

Informes sobre los progresos realizados

Informe de la Secretaría

ÍNDICE

	Página
A. Control de la tripanosomiasis africana humana (resolución WHA57.2)	2
E. Erradicación de la viruela: destrucción de las reservas de <i>Variola virus</i> (resolución WHA60.1)	3
F. Salud reproductiva: estrategia para acelerar el avance hacia el logro de los objetivos y metas internacionales de desarrollo (resolución WHA57.12)	6
G. Nutrición del lactante y del niño pequeño: informe bienal sobre los progresos realizados (resolución WHA58.32)	8
Intervención del Consejo Ejecutivo	9

A. CONTROL DE LA TRIPANOSOMIASIS AFRICANA HUMANA

1. La tripanosomiasis africana humana causada por *Trypanosoma brucei gambiense* es endémica en 24 países. Entre 1997 y 2006, el número de nuevos casos notificados a la OMS ha disminuido en un 69%. Seis de esos 24 países (Gambia, Guinea-Bissau, Liberia, Níger, Senegal y Sierra Leona) no han notificado ningún caso durante todo ese periodo; cinco (Benin, Burkina Faso, Ghana, Malí y Togo) han notificado casos esporádicos; seis (Camerún, Côte d'Ivoire, Gabón, Guinea, Guinea Ecuatorial y Nigeria) han notificado un promedio de menos de 100 nuevos casos anuales; cuatro (Chad, Congo, República Centroafricana y Uganda) han notificado entre 100 y 1000 nuevos casos anuales, y tres (Angola, República Democrática del Congo y Sudán) han notificado un promedio de más de 1000 nuevos casos al año, es decir, un 90% del número total de casos debidos a *T. b. gambiense* notificados a la OMS.

2. En los 13 países en los que es endémica la enfermedad por *T. b. rhodesiense*, el número de nuevos casos notificados a la OMS entre 1997 y 2006 ha disminuido en un 21%.¹ Cinco de estos 13 países (Botswana, Burundi, Etiopía, Namibia y Swazilandia) no han notificado ningún caso en todo el decenio; cuatro (Kenya, Mozambique, Rwanda y Zimbabwe) han notificado casos esporádicos (que representan el 2,5% del número total de casos notificados debidos a *T. b. rhodesiense*); dos (Malawi y Zambia) han notificado un promedio de menos de 100 nuevos casos anuales (que representan el 8,7% del número total de casos notificados debidos a *T. b. rhodesiense*), y dos (República Unida de Tanzania y Uganda) han notificado entre 100 y 1000 nuevos casos anuales (el 88,8% del número total de casos notificados).

3. La situación ha mejorado espectacularmente desde 1997, cuando la gran preocupación por el tema llevó a la 50ª Asamblea Mundial de la Salud a adoptar la resolución WHA50.36 acerca de la tripanosomiasis africana. El acceso al diagnóstico y al tratamiento de los pacientes residentes en zonas donde la tripanosomiasis es endémica se ha visto facilitado no sólo por la voluntad política (consolidada por la Campaña Panafricana de Erradicación de la Mosca Tsetse y la Tripanosomiasis), sino también por la interrupción de las convulsiones sociales, la creación de capacidad, el apoyo técnico y financiero a las actividades de divulgación, y la producción y distribución de medicamentos gratuitos para el tratamiento de la tripanosomiasis.

4. Desafortunadamente, la prioridad concedida a la tripanosomiasis ha disminuido con el bajo número de casos detectados. Hace 50 años se produjo una situación similar, cuando se creyó que se había eliminado la enfermedad. Para evitar que se repita este error, el reto inmediato consiste en hacer que la vigilancia y el control de la tripanosomiasis sean costoeficaces y sostenibles. La sostenibilidad sólo será posible a través de un enfoque integrado de las actividades de vigilancia y control, emprendidas en el marco de sistemas de salud reforzados y capaces de hacer frente a esta responsabilidad. Sin embargo, los instrumentos existentes hacen difícil la participación de los sistemas de salud en el control de la enfermedad. Los dos impedimentos técnicos principales son la inexistencia de una prueba diagnóstica sensible, específica y barata que se pueda realizar fácilmente sobre el terreno y se pueda utilizar en todos los niveles del sistema de salud, y de un medicamento oral barato, seguro y fácil de administrar que permita curar ambas formas de la enfermedad.

