

Informes sobre los progresos realizados en asuntos técnicos y sanitarios

Informe de la Secretaría

| | | |
|----|--|---|
| A. | Control de la tripanosomiasis africana humana (resolución WHA57.2) | 2 |
| E. | Salud reproductiva: estrategia para acelerar el avance hacia el logro de los objetivos y metas internacionales de desarrollo (resolución WHA57.12) | 3 |
| F. | Nutrición del lactante y del niño pequeño: informe bienal sobre los progresos realizados (resolución WHA58.32) | 5 |
| | Intervención de la Asamblea de la Salud | 9 |

A. CONTROL DE LA TRIPANOSOMIASIS AFRICANA HUMANA (resolución WHA57.2)

1. En su resolución WHA57.2, la 57ª Asamblea Mundial de la Salud expresó su preocupación por el resurgimiento de la tripanosomiasis africana humana y acogió con agrado el compromiso político con el combate contra esta enfermedad expresado por los dirigentes de los países donde es endémica, así como las recientes iniciativas y alianzas publicoprivadas encaminadas a combatirla. También pidió al Director General que el primer año de cada bienio informara a la Asamblea de la Salud acerca de los progresos realizados.

2. La tripanosomiasis africana humana causada por *Trypanosoma brucei gambiense* sigue siendo endémica en 24 países. Entre 1997 y 2006, el número de nuevos casos notificados disminuyó en un 69%. Gambia, Guinea-Bissau, Liberia, el Níger, el Senegal y Sierra Leona no notificaron ningún caso. Benin, Burkina Faso, Ghana, Malí y el Togo notificaron casos esporádicos. El Camerún, Côte d'Ivoire, el Gabón, Guinea, Guinea Ecuatorial y Nigeria notificaron cada uno menos de 100 nuevos casos anuales. El Chad, el Congo, la República Centroafricana y Uganda notificaron cada uno más de 100 pero menos de 1000 nuevos casos anuales; y Angola, la República Democrática del Congo y el Sudán notificaron cada uno más de 1000 nuevos casos anuales.

3. Durante el mismo periodo, el número de nuevos casos notificados de tripanosomiasis africana humana causada por *Trypanosoma brucei rhodesiense* disminuyó en un 21% en 13 países. Botswana, Burundi, Etiopía, Namibia y Swazilandia no notificaron ningún caso. Kenya, Mozambique, Rwanda y Zimbabwe notificaron casos esporádicos. Malawi y Zambia notificaron cada uno menos de 100 nuevos casos anuales. La República Unida de Tanzania y Uganda notificaron cada uno más de 100 pero menos de 1000 nuevos casos anuales.

4. El acceso al diagnóstico y al tratamiento mejoró cuando cesó la agitación social y se vio facilitado por la creación de capacidad, el apoyo técnico y financiero a las actividades de divulgación, y la producción y distribución gratuita de medicamentos para el tratamiento de esta enfermedad.

5. 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. Entre 1997 y 2006, el número de personas examinadas en el marco de encuestas para detección de casos de tripanosomiasis africana humana aumentó de 1 345 809 a 3 014 740, mientras que el número de casos notificados de las dos formas de esta enfermedad disminuyó de 37 177 a 11 868.

6. A pesar de los progresos realizados, la tripanosomiasis africana humana sigue siendo una amenaza en África. Desafortunadamente, la prioridad asignada a la lucha contra esta enfermedad se ha reducido como consecuencia del bajo número de casos detectados. Hace 50 años se produjo una situación similar, cuando se creyó que se había eliminado la enfermedad: disminuyó la sensibilización acerca de ella y la concentración en otras prioridades contribuyó a reducir el interés por combatirla. Para evitar que se repita este error, el reto inmediato consiste en hacer que la vigilancia y el control de esta enfermedad sean costoeficaces y sostenibles.

7. Representantes de países donde la tripanosomiasis africana humana es endémica celebraron una consulta oficiosa sobre el control sostenible de esta enfermedad (Ginebra, 1 a 3 de mayo de 2007) y llegaron a la conclusión de que éste sólo era viable cuando las actividades de vigilancia y control se integraban en sistemas de salud reforzados. Sin embargo, con los medios de diagnóstico disponibles es difícil que los sistemas de salud puedan incorporar el control de la enfermedad. Los dos impedimentos técnicos principales son: i) la inexistencia de una prueba diagnóstica sensible, específica y

barata que pueda realizarse fácilmente sobre el terreno y utilizarse en todos los niveles del sistema de salud, y *ii*) la inexistencia de un medicamento oral barato, seguro y fácil de administrar que permita curar ambas formas de la enfermedad.

