

# Evaluación de capacidades básicas para cumplir el Reglamento Sanitario Internacional en puntos de entrada de Uruguay

Lucía Alonso,<sup>1</sup> Mónica Pujadas<sup>1</sup> y Raquel Rosa<sup>1</sup>

## Forma de citar

Alonso L, Pujadas M, Rosa R. Evaluación de capacidades básicas para cumplir el Reglamento Sanitario Internacional en puntos de entrada de Uruguay. Rev Panam Salud Publica. 2011;30(1):59–64.

## RESUMEN

**Objetivo.** Describir las características y resultados de la evaluación de capacidades básicas para cumplir el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) en puntos de entrada de Uruguay, mediante la aplicación simultánea de los instrumentos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el MERCOSUR, así como también las fortalezas y debilidades identificadas en ambos al ser aplicados en el terreno.

**Métodos.** Se realizó un estudio descriptivo y transversal mediante la aplicación de los instrumentos OMS y MERCOSUR de evaluación de capacidades básicas para el RSI. Se seleccionaron dos puntos de entrada (PDE 1 y 2) escogidos como muestra de conveniencia por presentar el mayor volumen de tráfico de pasajeros y bienes del país. Ambos instrumentos fueron caracterizados individual y cualitativamente en términos de fortalezas y debilidades.

**Resultados.** El valor promedio de implementación de capacidades básicas fue de 69% (OMS) y 67,4% (MERCOSUR) para el PDE 1 y de 68% (OMS) y 63,9% (MERCOSUR) para el PDE 2; se registró una diferencia promedio entre instrumentos de 1,6% para el PDE 1 y 4,1% para el PDE 2. Ambos instrumentos examinaron factores no mensurables, sujetos al juicio del evaluador, sin utilizar definiciones operacionales de las variables relevadas.

**Conclusiones.** La aplicación simultánea de los instrumentos de la OMS y del MERCOSUR arrojó niveles de implementación semejantes en los dos puntos de entrada evaluados. Estos procesos de evaluación se veían enriquecidos por el intercambio de las fortalezas y la mejora de las debilidades observadas en ambos instrumentos y registradas en el presente trabajo.

## Palabras clave

Reglamento Sanitario Internacional; salud mundial; pandemias; Uruguay.

El Reglamento Sanitario Internacional (RSI) aprobado en 2005 es un instrumento jurídico internacional de carácter vinculante para 194 países, entre ellos todos los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Su propósito es ayudar a la comunidad internacional a prevenir y afrontar riesgos agudos de salud pública susceptibles de atravesar fronteras y amenazar a poblaciones de todo el mundo (1). La re-emergencia de

enfermedades infecciosas y el riesgo de su diseminación transfronteriza llevaron a efectuar una revisión de su contenido —vigente desde 1969— que dio lugar a una nueva versión, aprobada durante la 58ª Asamblea Mundial de la Salud en 2005 y en vigor desde 2007 (1–3).

En su artículo 5º, el RSI establece que “Cada Estado parte desarrollará, reforzará y mantendrá, lo antes posible, pero a más tardar 5 años después de la fecha de entrada en vigor del presente reglamento para ese Estado parte, la capacidad de detectar, evaluar y notificar eventos de conformidad con el presente

reglamento, y presentar informes sobre ellos, según lo previsto en el Anexo 1” (1). El conjunto de estas capacidades necesarias a ser implementadas para el año 2012, de acuerdo a lo establecido en el reglamento, son denominadas “capacidades básicas”.

