| | | |
|---|---|-------------|
| Capacidad básica 2 | Coordinación y comunicaciones del CNE ¹¹ | |
| Componente 2.1 | Coordinación, ¹² comunicaciones y cabildeo ¹³ | |
| Indicador 2.1.1 | Se ha establecido un mecanismo para coordinar los sectores ¹⁴ pertinentes para la aplicación del RSI | |
| NOTA: Antes de comenzar, sírvase revisar las instrucciones generales para rellenar el cuestionario. Para cada una de las preguntas siguientes marque un solo valor (sí, no o desconocido). Las respuestas marcadas “desconocido” serán estadísticamente equivalentes a una respuesta negativa. | | |
| 2.1.1.1 ¿Existe coordinación entre los ministerios pertinentes sobre eventos que puedan constituir un evento o riesgo de salud pública de importancia nacional o internacional? | | |
| Sí | No | Desconocido |
| 2.1.1.2 ¿Se cuenta con procedimientos operativos normalizados ¹⁵ o su equivalente para llevar a cabo la coordinación entre el CNE y otros sectores pertinentes? | | |
| Sí | No | Desconocido |
| 2.1.1.3 ¿Existe un comité, grupo de trabajo o entidad multisectorial y multidisciplinaria ¹⁶ para abordar los requisitos del RSI en relación con la vigilancia de las emergencias de salud pública de importancia nacional e internacional y la respuesta a ellas? ¹⁷ | | |
| Sí | No | Desconocido |

Apéndice 13.4 Ejemplo del panorama del estado de aplicación de las capacidades básicas del RSI

País: _____

| | | | Puntaje del grado de capacidad (grado más alto con todos los atributos presentes) | Puntaje del atributo (proporción de atributos presentes) en los grados 1 y 2 | Número de atributos que alcanzaron el grado < 1 | Número de atributos que alcanzaron el grado 3 |
|--------------------|--------------|-------------|---|--|---|---|
| Capacidad básica 1 | | | | | | |
| | Componente 1 | | | | | |
| | | Indicador 1 | | | | |
| | | Indicador 2 | | | | |
| | | Indicador 3 | | | | |
| | Componente 2 | | | | | |
| | | Indicador 1 | | | | |
| | | Indicador 2 | | | | |
| Capacidad básica 2 | Componente 1 | | | | | |
| | | Indicador 1 | | | | |
| | | Indicador 2 | | | | |
| | Componente 2 | | | | | |
| | | Indicador 1 | | | | |
| | | Indicador 2 | | | | |
| | Componente 3 | | | | | |
| | | Indicador 1 | | | | |

Lista de prioridades para los atributos del grado < 1

- 1.
- 2.
- 3.

| Atributos del grado 3 | Sitio Web o cita bibliográfica |
|-----------------------|--------------------------------|
| 1. | |
| 2. | |
| 3. | |

Apéndice 13.5: Ejemplo de esquema de taller de seguimiento de las capacidades básicas del RSI

Propósito del taller:

- Proporcionar una actualización sobre la aplicación del RSI, que incluya la instauración de las capacidades básicas.
- Presentar el instrumento de seguimiento, en sus formas electrónica e impresa, y orientación sobre cómo rellenarlo.
- Rellenar el instrumento de seguimiento.
- Detectar fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas.
- Emitir recomendaciones para reducir las deficiencias encontradas en el fortalecimiento de las capacidades básicas.

Participantes:

Los participantes del taller son los representantes de los CNE del RSI, personas a cargo de poner en práctica el Reglamento; personas a cargo de establecer las capacidades básicas y las relacionadas con los riesgos en diversos niveles del sistema; los interesados principales en la aplicación del RSI; personas de otros sectores nacionales (seleccionadas por el CNE), y representantes de la OMS, si se solicita.

Productos y resultados esperados:

Al final del taller, los participantes habrán completado la lista de verificación, ya sea en formato electrónico o la versión impresa, y habrán señalado las fortalezas, debilidades oportunidades y amenazas con respecto al establecimiento de las capacidades básicas del RSI. Luego podrán hacer recomendaciones para mejorar las debilidades o eliminar los déficits identificados.

Actividades que preceden al taller

- El CNE debe obtener acceso al instrumento de la Internet.
- Seleccionar a los participantes del taller.
- Enviar copia (impresa o electrónica) del instrumento al CNE para que se distribuya y sea analizado por los participantes.
- Enviar invitaciones a los participantes, junto con los objetivos, productos y resultados esperados del taller, y las ventajas de participar en él.
- Completar un primer borrador mediante un proceso interno en el que participen unidades de vigilancia, respuesta, puntos de entrada, representantes de los encargados de los riesgos, laboratorio y otros que se estime conveniente.
- Considerar la necesidad de invitar a un representante de la OMS para participar o actuar como facilitador del taller, o a otros socios internacionales o a ambos.

Método de trabajo:

- Sesiones plenarias para las presentaciones, discusiones y para rellenar el cuestionario;
- Trabajo en grupos.