5. Mientras no se disponga de nuevos instrumentos para controlar la tripanosomiasis africana humana, el reto más inmediato y más importante consiste en aumentar y mantener la tendencia epidemiológica actual con los medios existentes. Para una vigilancia y control eficaces se seguirán necesitando recursos humanos apropiados, actividades de control adecuadas, una notificación eficaz, el man-

¹ En Uganda se dan las dos formas de la enfermedad, razón por la cual figura en los dos análisis.

tenimiento del interés y actividades de promoción para mantener la alta prioridad y la recaudación de fondos. Hay que mantener la investigación y desarrollo, dirigiendo las prioridades hacia el objetivo de lograr una eliminación sostenida de la enfermedad mediante la provisión de instrumentos adecuados. La OMS seguirá liderando la prestación de apoyo a los países y coordinando la labor de las partes interesadas.

E. ERRADICACIÓN DE LA VIRUELA: DESTRUCCIÓN DE LAS RESERVAS DE *VARIOLA VIRUS*

6. En el presente documento se informa sobre la novena reunión del Comité Asesor de la OMS en Investigaciones sobre el Virus Variólico (Ginebra, 28 y 29 de noviembre de 2007) y la labor de la Secretaría. El Comité Asesor se estableció en cumplimiento de la resolución WHA52.10, en la que la Asamblea de la Salud autorizó que las reservas existentes de virus variólico se conservaran temporalmente, y en la que se pidió al Director General que nombrara un grupo de expertos que determinara qué investigaciones, si procedía, debían hacerse con el fin de llegar a un consenso sobre la fecha de la destrucción de las reservas de virus variólico. En la resolución WHA55.15, la Asamblea de la Salud autorizó que se siguieran conservando temporalmente las reservas existentes de virus vivos con la finalidad de proceder a nuevas investigaciones internacionales, en el entendimiento de que todas las investigaciones aprobadas seguirían estando orientadas a la obtención de resultados y limitadas en el tiempo, y de que sus logros y resultados serían examinados periódicamente. Asimismo, pidió al Director General que informara cada año a la Asamblea de la Salud, por conducto del Consejo Ejecutivo, sobre los progresos del programa de investigaciones y las cuestiones pertinentes. En la resolución WHA60.1 la Asamblea de la Salud pidió a la Directora General que en 2010 realizara un examen de gran alcance de los resultados de las investigaciones que actualmente se llevan a cabo, a fin de que en la 64ª Asamblea Mundial de la Salud pueda alcanzarse un consenso mundial sobre la fecha de destrucción de las reservas de virus variólico.

7. **Actualización sobre las propuestas de investigación presentadas a la OMS.** El Comité Asesor recibió un resumen de las propuestas de investigación aprobadas (12 programas de trabajo) o rechazadas (12) por su subcomité científico. Muchos de los proyectos aprobados están a punto de finalizar, según lo previsto, y deberían presentarse los informes finales. Las nuevas propuestas recibidas recientemente serán examinadas de acuerdo con el procedimiento revisado acordado en la octava reunión del Comité, celebrada en 2006,¹ según el cual habría una rotación de los miembros del subcomité científico. El Comité aceptó la nueva composición del subcomité.

8. **Cepas de virus en los dos repositorios.**² El Comité examinó los datos sobre las cepas de virus de la viruela y los aislados primarios conservados en los dos centros de almacenamiento y observó que no se habían registrado cambios. De conformidad con lo recomendado en las reuniones anteriores, se habían realizado inventarios anuales de esas colecciones utilizando un sistema unificado. El Comité comprobó con satisfacción que el material hallado en los dos repositorios correspondía a los inventarios y que se conservaba aplicando las salvaguardias apropiadas.

¹ Documento EB120/39.

² El Centro Estatal de Investigaciones Viroológicas y Biotecnológicas de Rusia (Koltsovo, Región de Novosibirsk, Federación de Rusia) y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Atlanta, Georgia, Estados Unidos de América).

9. **Análisis de las secuencias de ADN de *Variola virus*.** Según lo recomendado anteriormente por el Comité, no se han emprendido nuevas secuenciaciones del ADN genómico, con la excepción de la secuenciación de una cepa asiática existente en el centro de almacenamiento ruso, que está siendo llevada a cabo en el centro colaborador de Rusia con el fin de completar la cobertura de la diversidad geográfica de los virus.