Dichas capacidades aportan un marco de trabajo hacia el mantenimiento de la denominada “seguridad sanitaria internacional” (4–6). Este concepto no solo se refiere a las acciones tendientes a abatir los riesgos para la salud pública causados por enfermedades transmisibles, sino que abarca un espectro mucho más

<sup>1</sup> Epidemiología, Dirección General de la Salud, Ministerio de Salud Pública, Montevideo, Uruguay. La correspondencia se debe dirigir a Lucía Alonso, lmalonso@msp.gub.uy

amplio de amenazas potenciales, como los accidentes químicos o las relacionadas con la energía nuclear, que dado el presente contexto de globalización pueden incidir significativamente en la salud humana (7). Las enfermedades emergentes ponen a prueba de forma constante a los sistemas de control sanitario mundial, determinando la urgencia de fortalecer las redes de vigilancia existentes, dotándolas de los recursos y las capacidades necesarias para que funcionen con eficacia (8, 9).

Con objeto de evaluar el proceso de implementación de estas “capacidades básicas”, los Estados Miembros comenzaron a desarrollar sistemas de evaluación sanitaria específicos. En 2008, por ejemplo, el bloque regional MERCOSUR<sup>2</sup> creó un instrumento de evaluación propio para ser utilizado por los países que lo integran (10, 11). En 2009, la OMS elaboró y consolidó un instrumento general dirigido a todos sus Estados Miembros (12). Los resultados obtenidos a partir de la aplicación de estos instrumentos de evaluación ayudan a los países a diseñar planes de acción específicos destinados a cumplir con las metas establecidas para el año 2012 (13).

Uruguay ha desarrollado un proceso de evaluación de capacidades básicas para el RSI en “puntos de entrada” (PDE) al país (p. ej. aeropuertos, puertos y pasos fronterizos terrestres), con el objetivo de obtener información que permita elaborar e implementar un plan de acción dirigido a dar cumplimiento a las metas de 2012.

La aplicación del instrumento elaborado por el MERCOSUR fue acordada por sus miembros en concordancia con el artículo 57 del RSI, el cual sostiene que “Sin perjuicio de las obligaciones que contraen en virtud del presente reglamento, los Estados Partes que sean miembros de una organización de integración económica regional aplicarán en sus relaciones mutuas las normas comunes en vigor en esa organización de integración económica regional” (1). Asimismo, la aplicación del instrumento elaborado por la OMS sirve

como base para generar indicadores de progreso en la implementación de capacidades básicas que serán presentados anualmente ante la Asamblea Mundial de la Salud (artículo 54) (1, 13).

Dado este contexto, en Uruguay se consideró necesario poner en marcha tanto el instrumento de MERCOSUR como el de la OMS. De este modo, se lograría por un lado cumplir con el objetivo de evaluación planteado y por el otro hacer un análisis comparativo entre ambos instrumentos, el cual hasta la fecha no ha sido realizado en otros países. El objetivo del presente trabajo es precisamente describir las características y resultados de la evaluación de capacidades básicas para el RSI en puntos de entrada de Uruguay, mediante la aplicación simultánea de los instrumentos de la OMS y del MERCOSUR, así como también las fortalezas y debilidades identificadas en ambos al ser aplicados en el terreno.

## MATERIALES Y MÉTODOS

### Preparación

Se realizó una estudio descriptivo de corte transversal a través de la aplicación de los documentos “Instrumento de evaluación de los requisitos de capacidad básica en los aeropuertos, puertos y pasos” (OMS) e “Instrumento para la identificación de las capacidades básicas en puertos” e “Instrumento para la identificación de las capacidades básicas en aeropuertos internacionales” (MERCOSUR) (10–12). La evaluación fue llevada a cabo en junio de 2010 por un equipo de técnicos médicos y epidemiólogos con experiencia en puntos de entrada, con la participación de autoridades y otros representantes de entidades, públicas y privadas, vinculadas con actividades registradas en el punto de entrada (PDE) evaluado.<sup>3</sup>

Las evaluaciones de los dos puntos de entrada seleccionados fueron efectuadas de manera independiente, con presencia *in situ* permanente por parte del equipo evaluador. Previo al inicio de las evalua-

ciones se realizó una reunión preparatoria en la cual se comunicó a las autoridades participantes los objetivos perseguidos y la metodología que se aplicaría para lograrlos. Las características de los instrumentos de evaluación fueron expuestas por el equipo evaluador. También antes de comenzar el trabajo en el terreno, se estableció un procedimiento de comunicación vía electrónica entre las autoridades y el equipo evaluador, durante el cual se recibieron y respondieron todo tipo de consultas y comentarios.