Documentos de trabajo para analizar o usar durante el taller:

Documentos de la OMS

- El Reglamento Sanitario Internacional (2005), OMS, Ginebra, 2005;
- La lista de verificación para el seguimiento del montaje de las capacidades básicas de vigilancia y respuesta en los Estados Partes, según el anexo 1 A (del RSI).

Documentos de los Estados Partes

- Todos los documentos pertinentes y necesarios para completar la evaluación (informes, investigaciones, decretos, leyes, evaluaciones nacionales, etc.);
- Documentación de las actividades de fortalecimiento de las capacidades.

Día 1

| Hora | Contenido/actividad |
|------|--|
| | Introducción al taller Objetivos/resultados y función de los facilitadores |
| | Resumen del RSI |
| | Resumen de las capacidades básicas |
| | Resumen del seguimiento y los instrumentos |
| | Intermedio |
| | Revisión de los avances en la aplicación del RSI |
| | Presentación sobre los riesgos |
| | Presentación sobre los CNE |
| | Almuerzo |
| | Revisión de documentos nacionales y observaciones acerca de, por ejemplo, la legislación, políticas, coordinación y recursos humanos (por ejemplo, manuales, definiciones de caso, informes de investigaciones, análisis de cuestionarios, etc.) |
| | Fin del primer día |

Día 2

| Hora | Contenido/actividad |
|------|--|
| | Separación en grupos de trabajo (por capacidad básica) |
| | Trabajo en grupo (llenado del cuestionario impreso) |
| | Intermedio |
| | Trabajo en grupo (llenado del cuestionario impreso) |
| | Almuerzo |
| | Trabajo en grupo (llenado del cuestionario impreso) |
| | Finalización del cuestionario en todos los grupos |
| | Observaciones de todos los grupos (retroalimentación) |
| | Fin del segundo día |

Día 3

| Hora | Contenido/actividad |
|------|---------------------|
| | |

| | |
|--|--|
| | Resumen del día 2 |
| | Llenado del cuestionario en el instrumento de la Internet y discusión |
| | Trabajo en grupo: análisis de fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas (FODA) |
| | Intermedio |
| | Presentación de los grupos |
| | Análisis de deficiencias y fortalecimiento de las capacidades básicas del RSI |
| | Recomendaciones y próxima fase |
| | Palabras de clausura |

|

Apéndice 13.6: Ejemplo de matriz de análisis de deficiencias

| Capacidades básicas | Fortalezas | Oportunidades | Debilidades | Amenazas | Sugerencias y recomendaciones |
|------------------------------------|------------|---------------|-------------|----------|-------------------------------|
| Legislación y políticas nacionales | | | | | |
| Coordinación | | | | | |
| Vigilancia | | | | | |
| Respuesta | | | | | |
| Preparación | | | | | |
| Comunicación del riesgo | | | | | |
| Laboratorio | | | | | |
| Capacidad de recursos humanos | | | | | |

Resumen de los resultados, por riesgo

| Riesgos Capacidades básicas | Riesgos biológicos | | | Químicos | Radiación |
|---------------------------------------|--------------------|----------|--|----------|-----------|
| | Infecciosos | Zoonosis | Inocuidad de los alimentos ^{1*} | | |
| 1. Legislación y políticas nacionales | | | | | |
| 2. Coordinación | | | | | |
| 3. Vigilancia | | | | | |
| 4. Respuesta | | | | | |
| 5. Preparación | | | | | |
| 6. Comunicación del riesgo | | | | | |
| 7. Recursos humanos | | | | | |
| 8. Laboratorio | | | | | |
| Puntos de entrada | | | | | |

¹ Los riesgos relacionados con la inocuidad de los alimentos también pueden ser de naturaleza química o de otro tipo.

Apéndice 13.7: Lista completa de indicadores (28)

Los indicadores para la Asamblea de la Salud (20) figuran en negrita.

Capacidad básica 1: Legislación nacional, política y financiamiento

- **La legislación, las regulaciones, los requerimientos administrativos, políticas u otros mecanismos gubernamentales existentes son suficientes para cumplir con las obligaciones del RSI**
- El financiamiento está disponible y accesible para poner en marcha las funciones del RSI y para fortalecer las capacidades básicas.

Capacidad básica 2: Coordinación¹ y comunicaciones de los CNE

- **Se ha establecido un mecanismo para coordinar los sectores pertinentes² para la aplicación del RSI.**
- Funciones y operaciones del CNE en marcha según lo dispuesto en el RSI (2005).

Capacidad básica 3: Vigilancia

- **La vigilancia basada en indicadores incluye una función de alerta temprana para la detección temprana³ de un evento de salud pública.**
- **Se ha establecido la vigilancia basada en eventos.**

Capacidad básica 4: Respuesta

- **Se han creado los mecanismos de respuesta para casos de emergencias de salud pública.**
- Existen procedimientos para la atención de casos para los riesgos pertinentes del RSI.
- **Se ha establecido la prevención y el control de infecciones en el ámbito nacional y hospitalario.**
- Se ha establecido un programa para la desinfección, descontaminación y control de vectores.⁴

Capacidad básica 5: Preparación

- **Se ha elaborado el plan nacional de preparación y respuesta en casos de emergencias de salud pública nacionales causadas por riesgos múltiples.**
- **Se ha hecho un mapeo de los riesgos y recursos de salud pública prioritarios.**

Capacidad básica 6: Comunicación de riesgo

- **Se dispone de mecanismos de comunicación eficaces para usar durante emergencias de salud pública.**

Capacidad básica 7: Capacidad de recursos humanos

¹ Existe un mecanismo funcional de coordinación, con términos de referencia, membresía de todos los sectores pertinentes, canales de comunicación, acceso a los tomadores de decisión y contactos, actividades conjuntas, reuniones, informes, planes y evaluaciones conjuntas.