10. **Manifestaciones clínicas de la viruela.** En respuesta a la recomendación hecha por el Comité en el sentido de que se emprendiera un examen de los archivos para determinar si existe alguna correlación entre determinados aislados de *Variola virus* y la gravedad de las manifestaciones clínicas de la viruela, el Comité recibió los resultados de un análisis de los registros archivados en la OMS. La mayoría de dichos informes contenían escasa o nula información clínica. Por consiguiente, dicha investigación no aportó información que permita relacionar aislados víricos particulares con las características de la enfermedad.

11. **Modelos animales en los que se utilizan *Variola virus* vivos.** El Comité observó que se han alcanzado muchos de los objetivos de los trabajos de perfeccionamiento del modelo símico de viruela humana destinado al estudio de compuestos antivíricos, pero es posible que sea necesario continuar esta labor para conseguir que el modelo sea más adecuado para el estudio de dichos compuestos con miras a la obtención de su autorización de comercialización.

12. **Fármacos antivíricos.** El Comité tomó nota de los progresos efectuados recientemente en el desarrollo del antivírico ST-246, que suprime el crecimiento de los ortopoxvirus *in vitro*, es activo en el tratamiento de diversas infecciones por ortopoxvirus en modelos animales, y parece ser inocuo y bien tolerado en dichos modelos. Los datos sobre la eficacia obtenidos en diferentes modelos animales han sido presentados a la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos de América. El Comité también ha sido informado de que los mencionados resultados preliminares del ST-246 han sido suficientemente positivos como para que la empresa fabricante haya establecido una reserva de pequeñas cantidades del fármaco destinadas al uso compasivo en caso de emergencia. Prosiguen los trabajos para determinar si el ST-246 se puede utilizar en embarazadas y en pacientes inmunodeprimidos.

13. **Vacunas.** El Comité examinó nuevos enfoques prometedores. En un Estado Miembro se ha aprobado la comercialización de una nueva vacuna antivariólica (ACAM 2000). Los trabajos sobre las vacunas de tercera generación (MVA y LC16m8) han revelado que son seguras y menos reactógenas, y los datos preliminares indican que el éxito de la vacunación individual (tasa de prendimiento) y los niveles de inducción de anticuerpos neutralizantes son comparables a los de las vacunas de primera y segunda generación; se siguen llevando a cabo más estudios sobre ambas vacunas. El Comité debatió asuntos relacionados con los requisitos para la autorización de comercialización de las vacunas de tercera generación, destacando la inexistencia de un modelo animal satisfactorio para probarlas y la falta de conocimientos sobre los correlatos de la protección contra la viruela humana. No obstante, parece que no será obligatorio el uso de un modelo animal con virus variólicos vivos para que al menos dos organismos de reglamentación autoricen la comercialización de una vacuna de tercera generación.

14. **Uso de inmunoglobulinas antivíricas, cidofovir y ST-246 en el tratamiento del eczema vacunal.** Se ha informado del tratamiento de un caso de eczema vacunal potencialmente mortal. El Comité tomó nota de que la utilización del ST-246 pareció ser especialmente beneficiosa y de que el paciente se recuperó. Por consiguiente, el ST-246 debería considerarse como una opción terapéutica inicial si estudios posteriores en el ser humano confirmaran su seguridad y eficacia.

15. **Examen de los trabajos de investigación llevados a cabo por laboratorios que han obtenido ADN de virus de la viruela con la aprobación de la OMS.** La Secretaría presentó los datos preliminares de una encuesta llevada a cabo entre los laboratorios que se sabe que participan en estas investigaciones; de los 35 (80%) laboratorios contactados que respondieron al cuestionario, 24 utilizaron fragmentos de ADN de virus de la viruela en sus investigaciones, que incluyeron estudios sobre pruebas diagnósticas (52%), interacciones entre el virus y el huésped (20%), productos terapéuticos (20%) y vacunas (8%). El Comité consideró que la OMS debe seguir teniendo acceso a información actualizada sobre el uso y la distribución de fragmentos del ADN de virus de la viruela, con el fin de lograr la confianza del conjunto de la comunidad de la salud pública. El Comité recomendó que la Secretaría debe seguir esforzándose por mantener una base de datos exacta sobre las investigaciones con fragmentos del ADN de los virus de la viruela distribuidos con la aprobación de la OMS, y obtener la información de la que actualmente carece.