### Selección de los puntos de entrada

Los puntos de entrada evaluados corresponden a una muestra por conveniencia, seleccionada de acuerdo al criterio de mayor volumen de tráfico de pasajeros y cargas. Este criterio responde a la mayor vulnerabilidad que presentan los puntos de mayor flujo del país, en lo que refiere a riesgo de transmisión internacional de enfermedades. De este modo fueron seleccionados un aeropuerto (PDE 1) y un puerto (PDE 2), ambos ubicados en Montevideo, la capital. Esta muestra representa 50% de los puntos de entrada designados para el RSI de Uruguay, país que hasta la fecha no cuenta con pasos terrestres fronterizos designados para el RSI.

### Capacidades evaluadas

Ambos instrumentos de evaluación siguen los criterios consignados en el Anexo 1B del RSI para establecer la estructura básica de los puntos que se han de evaluar (1). Así, se examinaron tres grandes áreas: coordinación y comunicación, capacidades básicas en todo momento y capacidades básicas frente a eventos que puedan constituir una emergencia de salud pública de importancia internacional (ESPII). Los ítems contenidos en los instrumentos fueron evaluados de acuerdo a las metodologías establecidas por la OMS y por el MERCOSUR, a quienes se les solicitó documentación probatoria en casos particulares que así lo requirieron.

### Recolección de datos y análisis

Tanto la OMS como el MERCOSUR proporcionaron una planilla electrónica para incorporar los datos recogidos durante la evaluación que adjudica un valor de cumplimiento porcentual para

<sup>2</sup> Mercado Común del Sur, integrado por Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay como estados partes, y Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela como estados asociados, cuyo objetivo es la libre circulación de bienes, servicios y factores productivos, el establecimiento de un Arancel Externo Común (AEC) y la adopción de una política comercial común, la coordinación de políticas macroeconómicas y sectoriales y la armonización de legislaciones en las áreas pertinentes.

<sup>3</sup> Departamento de Vigilancia en Fronteras (Ministerio de Salud Pública); Ministerio de Ganadería, Agricultura y Pesca; Operador Marítimo y Aéreo; Dirección Nacional de Aviación Civil e Infraestructura Aeronáutica; Dirección Nacional de Aduanas; Empresas de catering; Cámara de Compañías Aéreas y Agencias Marítimas del Uruguay; Administración Nacional de Puertos; Dirección Nacional de Bomberos y Prefectura Nacional Naval. La participación de las entidades citadas fue de 100% en el caso del PDE 1 y de 85% en el PDE 2.

**CUADRO 1. Principales fortalezas y debilidades de los instrumentos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el MERCOSUR para evaluar las capacidades básicas en puntos de entrada designados para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI), Uruguay, 2010**

Característica	OMS		MERCOSUR	
	Ventaja	Desventaja	Ventaja	Desventaja
Formulación	Presentación amigable	Terminología que favorece la subjetividad (sin definiciones operacionales) Redacción intrincada en ciertos tramos	Formulación de preguntas concretas, específicas, que limitan la subjetividad del evaluador	La mayor especificidad del instrumento no siempre responde a elementos contenidos en el RSI-2005; se evalúan recursos y no resultados
Contenido	El contenido es completo y abarca todas las actividades desarrolladas dentro del PDE	Excesivamente extenso en ciertos tramos del documento, por momentos se reiteran conceptos ya evaluados	Menos extenso, facilita la tarea del evaluador No se reiteran conceptos	Evaluación de ítems específicos, lo que puede dificultar la valoración de los procesos en su globalidad
Aplicación	Contiene un instructivo completo que guía su aplicación y la metodología para la obtención de resultados	Requiere de un tiempo considerable (su lectura y aplicación)	Fácil aplicación	Puede generar malestar en la autoridad competente por la no aceptación de niveles parciales de implementación
Obtención de resultados	Permite otorgar un nivel de cumplimiento parcial (50%)	(. . .)	(. . .)	Solamente admite la implementación total (100%) o la falta de implementación

Fuente: elaboración de los autores.