8. El reto más inmediato consiste en acelerar la tendencia epidemiológica y proseguir la eliminación de la enfermedad con los medios existentes. Los países donde la enfermedad es endémica necesitan recibir apoyo para llevar a cabo actividades de vigilancia y control. Es preciso reforzar los mecanismos de notificación. La investigación debe orientarse hacia el suministro de medios adecuados para lograr una eliminación sostenida de la tripanosomiasis africana humana. Es preciso mantener la sensibilización y seguir realizando actividades de promoción para recaudar fondos y asegurar el mantenimiento de las prioridades. La OMS debe seguir liderando la prestación de apoyo a los países y coordinando la labor de las partes interesadas.

E. SALUD REPRODUCTIVA: ESTRATEGIA PARA ACELERAR EL AVANCE HACIA EL LOGRO DE LOS OBJETIVOS Y METAS INTERNACIONALES DE DESARROLLO (resolución WHA57.12)

9. 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 aplicar la estrategia aprobada en la resolución WHA57.12.

10. La estrategia y cuatro documentos sinópticos de políticas en los que se resumen sus aspectos fundamentales 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 prestar 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.

11. El instrumento de evaluación para seguir de cerca los avances en la aplicación de la estrategia se ha actualizado en consonancia 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.

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

- **fortalecer la capacidad de los sistemas de salud** - mediante la elaboración de políticas que los refuercen, y la evaluación de los recursos humanos para la salud;
- **mejorar la información para el establecimiento de prioridades** - mediante la realización de estudios sobre la mortalidad materna;

¹ Documento A59/23.

² Documento WHO/RHR/06.3.

- **movilizar la voluntad política** - mediante la celebración de conferencias mundiales y regionales en las que intervienen 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;¹ la Conferencia Mundial «Las Mujeres Dan Vida» (Londres, 18 a 20 de octubre de 2007); las iniciativas de algunos Jefes de Estado y de Gobierno, por ejemplo, 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 presta a asociaciones como la Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño, albergada en la OMS; la difusión de información a los medios de comunicación; y los programas de divulgación destinados a la sociedad civil;
- **crear marcos legislativos y reglamentarios de apoyo** - mediante el establecimiento de 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 las actividades de vigilancia de los planes nacionales de desarrollo.

13. Entre las áreas concretas que, según han informado los Estados Miembros, requieren mayor atención figuran las siguientes: fortalecimiento de los recursos humanos y de la colaboración multi-sectorial; empoderamiento de las mujeres, las familias y las comunidades; y mejoramiento tanto de la vigilancia y la evaluación como de la calidad de los servicios.

14. 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 2005² 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 Unidas³ 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 General⁴ 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 UNFPA colaboran en la definición y puesta en práctica de una gama más amplia de indicadores sobre el acceso universal y también prestan asistencia a los países en sus actividades encaminadas a vigilar los progresos realizados.

15. La ulterior aprobación de la Estrategia mundial de prevención y control de las infecciones de transmisión sexual, 2006-2015⁵ 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

¹ 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, celebrado en Maputo, del 18 al 22 de septiembre de 2006.

² Resolución 60/1 de la Asamblea General de las Naciones Unidas.

³ Decisión 61/504.

⁴ Documento A/62/1.

⁵ Documento WHA59/2006/REC/1, anexo 2.

para conseguir este 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 en las pruebas de detección prenatal del VIH.

16. 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, donde se indica 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.

17. En cumplimiento de las recomendaciones de la estrategia relacionadas con la vigilancia y la evaluación, la OMS, el Banco Mundial, el UNICEF y el UNFPA 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 la tasa de mortalidad materna, los progresos han sido desiguales: 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 la reducción fue mayor, en ningún caso se alcanzó la tasa anual necesaria (5,5%) para lograr la meta del Objetivo de Desarrollo del Milenio de reducir en tres cuartas partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna. En cuanto al aborto, las estimaciones indican una disminución, especialmente en Europa central y oriental, atribuible 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.