16. **Transferencia de ADN de virus de la viruela.** El Comité recomendó que no se debe modificar la redacción de las recomendaciones y directrices actuales sobre la transferencia de ADN de virus de la viruela. El principal problema detectado fue la necesidad de ampliar la difusión y comunicación de las recomendaciones y directrices existentes. Además, se estimó que hay que aclarar los principios generales en los que asienta esta reglamentación y hacer hincapié en ellos. Un importante motivo de preocupación es la transferencia de fragmentos de ADN a terceros. El Comité acordó que dichas transferencias necesitan la autorización de la OMS y deben ser controladas a través de los acuerdos de transferencia de material entre los laboratorios distribuidores y receptores, con copia a la OMS.

17. **Medidas destinadas a fomentar el acceso amplio y equitativo a los resultados de la investigación.** El Comité examinó todos los temas mencionados en la petición hecha a la Directora General en la resolución WHA60.1 de la Asamblea de la Salud para que informe sobre «las medidas tendientes a fomentar en los Estados Miembros el acceso más amplio y equitativo que sea posible a los resultados de las investigaciones, incluidos los agentes antivirales, las vacunas y los medios de diagnóstico». Se celebraron debates preliminares sobre la disponibilidad de fármacos antivíricos y nuevas vacunas, pero estos reactivos todavía no están suficientemente avanzados para que se puedan planear aplicaciones a gran escala; el Comité volverá a examinar estas cuestiones como progresos de la investigación. Con respecto al acceso a las vacunas de primera y segunda generación, la OMS sigue tratando de ampliar las aportaciones a su banco mundial de vacunas, y está recibiendo suministros de vacunas de segunda generación para la reserva de vacunas que mantiene en Suiza. Si se demostrara la seguridad e inmunogenicidad de las nuevas vacunas, la OMS aceptaría su inclusión en el banco de vacunas, y se alentaría a los Estados Miembros productores o adquirentes de dichas vacunas a que contribuyeran a la reserva. La Secretaría informó de la actualización del mecanismo de liberación de vacunas de la reserva a fin de tener en cuenta la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005). Asimismo, informó de las medidas iniciales adoptadas con el fin de crear una red oficiosa de laboratorios. El plan consiste en tener en cada una de las regiones de la OMS al menos un laboratorio, y a ser posible varios, capaces de aplicar de forma fiable y eficaz métodos de diagnóstico de ortopoxvirus, y en particular de aplicar a materiales clínicos inactivados métodos moleculares para el diagnóstico preliminar en caso de sospecha de viruela. Ello redundaría en un acceso más rápido a los resultados del análisis de las muestras de pacientes en los que se sospeche el diagnóstico de viruela, y el ahorro de recursos nacionales, puesto que los costos de envío son muy elevados. Se presentó una lista provisional de laboratorios participantes, pero el Comité decidió que son necesarias más consultas para determinar qué laboratorios están interesados en participar y cualificados para ello. Dicha red necesitaría un sistema para evaluar y mantener la fiabilidad de los resultados, y la Secretaría está cooperando con los centros colaboradores de la OMS para determinar qué apoyo se necesita.

F. SALUD REPRODUCTIVA: ESTRATEGIA PARA ACELERAR EL AVANCE HACIA EL LOGRO DE LOS OBJETIVOS Y METAS INTERNACIONALES DE DESARROLLO

18. El presente informe actualiza el que se presentó a la Asamblea de la Salud en 2006¹ con información relativa a la amplia gama de actividades que los Estados Miembros y la Secretaría están llevando a cabo para poner en aplicación la estrategia aprobada en la resolución WHA57.12.

19. La estrategia y cuatro documentos sinópticos de políticas en los que se resumen los aspectos fundamentales de la misma han sido objeto de una amplia difusión. En consulta con los países de todas las regiones se ha elaborado un marco de aplicación² en el que se determinan las esferas de acción y se formulan recomendaciones normativas y programáticas. Además, se han organizado talleres regionales para brindar asistencia técnica adicional a los Estados Miembros. Esos talleres congregaron a responsables de la formulación de políticas, gestores de programas y otros interesados para detectar problemas, compartir enseñanzas y definir medidas encaminadas a acelerar los progresos.