Nota: Abreviaturas. PDE: puntos de entrada; (. . .): sin datos.

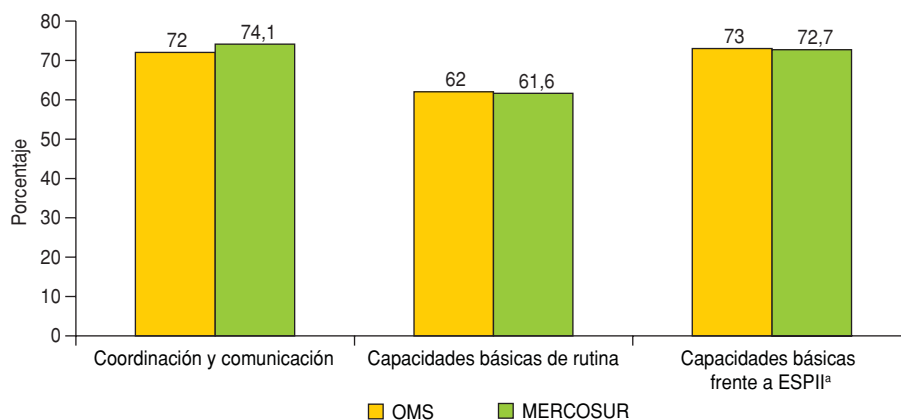
cada ítem evaluado. El instrumento de la OMS otorga un valor 0% a un ítem no implementado, 50% a uno parcialmente implementado y 100% a un ítem implementado en su totalidad, mientras que el MERCOSUR considera solo dos valores: 0% para un ítem no implementado y 100% para uno totalmente implementado. Se realizó un análisis cualitativo de los resultados obtenidos a través de la descripción de fortalezas y debilidades presentadas por ambos instrumentos al momento de su aplicación (cuadro 1).

## RESULTADOS

### Coordinación y comunicaciones

Los resultados obtenidos en esta área correspondieron a la evaluación de procedimientos de comunicación nacional e internacional entre autoridades competentes del PDE evaluado, así como entre los niveles local, intermedio y nacional. Se evaluaron los procedimientos vinculados a la difusión de información sanitaria a viajeros, operadores de medios de transporte y proveedores de servicios. Un componente clave fue la notificación de eventos urgentes y la existencia de un marco legal que diera sustento a los procedimientos necesarios para cumplir con el RSI.

El grado de cumplimiento de las capacidades básicas para el área de coordina-

**FIGURA 1. Nivel de implementación de las capacidades básicas para el reglamento sanitario internacional, evaluadas en el punto de entrada 1 (aeropuerto) mediante los instrumentos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el MERCOSUR, Uruguay, 2010**

Fuente: elaboración de los autores.

ª ESPII: emergencia de salud pública de importancia internacional.