18. En su 122ª reunión, celebrada en enero de 2008, el Consejo Ejecutivo tomó nota del informe de la Secretaría sobre este tema.¹ Los miembros del Consejo recordaron el compromiso de los Estados Miembros de alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud, así como la importancia de evaluar periódicamente los progresos realizados. Sin embargo, se expresó preocupación por las posibilidades de conseguir el acceso equitativo a servicios de salud reproductiva de alta calidad; por el progreso lento, aunque positivo, en materia de atención materna; y por la baja tasa de uso de anticonceptivos en los países de la Región de África. Se valoró positivamente la prestación de apoyo para la integración de actividades de lucha contra el VIH/SIDA en los servicios de salud sexual y reproductiva, así como la actualización de las directrices sobre planificación familiar y enfermedades de transmisión sexual.

F. NUTRICIÓN DEL LACTANTE Y DEL NIÑO PEQUEÑO: INFORME BIENAL SOBRE LOS PROGRESOS REALIZADOS (resolución WHA58.32)

19. El presente informe responde a la petición formulada en la resolución WHA58.32 en el sentido de que los años pares, cuando presente el informe sobre el estado de aplicación del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Lecha Materna y las resoluciones pertinentes de la Asamblea de la Salud, el Director General informe a la Asamblea de la Salud sobre los progresos realizados en el examen de las cuestiones transmitidas a la Comisión del Codex Alimentarius para que adopte medidas.

¹ Véase el documento EB122/2008/REC/2, acta resumida de la décima sesión.

Comisión del Codex Alimentarius

20. En respuesta a la primera de las peticiones específicas dirigidas a la Comisión del Codex Alimentarius (párrafo 2(1)), al elaborar normas y textos conexos la Comisión ha seguido teniendo plenamente en cuenta las resoluciones pertinentes de la Asamblea de la Salud (véanse ejemplos en los párrafos 3 y 4 *infra*). Prosiguen las deliberaciones en esferas en las cuales determinadas resoluciones de la Asamblea de la Salud señalan la responsabilidad de la Comisión, por ejemplo el Comité del Codex sobre Nutrición y Alimentos para Regímenes Especiales, el Comité del Codex sobre Etiquetado de los Alimentos, el Comité Ejecutivo de la Comisión del Codex Alimentarius y la Comisión del Codex Alimentarius han examinado varias veces la Estrategia OMS sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud.

21. Con respecto al establecimiento de normas, directrices y recomendaciones sobre alimentos para lactantes y niños pequeños (párrafo 2(2) de la resolución), la Comisión en su 29º periodo de sesiones (julio de 2006) adoptó la Norma revisada para alimentos elaborados a base de cereales para lactantes y niños pequeños, y en su 30º periodo de sesiones (julio de 2007) adoptó la Norma revisada para preparados para lactantes y preparados para usos medicinales especiales destinados a los lactantes. Estas normas hacen referencia al Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna (1981), la Estrategia Mundial OMS para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño y la resolución WHA54.2 sobre la nutrición del lactante y del niño pequeño (2001).

22. Con respecto a la ultimación de los trabajos sobre la forma de abordar el riesgo de contaminación microbiológica de las preparaciones en polvo para lactantes (párrafo 2(3)), el Comité del Codex sobre Higiene de los Alimentos en su 39ª reunión (Nueva Delhi, 30 de octubre - 4 de noviembre de 2007) ultimó el anteproyecto de código de prácticas de higiene para preparados en polvo para lactantes y niños pequeños, que será sometido a la Comisión en julio de 2008. El Código revisado aborda el riesgo de contaminación microbiológica de preparados en polvo para lactantes por *E. sakazakii* y otros organismos pertinentes, y hace referencias completas a las Directrices de la OMS sobre preparación, almacenamiento y manipulación en condiciones higiénicas de preparaciones en polvo para lactantes.¹ El Código revisado también hace referencia a políticas de la OMS, en particular la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño y el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna. Prosiguen las actividades encaminadas a definir criterios microbiológicos sobre los preparados en polvo para lactantes y para niños pequeños. El Código revisado, en sus orientaciones sobre la manipulación en condiciones higiénicas de preparaciones en polvo para lactantes, hace referencia a las Directrices de la OMS sobre la preparación en condiciones higiénicas. También reconoce la necesidad de facilitar información clara a los usuarios e incorporar en las etiquetas mensajes claros sobre los riesgos potenciales de la falta de asepsia del polvo.