20. El instrumento de evaluación para seguir de cerca los avances en la aplicación de la estrategia se ha actualizado en línea con el marco y se ha distribuido a los Estados Miembros. La estrategia y el marco se están utilizando para definir las estrategias nacionales en materia de salud sexual y reproductiva; elaborar guías generales para reducir la mortalidad de las madres y los recién nacidos; fundamentar los procesos de planificación estratégica; y revisar las políticas y establecer prioridades para el fortalecimiento de los sistemas de salud.

21. Los países han comunicado sus progresos en cada una de las cinco esferas de acción principales:

- **fortalecer la capacidad de los sistemas de salud** - con la elaboración de políticas que refuerzan dichos sistemas, y la evaluación de los recursos humanos para la salud;
- **mejorar la información para el establecimiento de prioridades** - mediante la realización de estudios de la mortalidad materna;
- **movilizar la voluntad política** - mediante la celebración de conferencias mundiales y regionales en las que intervengan responsables de la formulación de políticas, por ejemplo, el Plan de Acción de Maputo para lograr el acceso universal a servicios amplios de salud sexual y reproductiva en África,³ la Conferencia Mundial Las Mujeres Dan Vida (Londres, 18-20 de octubre de 2007); las iniciativas de algunos Jefes de Estado y de Gobierno, la campaña mundial para la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud (4, 5 y 6); el apoyo que se viene prestando a asociaciones tales como la Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño, auspiciada por la OMS; la difusión de información a los medios de comunicación; y los programas de divulgación para la sociedad civil;

¹ Documento A59/23.

² Documento WHO/RHR/06.3.

³ Periodo extraordinario de sesiones de la Conferencia de Ministros de Salud de la Unión Africana, Acceso universal a servicios amplios de salud sexual y reproductiva en África: Plan de Acción de Maputo para hacer operativo el marco de políticas continental para la salud sexual y reproductiva y los derechos conexos, 2007-2010. Maputo, 18-22 de septiembre de 2006.

- **crear marcos legislativos y reglamentarios de apoyo** - mediante legislación relativa al acceso gratuito a los servicios de salud reproductiva, y la elaboración de estrategias nacionales para asegurar el abastecimiento de productos de salud reproductiva;
- **reforzar la vigilancia y la evaluación** - mediante la incorporación de la salud sexual y reproductiva a los aspectos de los planes nacionales de desarrollo que son objeto de vigilancia.

22. Las áreas concretas que según los Estados Miembros requieren mayor atención incluyen las siguientes: fortalecimiento de los recursos humanos y de la colaboración multisectorial; empoderamiento de las mujeres, las familias y las comunidades y mejoramiento de la vigilancia y la evaluación, así como de la calidad de los servicios.

23. La finalidad principal de la estrategia, que coincide con la de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo, 1994), fue reafirmada en la Cumbre Mundial de 2005¹ cuando los Jefes de Estado y de Gobierno se comprometieron a «lograr el acceso universal a la salud sexual y reproductiva para 2015». En octubre de 2006, la Asamblea General de las Naciones Unidas² tomó nota del informe en el que el Secretario General recomendaba la inclusión de cuatro nuevas metas en el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, entre ellas el acceso universal a la salud reproductiva. Como seguimiento en 2007, el Secretario General presentó a la Asamblea General³ un marco revisado que integraba en el Objetivo de Desarrollo del Milenio 5 la nueva meta de «lograr, para 2015, el acceso universal a la salud reproductiva», con indicadores para medir los progresos: tasa de uso de anticonceptivos, tasa de natalidad entre las adolescentes, cobertura de atención prenatal, y necesidades insatisfechas en materia de planificación familiar. La OMS y el FNUAP vienen colaborando en la definición y puesta en práctica de una gama más amplia de indicadores sobre el acceso universal y también brindan asistencia a los países en sus actividades encaminadas a vigilar los progresos realizados.

24. La ulterior aprobación de la Estrategia mundial de prevención y control de las infecciones de transmisión sexual, 2006-2015⁴ ha hecho que se preste mayor atención a este aspecto de la salud sexual y reproductiva, incluida la necesidad de eliminar la sífilis congénita. La aplicación de medidas para conseguir ese objetivo requerirá esfuerzos sostenidos y recursos adecuados dirigidos a esa esfera, así como la integración sistemática de las pruebas de detección y el tratamiento de la sífilis y las pruebas de detección prenatal del VIH.