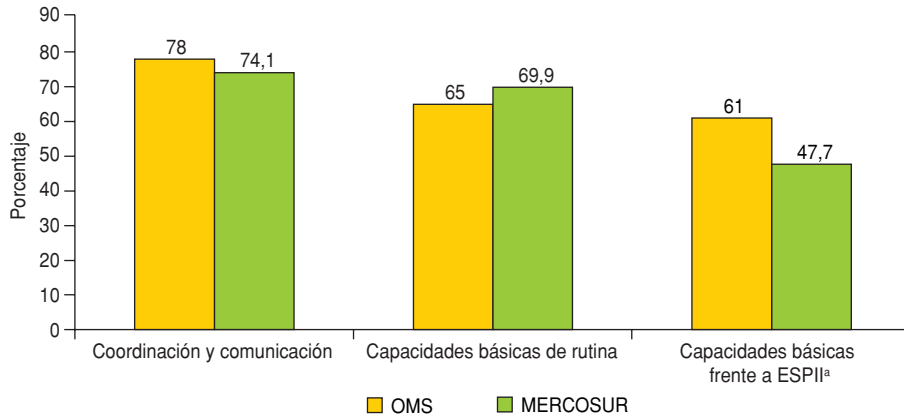
ción y comunicaciones en el PDE 1 alcanzó un 72% según el instrumento de la OMS y 74,1% de acuerdo al del MERCOSUR, mientras que en el PDE 2 dichos valores fueron 78% y 74,1% respectivamente (figuras 1 y 2).

### Capacidades básicas de rutina

Son aquellas que garantizan un acceso apropiado a servicios médicos para la atención de viajeros enfermos o sospechosos de estarlo, así como la dotación de

equipo y personal idóneo para su eventual traslado a establecimientos de salud. También se evaluaron la disponibilidad de personal entrenado para la inspección de medios de transporte y la existencia de un ambiente seguro para el viajero —p. ej. calidad del agua, aire, baños públicos y alimentos expendidos. Los valores obtenidos en esta área de evaluación fueron de 62% según el instrumento de la OMS y 61,6% de acuerdo al del MERCOSUR en el PDE 1, y de 65% y 69,9% en el PDE 2, respectivamente (figuras 1 y 2).

**FIGURA 2. Nivel de implementación de las capacidades básicas para el Reglamento Sanitario Internacional, evaluadas en el punto de entrada 2 (puerto) mediante los instrumentos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el MERCOSUR, Uruguay, 2010**



Fuente: elaboración de los autores.

<sup>a</sup> ESPII: emergencia de salud pública de importancia internacional.

### Capacidades básicas para enfrentar eventos que puedan constituir una emergencia internacional

Los resultados presentados en esta área corresponden principalmente a la disponibilidad de planes integrados de respuesta ante posibles emergencias de salud pública, los cuales incluyen capacidad de evaluación médica, cuidado, aislamiento o cuarentena (de ser preciso) en los casos de viajeros afectados, o sospechosos de estarlo, con objeto de prevenir la diseminación transfronteriza de enfermedades. El examen de estas capacidades en el PDE 1 mostró un 73% de cumplimiento en relación con el instrumento de la OMS y 72,7% según el del MERCOSUR. Distinto a lo observado en las otras dos áreas evaluadas, los valores obtenidos en capacidad básica frente a una ESPII en el PDE 2 presentaron la mayor diferencia entre ambos instrumentos, con 61% de cumplimiento para el instrumento de la OMS, y de 47,7% para el respectivo del MERCOSUR (figuras 1 y 2).

### Síntesis

Los niveles de implementación promedio en el PDE 1 obtenidos registraron una diferencia máxima entre instrumentos de 2,1% (en coordinación y comunicaciones) y una mínima de 0,4% (capacidades básicas de rutina). En el caso del PDE 2, los valores de ambos instrumentos difirieron en un máximo de 13,3% en capacidades básicas frente a una ESPII, y

un mínimo de 3,9% en coordinación y comunicaciones.

El valor promedio de implementación de capacidades básicas fue de 69% en el instrumento de la OMS y de 67,4% en el del MERCOSUR para el PDE 1, y de 68% y 63,9% respectivamente para el PDE 2, promediándose así una diferencia entre instrumentos de 1,6% para el PDE 1 y de 4,1% para el PDE 2. En términos cualitativos, las principales fortalezas y debilidades detectadas durante la aplicación de ambos instrumentos fueron agrupadas y analizadas en relación con sus principales atributos (cuadro 1).