Exhortaciones a los Estados Miembros

23. Un número creciente de Estados Miembros en desarrollo están participando de forma activa y constructiva en la labor de la Comisión del Codex Alimentarius (párrafo 1(9) de la resolución). Desde su creación en 2004, el Proyecto y Fondo de la FAO y la OMS en favor de la Participación en el Codex ha prestado apoyo a 734 ciudadanos de 100 países a fin de que asistan a algunas de las 63 reuniones diferentes de la Comisión y sus comités y grupos de trabajo conexos y reciban capacitación para el fortalecimiento de su participación. El Fondo ha recibido en total US\$ 5,4 millones de dos Estados Miembros y la Unión Europea.

¹ Véase <http://www.who.int/foodsafety/publications/micro/pif2007/en/index/html>.

Respuesta a peticiones formuladas al Director General

24. La OMS y la FAO han preparado directrices destinadas a cuidadores de niños sobre la preparación, utilización, manipulación y almacenamiento de preparaciones para lactantes con el fin de reducir al mínimo los riesgos de contaminación y crecimiento de *E. sakazakii* y otros patógenos.¹ Las directrices se prepararon sobre la base de los resultados de la evaluación de riesgos FAO/OMS.² Por intermedio de la Red Internacional de Autoridades en materia de Inocuidad de los Alimentos (INFOSAN) se distribuyó un proyecto a los Estados Miembros e interesados directos para que lo examinaran antes de que las directrices se ultimaran y tradujeran a siete idiomas en 2007. En la actualidad las directrices se están utilizando en varios países. En el bienio en curso se traducirán a un mayor número de idiomas y se difundirán más ampliamente por diversos medios, entre ellos una nota de información de INFOSAN.

25. La OMS y la FAO han formulado conjuntamente recomendaciones sobre investigaciones necesarias para entender y gestionar mejor los riesgos asociados a *E. sakazakii* en las preparaciones en polvo para lactantes, y la Secretaría de la OMS está designando un centro colaborador de la OMS para actividades de investigación, referencia y capacitación sobre trabajos relacionados con *E. sakazakii*. Los resultados de las evaluaciones FAO/OMS de los riesgos de infección por *E. sakazakii* y *Salmonella* asociados a las preparaciones en polvo para lactantes se han publicado en diversos foros científicos, entre ellos revistas sometidas a un arbitraje editorial. Para facilitar la gestión de los riesgos asociados a *E. sakazakii* en las preparaciones en polvo para lactantes y seguir orientando las investigaciones, la OMS y la FAO han creado y publicado conjuntamente en la web un modelo de evaluación de riesgos.³ Éste es el primero en su género y será importante para ayudar a explorar y evaluar las posibilidades de combinaciones alternativas de medidas de control encaminadas a reducir los riesgos debidos a la presencia de *E. sakazakii* en las preparaciones en polvo para lactantes.

Nutrición del lactante y del niño pequeño

26. La malnutrición es responsable directa o indirecta de aproximadamente la mitad de las defunciones anuales de menores de cinco años que se registran a nivel mundial. En el mundo hay 178 millones de menores de cinco años con retraso del crecimiento, el 90% de los cuales viven en países cuya carga es muy elevada. Una intervención muy importante para corregir esta situación consiste en mejorar las prácticas de alimentación de lactantes y niños pequeños.⁴ Los datos actuales indican que sólo aproximadamente un tercio de los niños de los países muy afectados son alimentados exclusivamente con leche materna durante seis meses, y que menos de la mitad de ellos comienzan la lactancia materna en la primera hora de vida.⁵ Esta situación está lejos de la recomendación mundial sobre la alimentación del lactante y del niño pequeño.⁶

¹ Véase <http://www.who.int/foodsafety/publications/micro/pif2007/en/index/html>.

² Véase <http://www.who.int/foodsafety/micro/jemra/assessment/esakazakii/en/index.html>.

³ Véase <http://www.mramodels.org/ESAK/RunModel.aspx>.

⁴ Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño, documento WHA55/2002/REC/1, anexo 2.

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

⁶ 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 materna hasta al menos los dos años de edad.

27. La OMS sigue promoviendo la idea de que la alimentación del lactante y del niño pequeño es esencial para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio, 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, el enfoque de la Secretaría abarca dos aspectos: elaborar directrices e instrumentos para alcanzar las metas operacionales de la Estrategia y luego crear capacidad en los países para que los utilicen; y proporcionar apoyo a la investigación y difundir sus resultados. En 2007 la OMS y el UNICEF publicaron conjuntamente una guía de planificación para ayudar a los países a transformar la Estrategia en planes de acción nacionales.