25. El fortalecimiento de los vínculos entre la prevención del VIH y la salud sexual y reproductiva es un elemento importante de la estrategia. La Secretaría ha ampliado su labor en esta esfera, en particular por lo que respecta a la promoción, la investigación, las políticas y el apoyo a los programas. Por ejemplo, se han elaborado materiales destinados a los Estados Miembros que indican cómo pueden incorporarse los vínculos entre salud sexual y reproductiva y VIH a las propuestas que se someten al Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria.

26. En cumplimiento de las recomendaciones de la estrategia relacionadas con la vigilancia y la evaluación, la OMS, el Banco Mundial, el UNICEF y el FNUAP han actualizado las estimaciones de la mortalidad materna a nivel mundial. Las nuevas cifras estiman en 536 000 el número de defunciones maternas en 2005, el 99% de ellas en países en desarrollo. En lo que respecta a la disminución de

¹ Resolución 60/1 de la Asamblea General de las Naciones Unidas.

² Decisión 61/504.

³ Documento A/62/1.

⁴ Documento WHA59/2006/REC/1, anexo 2.

la razón de mortalidad materna, los progresos son irregulares: entre 1990 y 2005 se registró una disminución de sólo el 0,1% anual en el África subsahariana, y si bien en Asia oriental, África del norte, Asia sudoriental y América Latina y el Caribe se experimentaron mayores descensos, en ningún caso se alcanzó la tasa anual necesaria (5,5%) para alcanzar la meta del Objetivo de Desarrollo del Milenio de reducir en tres cuartas partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna. En lo concerniente al aborto, las estimaciones indican una disminución, especialmente en Europa central y oriental, atribuida al aumento de la tasa de uso de anticonceptivos. Sin embargo, la prevalencia de abortos peligrosos no ha disminuido: en todo el mundo, esta práctica provoca 68 000 defunciones maternas cada año.

G. NUTRICIÓN DEL LACTANTE Y DEL NIÑO PEQUEÑO: INFORME BIENAL SOBRE LOS PROGRESOS REALIZADOS

27. La malnutrición es responsable directa o indirecta de aproximadamente la mitad de las muertes de menores de cinco años que se registran cada año en todo el mundo. En el mundo hay 178 millones de menores de cinco años con retraso del crecimiento, el 90% de los cuales viven en países muy afectados. Una importante intervención para rectificar esta situación consiste en mejorar las prácticas de alimentación de los lactantes y los niños pequeños.¹ Los datos actuales indican que sólo aproximadamente un tercio de los niños de los países muy afectados son alimentados exclusivamente con lactancia materna durante seis meses, y que sólo menos de la mitad de ellos comienzan la lactancia materna en la primera hora de vida.² Esta situación está lejos de la recomendación mundial sobre la alimentación del lactante y del niño pequeño.³

28. La OMS sigue promoviendo el concepto de que la alimentación del lactante y del niño pequeño es esencial para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio, y en particular los relacionados con la reducción de la mortalidad infantil y la erradicación de la pobreza extrema y el hambre. En consonancia con la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño, la Secretaría tiene un doble enfoque: elaborar directrices e instrumentos para alcanzar las metas operacionales de la Estrategia, y posteriormente lograr que sean utilizados mediante la creación de capacidad en los países; proporcionar apoyo a la investigación y difundir sus resultados. En 2007 la OMS y el UNICEF han publicado conjuntamente una guía de planificación para ayudar a los países a transformar la Estrategia en planes de acción nacionales.

29. En abril de 2006, la OMS presentó con una amplia cobertura mediática sus Patrones de Crecimiento Infantil y los instrumentos que garantizan su aplicación. Desde entonces, muchos países han aplicado o adoptado oficialmente dichos Patrones, cuyo uso está generando importantes cambios hacia la adopción de prácticas óptimas, a medida que los países normalizan sus directrices para evaluar el crecimiento infantil y revitalizan sus programas para fomentar el crecimiento infantil. La Secretaría también ha ampliado sus actividades para crear una red de instructores en evaluación del crecimiento.