### DISCUSIÓN

La evaluación de capacidades básicas para el RSI es un factor esencial en el proceso de implementación que, como ya se dijo, es legalmente vinculante para todos los Estados Miembros de la OMS (excepto aquellos que expresasen lo contrario en plazos estipulados) (1). El diagnóstico de situación obtenido de este modo permite guiar la elaboración de planes especialmente diseñados a fin de corregir las debilidades encontradas, de modo de disminuir los riesgos asociados al tráfico internacional de personas y bienes. La realidad regional mundial marca la necesidad de acelerar y mejorar los procesos de diagnóstico llevados adelante con el propósito de dar una respuesta adecuada a los requerimientos establecidos por el RSI para el año 2012 (14).

La puesta en ejecución de los planes destinados a prevenir, evaluar y controlar riesgos sanitarios que puedan determinar la propagación internacional de enfermedades —evitando restricciones innecesarias al tráfico internacional de personas y bienes— conllevan la necesidad de fortalecer las redes de vigilancia (incluyendo las de laboratorios) y la capacitación del personal pertinente (1, 15–19). Un ejemplo reciente claro de la aplicación del RSI en la contención de un evento sanitario de importancia internacional fue la pandemia provocada por el virus de la influenza H1N1 en 2009 (20).

En este contexto, y como resultado de la aplicación simultánea de los instrumentos de la OMS y del MERCOSUR en Uruguay, fue posible obtener valores de implementación semejantes entre ellos, con diferencias máximas y mínimas entre las áreas evaluadas de 13,3% y 0,4%, respectivamente. La evaluación llevada a cabo develó en ambos instrumentos particularidades relacionadas con su formulación y su contenido que podrían ser causa de disimilitudes mayores en los resultados obtenidos.

En este sentido, destaca el hecho de que uno de los instrumentos (OMS) ofrece la posibilidad de consignar niveles de cumplimiento parciales y el otro (MERCOSUR) no. Teniendo en cuenta que la realidad de muchos países latinoamericanos determina que presenten carencias sustantivas en términos de los recursos necesarios para implementar las capacidades exigidas, es de esperar que en muchos países de la región esas capacidades reflejen solamente logros parciales. Asimismo, una proporción importante de los ítems evaluados corresponden a funciones o actividades que se cumplen en ausencia de protocolos específicos, consiguiéndose así el objetivo pero sin un sistema establecido. De allí que la posibilidad de otorgar niveles parciales de implementación podría acercarse más a lo que realmente ocurre en un PDE dado.

Otra diferencia importante radica en la manera en que se formulan los ítems a evaluar. La utilización de terminología que tiende a favorecer la subjetividad del evaluador (p. ej. el significado de recursos “suficientes” o “adecuados”) así como la falta de definiciones operacionales, pueden conspirar contra la consecución de resultados fiables y comparables. Ambos instrumentos, aunque más el del MERCOSUR, evalúan aspectos no esta-

blecidos en el articulado del RSI. Un ejemplo es que en ambos se exige notificar los eventos a través de medios de comunicación específicos, siendo que lo único consignado en el RSI en este sentido es el cumplimiento de plazos adecuados.

Por otro lado, ambos poseen fortalezas marcadas, entre ellas contar con una formulación amigable, que facilita la labor del evaluador, al brindar una planilla pre-armada para el cálculo de los niveles de cumplimiento y emisión automática de gráficos y cuadros con los resultados. La similitud hallada entre los dos instrumentos en términos generales seguramente se debe a que los dos parten de una misma estructura básica y sus ítems de evaluación coinciden con los establecidos por el RSI.

Una de las limitaciones del presente trabajo, no obstante, radicó en que la muestra de los puntos de entrada a evaluar fue seleccionada por conveniencia, respondiendo a la necesidad de elegir aquellos donde la implementación de capacidades básicas reviste mayor importancia. Asimismo, no se evaluaron pasos fronterizos terrestres dado que a la fecha Uruguay no posee ningún punto de entrada de este

tipo designado para el RSI. También vale señalar que el criterio de determinación de cumplimiento de ciertos componentes evaluados fue establecido subjetivamente por el evaluador debido a que, en muchos casos, no había definiciones ni criterios operativos establecidos.