28. Muchos países han aplicado o adoptado oficialmente los Patrones de Crecimiento Infantil presentados en abril de 2006 junto con instrumentos para su aplicación. Su 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 este último. La Secretaría también ha ampliado sus actividades para crear una red de instructores en evaluación del crecimiento.

29. La OMS, junto con el UNICEF, con objeto de aumentar el número de profesionales sanitarios capacitados para proporcionar asesoramiento sobre la lactancia materna, la alimentación complementaria y la alimentación de los lactantes infectados por el VIH, publicó en 2006 un curso integrado. También con el UNICEF, la OMS publicó en 2007 una versión actualizada de material relacionado con la iniciativa «Hospitales amigos del niño». La OMS finalizó en 2006 un examen técnico de las evidencias sobre la alimentación óptima de los lactantes de bajo peso al nacer, y completó en 2007 una revisión sistemática de los estudios observacionales y aleatorizados sobre los efectos a largo plazo de la lactancia materna. En la actualidad la Organización está desarrollando técnicas para formular directrices sobre régimen alimentario basadas en modelos matemáticos utilizando programación lineal.

30. En una consulta (Washington, D.C., 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.

31. 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. En la consulta se suscribieron los principios generales en que se basaban las recomendaciones anteriores y se formuló una declaración de consenso sobre opciones alimentarias en el contexto de la infección por VIH.

32. Con el fin de identificar y prevenir precozmente los casos de malnutrición, la OMS está fortaleciendo el enfoque integrado de mejora del tratamiento de la malnutrición infantil grave mediante un planteamiento innovador que integra el tratamiento comunitario con el tratamiento en centros sanitarios. Asimismo, está preparando directrices operacionales para el personal de socorro en emergencias y los gestores de programas. Se han actualizado las directrices sobre los indicadores de trastornos yodopénicos elaboradas por la OMS, el UNICEF y el Consejo Internacional de Lucha contra los Trastornos por 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.

33. Junto con sus asociados y con financiación de la Fundación Bill y Melinda Gates, la OMS ha iniciado un análisis de la disposición a actuar en materia de nutrición. En ese análisis se están evaluando fallas y limitaciones e identificando oportunidades para actuar con el fin de reducir la desnutrición materna e infantil en los 36 países donde vive el 90% del total mundial de los niños con retraso del crecimiento.

34. En 2006 y 2007 varios países adoptaron medidas para aplicar el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, medidas que abarcan desde la creación y el fortalecimiento de la capacidad de los funcionarios públicos y los profesionales de la salud para aplicar el Código y seguir de cerca los progresos hasta la adopción de leyes y reglamentos nuevos y la reforma de los vigentes. En la Región de las Américas, Bolivia ha adoptado un código nacional. En la Región del Pacífico Occidental, en una consulta regional OMS/UNICEF sobre protección, promoción y apoyo de la lactancia natural (Manila, 19 a 21 de junio de 2007), los participantes identificaron medidas para mejorar la aplicación nacional del Código Internacional y de las subsiguientes resoluciones pertinentes. En Filipinas se revisaron sustancialmente las normas y reglamentos de aplicación de la Orden Ejecutiva N° 51 (el «código nacional de la leche») para posibilitar una aplicación y seguimiento más efectivos del código nacional, se desplegaron esfuerzos continuos para sensibilizar y aleccionar acerca de la lactancia materna, se establecieron a nivel nacional grupos de apoyo a la lactancia materna y se intensificó la capacitación. En la Región de África, en los países del sur y del este, el UNICEF y el Centro de Documentación sobre el Código Internacional, con la participación de la OMS, impartieron capacitación sobre la aplicación del Código y su seguimiento.

35. En 2007 se pidió a los Estados Miembros información actualizada sobre la aplicación del Código Internacional desde 2006 (25° aniversario de la adopción del Código Internacional).

36. Como parte de su prestación continua de apoyo a los Estados Miembros, la Secretaría ha examinado, junto con los asociados del sistema de las Naciones Unidas y la sociedad civil, la forma de intercambiar conocimientos y experiencias sobre la aplicación y el seguimiento del Código y buscar maneras de mejorar la colaboración y la coordinación en esferas tales como el apoyo técnico y jurídico, la promoción y la capacitación.

INTERVENCIÓN DE LA ASAMBLEA DE LA SALUD

37. Se invita a la Asamblea de la Salud a tomar nota del informe.

= = =