30. Junto con el UNICEF, la OMS publicó en 2006 un curso integrado sobre asesoramiento en materia de alimentación del lactante y del niño pequeño con el objetivo de aumentar el número de profesionales sanitarios capacitados para proporcionar asesoramiento sobre la lactancia materna, la alimen-

¹ Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño, documento WHA55/2002/REC/1, anexo 2.

² Base de Datos Mundial de la OMS sobre la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño, actualizada el 5 de diciembre de 2007.

³ Lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida, con una alimentación complementaria sana y apropiada desde el punto de vista nutricional mediante la introducción de cantidades adecuadas de productos autóctonos y alimentos locales inocuos mientras se mantiene la lactancia hasta al menos los dos años de edad.

tación complementaria y la alimentación de los lactantes infectados por el VIH. También con el UNICEF, la OMS ha publicado en 2007 una versión actualizada de materiales de la iniciativa «Hospitales amigos del niño». La OMS ha finalizado en 2006 un examen técnico de las evidencias sobre la alimentación óptima de los lactantes de bajo peso, y ha completado en 2007 una revisión sistemática de los estudios, tanto observacionales como aleatorizados, sobre los efectos a largo plazo de la lactancia materna. En la actualidad la Organización está desarrollando técnicas para diseñar directrices dietéticas basadas en los alimentos mediante el uso de modelos matemáticos con programación lineal.

31. En una consulta celebrada en Washington, DC, del 6 al 8 de noviembre de 2007, la OMS y sus asociados examinaron las evidencias existentes y acordaron un conjunto de indicadores para evaluar las prácticas de alimentación de los lactantes y los niños pequeños. Dichos indicadores se incorporarán a la Base de Datos Mundial de la OMS sobre la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño.

32. Varios países han adoptado medidas para ampliar la puesta en práctica del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, entre ellas el fortalecimiento de la capacidad en materia de aplicación y supervisión, y la aprobación o reforma de leyes y reglamentos. La Oficina Regional para el Pacífico Occidental celebró en Manila, del 20 al 22 de junio de 2007, una consulta conjunta OMS/UNICEF con expertos de 18 países para examinar el estado de aplicación del Código e identificar medidas para aumentar su ritmo de aplicación. En países de África oriental y meridional se han llevado a cabo actividades de formación en materia de aplicación y supervisión del Código.

33. En octubre de 2006, en nombre del Grupo de Tareas Interinstitucional para la prevención de la infección por VIH en embarazadas y de su transmisión maternoinfantil, la OMS celebró en Ginebra una consulta técnica sobre el VIH y la alimentación del lactante con el fin de examinar las nuevas evidencias y las experiencias más recientes en esta materia, y de aclarar y perfeccionar las recomendaciones existentes. La consulta aprobó los principios generales subyacentes a las recomendaciones anteriores y emitió una declaración de consenso sobre las opciones alimentarias en el contexto de la infección por VIH.

34. Con el fin de identificar y prevenir los casos incipientes de malnutrición, la OMS está fortaleciendo el enfoque integrado de mejora del tratamiento de la malnutrición grave en niños a través de un planteamiento innovador que integra el tratamiento comunitario con el tratamiento en centros sanitarios. Asimismo, está elaborando directrices operacionales para el personal de socorro en emergencias y los gestores de programas.

35. Se han actualizado las directrices sobre los indicadores de los trastornos por carencia de yodo elaborados por la OMS, el UNICEF y el Consejo Internacional de Lucha contra los Trastornos causados por la Carencia de Yodo, y se ha publicado una declaración conjunta con el PMA y el UNICEF acerca de la prevención y el control de las carencias de micronutrientes. La Secretaría ha elaborado un proyecto de estrategia de promoción, comunicación y participación de la comunidad en materia de nutrición.

36. Junto con sus asociados, la OMS ha iniciado un análisis de la disposición a actuar en materia de nutrición que ha sido financiado por la Fundación Bill y Melinda Gates. En ese análisis se están evaluando las desigualdades y limitaciones, e identificando las oportunidades para actuar con el fin de reducir la desnutrición materna e infantil en los 36 países en los que vive el 90% de los niños con retraso del crecimiento que hay en el mundo.

INTERVENCIÓN DEL CONSEJO EJECUTIVO

37. Se invita al Consejo a que tome nota de estos informes.