La aplicación simultánea de los instrumentos de la OMS y del MERCOSUR para la evaluación de capacidades básicas en PDE designados para el RSI de Uruguay arrojó resultados similares en términos porcentuales, aunque cada uno de ellos presentó fortalezas y debilidades importantes a la hora de analizar los resultados obtenidos mediante la aplicación de uno u otro. Es deseable que la comunicación de esta experiencia inédita en el uso de ambos instrumentos simultáneamente pueda aportar elementos que ayuden a fortalecerlos para que permitan alcanzar resultados ajustados a la realidad regional y mundial.

En particular, la unificación de criterios a nivel del bloque en cuanto a la pertinencia de la aplicación de uno u otro instrumento podría facilitar los procesos de evaluación llevados a cabo por los países de América Latina y el Caribe.

Estos procesos, a su vez, serán determinantes en el fortalecimiento y la coordinación de los sistemas de vigilancia existentes, mediante la implementación de los recursos previstos para lograr el cometido final del RSI: prevenir la transmisión internacional de enfermedades y la afectación innecesaria del tráfico internacional de pasajeros y bienes. Esta aspiración plantea un desafío adicional a la ya compleja actividad dirigida a prevenir y controlar eventos sanitarios que puedan constituir riesgos para la salud internacional, con el agravante de que la creciente globalización ha provocado un crecimiento histórico permanente en el flujo transfronterizo de personas y bienes. Estos nuevos desafíos obligan a los Estados a establecer mecanismos y procedimientos que minimicen los mencionados riesgos. El desarrollo de planes de acción guiados por los resultados obtenidos a través de procesos de evaluación idóneos (basados en una metodología robusta, que arroje datos comparables y sistematizables) será una medida clave que sin lugar a dudas ayudará a lograr las metas establecidas por el RSI para el año 2012.