² Los sectores y disciplinas pertinentes son, por ejemplo, todos los ámbitos del sistema de atención de la salud (salud pública nacional, provincial [estatal, departamental, según sea el caso], primaria/comunitaria), organizaciones no gubernamentales y ministerios de agricultura y ganadería (zoonosis, laboratorios veterinario), transporte (políticas de transporte, aviación civil, puertos y transporte marítimo), comercio e industria (seguridad y control de calidad alimentarios), comercio exterior (protección del consumidor, control de la aplicación de normas obligatorias), comunicaciones, defensa (información sobre migraciones), tesorería o finanzas (aduana), medioambiente, interior, salud y turismo.

³ El componente de alerta temprana detecta desviaciones de lo normal.

⁴ El RSI (2005) define vector como todo insecto u otro animal que normalmente sea portador de un agente infeccioso que constituya un riesgo para la salud pública.

- **Se dispone de recursos humanos para cumplir con los requisitos de la implementación de las capacidades básicas RSI.**

Capacidad básica 8: Laboratorio

- Se ha establecido un mecanismo de coordinación para los servicios de laboratorio.
- **Se dispone de servicios de laboratorio para hacer pruebas relacionadas con las amenazas a la salud prioritarias.**
- Se ha establecido la vigilancia de la influenza.
- Existe un sistema de toma, embalaje y transporte de muestras clínicas.
- **Se han implantado prácticas de bioseguridad y bioprotección en el laboratorio (gestión de biorriesgos¹).**
- Se cuenta con manejo de datos y notificación en los laboratorios.

Puntos de entrada

- **Se han satisfecho las obligaciones generales de los puntos de entrada.**
- Se ha establecido la coordinación para la prevención, detección y respuesta a emergencias de salud pública en los puntos de entrada.
- **Se ha establecido² la vigilancia efectiva y otras capacidades habituales en los puntos de entrada.**
- Se ha establecido la capacidad de dar respuesta eficaz en los puntos de entrada.

Riesgo potencial 1 relacionado con el RSI: eventos de zoonosis

- **Se han creado los mecanismos para detectar y responder a las zoonosis reales y potenciales.**

Riesgo potencial 2 relacionado con el RSI: eventos de inocuidad de los alimentos

- **Hay mecanismos para detectar enfermedades transmitidas por alimentos y contaminación de alimentos y responder a ellas.**

Riesgo potencial 3 relacionado con el RSI: eventos químicos

- **Se han creado los mecanismos para detectar emergencias químicas, alertar sobre ellas y darles respuesta.**

Riesgo potencial 3 relacionado con el RSI: eventos radiactivos

- **Hay mecanismos para detectar emergencias de radiación y nucleares y para responder a ellas.**

¹ Gestión de los biorriesgos de laboratorio.

² Es parte del sistema nacional de vigilancia, o según se haya asignado en el país.

Apéndice 13.8: Criterios aplicados en la selección de los indicadores para notificar a la Asamblea de la Salud (obligatorios)

Antecedentes

Para informar a la Asamblea Mundial, se ha seleccionado un número limitado de indicadores del total de 30 elaborados para dar seguimiento a la instauración de la capacidad básica del RSI. Lo más difícil del proceso fue reducir el número de indicadores y a la vez conseguir que los seleccionados reflejaran bien las capacidades básicas para servir de información a la toma de decisiones estratégicas. Dado que la mayoría de quienes participan en la Asamblea Mundial son ministros de salud, es posible que su mayor interés esté en conocer los avances de la aplicación del RSI, en particular, los aspectos en que la Asamblea puede hacer una diferencia. Esto podría incluir la preparación de resoluciones dirigidas a las estrategias de más alto nivel y no a los detalles técnicos, como mejorar la eficiencia del sistema de vigilancia afinando su sensibilidad, oportunidad y representatividad, etc.

Criterios de selección

A continuación figuran los criterios claves utilizados en la selección de los indicadores prioritarios para informar a la Asamblea de la Salud:

- El indicador está explícitamente definido en alguno de los artículos o anexos del RSI (2005).
- En el caso de los indicadores que no estaban definidos en el RSI, se aceptó la decisión del grupo de especialistas acerca de la importancia, necesidad y conveniencia del indicador en cuestión.
- La posibilidad de que la Asamblea de la Salud tuviera interés en el avance de la capacidad medida por el indicador en cuestión, especialmente, aquellos en los que la Asamblea pudiera hacer una diferencia.