## REFERENCIAS

- Organización Mundial de la Salud. Reglamento Sanitario Internacional (2005). Disponible en: <http://www.who.int/ihr/es/index.html>. Acceso el 9 de mayo de 2011.
- Hardiman M. The revised International Health Regulations: a framework for global health security. *Int J Antimicrob Agents*. 2003;21(2):207-11.
- Wilson K, McDougall C, Fidler DP, Lazar H. Strategies for implementing the new International Health Regulations in federal countries. *Bull World Health Organ*. 2008;86(3):215-20.
- Rodier G, Greenspan AL, Hughes JM, Heymann DL. Global public health security. *Emerg Infect Dis*. 2007;13(10):1447-52.
- Andrus JK, Aguilera X, Oliva O, Aldighieri S. Global health security and the International Health Regulations. *BMC Public Health*. 2010; 10 supl 1:S2.
- Baker MG, Fidler DP. Global public health surveillance under new international health regulations. *Emerg Infect Dis*. 2006;12(7): 1058-65.
- Plotkin BJ, Hardiman MC. The international health regulations (2005), tuberculosis and air travel. *Travel Med Infect Dis*. 2010;8(2):90-5.
- Taboy CH, Chapman W, Albetkova A, Kennedy S, Rayfield MA. Integrated Disease Investigations and Surveillance planning: a systems approach to strengthening national surveillance and detection of events of public health importance in support of the International Health Regulations. *BMC Public Health*. 2010;10 supl 1:S6.
- Organización Panamericana de la Salud. VI Reunión de la Red de Vigilancia de Enfermedades Infecciosas Emergentes del Cono Sur. *Rev patol trop*. 2006;35 (1 supl):1-84.
- Mercado Común del Sur (MERCOSUR). Instrumento para la identificación de las capacidades básicas en puertos. Reglamento Sanitario Internacional (2005). MERCOSUR; 2008.
- Mercado Común del Sur (MERCOSUR). Instrumento para la identificación de las capacidades básicas en aeropuertos internacionales. Reglamento Sanitario Internacional (2005). MERCOSUR; 2008.
- Organización Mundial de la Salud. Reglamento Sanitario Internacional. Instrumento de evaluación de los requisitos de capacidad básica en los aeropuertos, puertos y pasos. 2009. Disponible en: [http://www.who.int/ihr/ports\\_airports/PoE/es/index.html](http://www.who.int/ihr/ports_airports/PoE/es/index.html). Acceso el 10 de mayo de 2011.
- World Health Organization. International Health Regulations (2005): IHR Monitoring Framework: Checklist and Indicators for monitoring progress in the development of IHR core capacities in State Parties. 2010. Disponible en: [www.who.int/ihr](http://www.who.int/ihr). Acceso el 10 de mayo de 2011.
- Wamala JF, Okot C, Makumbi I, Natseri N, Kisakye A, Nanyunja M, et al. Assessment of core capacities for the International Health Regulations (IHR[2005])—Uganda, 2009. *BMC Public Health*. 2010;10(1 supl):S9.
- Mínguez GM. El “nuevo Reglamento Sanitario Internacional”: RSI (2005). *Rev Esp Salud Pública*. 2007;81(3):239-46.
- Luchese G. A internacionalização da regulamentação sanitária. *Cien Saude Colet*. 2003; 8(2):537-55.
- Baker MG, Forsyth AM. The new International Health Regulations: a revolutionary change in global health security. *N Z Med J*. 2007;120(1267):U2872.
- Organización Panamericana de la Salud. Reglamento Sanitario Internacional (43 Consejo Directivo, 53 Sesión del Comité Regional). Washington, D.C.: OPS; 2001 (Documento CD 43/11).
- Johns MC, Blazes DL. International Health Regulations (2005) and the U.S. Department of Defense: building core capacities on a foundation of partnership and trust. *BMC Public Health*. 2010;10 supl 1:S4.
- Wilson K, Brownstein JS, Fidler DP. Strengthening the International Health Regulations: lessons from the H1N1 pandemic. *Health Policy Plan*. 2010;25(6):505-9.

Manuscrito recibido el 22 de noviembre de 2010. Aceptado para publicación, tras revisión, el 20 de marzo de 2011.

---

**Assessment of core capacities for enforcement of the International Health Regulations at points of entry in Uruguay**

**ABSTRACT**

*Objective.* To describe the characteristics and results of the assessment of core capacities for enforcement of the International Health Regulations (IHR) at points of entry in Uruguay through simultaneous application of the World Health Organization (WHO) and MERCOSUR instruments, and indicate the strengths and weaknesses identified in both instruments when applied in the field.

*Methods.* A descriptive cross-sectional study was conducted through the application of the WHO and MERCOSUR instruments to assess core capacities for the enforcement of the IHR. Two points of entry (POE 1 and 2) were selected as a convenience sample because they had the highest volume of passenger and goods traffic in the country. Both instruments were characterized individually and qualitatively in terms of strengths and weaknesses.

*Results.* The average values for the implementation of core capacities were 69% (WHO) and 67.4% (MERCOSUR) for POE 1 and 68% (WHO) and 63.9% (MERCOSUR) for POE 2. The average differences recorded between the instruments were 1.6% for POE 1 and 4.1% for POE 2. Both instruments examined nonmeasurable factors that are subject to the evaluator's judgment, without using operational definitions of the relevant variables.

*Conclusions.* Simultaneous application of the WHO and MERCOSUR instruments yielded similar levels of implementation at the two points of entry assessed. The assessment processes of the two instruments would be enhanced by capitalizing on each other's strengths and addressing the weaknesses observed and recorded in this study.

**Key words**

International Sanitary Regulation; world health; pandemics; Uruguay.

---