



ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

---

# **CONSEJO EJECUTIVO**

**126.<sup>a</sup> REUNIÓN**

**GINEBRA, 18-23 DE ENERO DE 2010**

**RESOLUCIONES Y DECISIONES  
ANEXOS**

**GINEBRA  
2010**

---

## SIGLAS

Entre las siglas empleadas en la documentación de la OMS figuran las siguientes:

ACNUR	- Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (Oficina)
ASEAN	- Asociación de Naciones del Asia Sudoriental
CCIS	- Comité Consultivo de Investigaciones Sanitarias
CIIC	- Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer
CIOMS	- Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas
FAO	- Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación
FIDA	- Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola
FMI	- Fondo Monetario Internacional
JIFE	- Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes
OACI	- Organización de Aviación Civil Internacional
OCDE	- Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos
OIE	- Office international des Épizooties
OIEA	- Organismo Internacional de Energía Atómica
OIT	- Organización (Oficina) Internacional del Trabajo
OMC	- Organización Mundial del Comercio
OMI	- Organización Marítima Internacional
OMM	- Organización Meteorológica Mundial
OMPI	- Organización Mundial de la Propiedad Intelectual
ONUDI	- Organización de las Naciones Unidas para el Desarrollo Industrial
ONUSIDA	- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida
OOPS	- Organismo de Obras Públicas y Socorro de las Naciones Unidas para los Refugiados de Palestina en el Cercano Oriente
OPS	- Organización Panamericana de la Salud
OSP	- Oficina Sanitaria Panamericana
PMA	- Programa Mundial de Alimentos
PNUD	- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PNUMA	- Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente
UIT	- Unión Internacional de Telecomunicaciones
UNCTAD	- Conferencia de las Naciones Unidas sobre Comercio y Desarrollo
UNDCP	- Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas
UNESCO	- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
UNFPA	- Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNICEF	- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

---

Las denominaciones utilizadas en este volumen y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría 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. La denominación «país o zona» que figura en los títulos de los cuadros abarca países, territorios, ciudades o zonas.

## INTRODUCCIÓN

La 126.<sup>a</sup> reunión del Consejo Ejecutivo se celebró en la sede de la OMS, Ginebra, del 18 al 23 de enero de 2010. Sus actas se publican en dos volúmenes. El presente volumen contiene las resoluciones y decisiones, con sus correspondientes anexos, y la composición de los comités y grupos de trabajo. Las actas resumidas de los debates del Consejo y la lista de participantes y de los miembros de la Mesa se publican en el documento EB126/2010/REC/2.

---



## ÍNDICE

	<b>Página</b>
Introducción .....	iii
Orden del día .....	vii
Lista de documentos.....	xi
Comités y grupos de trabajo .....	xv

### RESOLUCIONES Y DECISIONES

#### Resoluciones

EB126.R1	Nombramiento de Director Regional para África .....	1
EB126.R2	Nombramiento de Director Regional para Europa .....	1
EB126.R3	Expresión de gratitud al Dr. Marc Danzon .....	2
EB126.R4	Monitoreo del logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud .....	2
EB126.R5	Nutrición del lactante y del niño pequeño .....	7
EB126.R6	Defectos congénitos .....	10
EB126.R7	Fomento de las iniciativas en materia de inocuidad de los alimentos .....	12
EB126.R8	Método de trabajo del Consejo Ejecutivo .....	17
EB126.R9	Confirmación de las modificaciones del Reglamento de Personal.....	17
EB126.R10	Sueldos de los titulares de puestos sin clasificar y de la Directora General ..	17
EB126.R11	Estrategias para reducir el uso nocivo del alcohol .....	18
EB126.R12	Mejora de la salud mediante una gestión de desechos segura y ecológicamente racional .....	19
EB126.R13	Mejora de la salud mediante la gestión racional de los plaguicidas y otras sustancias químicas en desuso .....	22
EB126.R14	Disponibilidad, seguridad y calidad de los productos sanguíneos.....	26
EB126.R15	Acelerar los progresos hacia el logro del Objetivo de Desarrollo del Milenio 4 para reducir la mortalidad en la niñez: prevención y tratamiento de la neumonía .....	31

	<b>Página</b>
EB126.R16	Hepatitis virales ..... 34
EB126.R17	Relaciones con organizaciones no gubernamentales ..... 37
 <b>Decisiones</b>	
EB126(1)	Nombramiento de miembros del Comité Consultivo de Expertos Independientes en materia de Supervisión ..... 38
EB126(2)	Designación de los representantes del Consejo Ejecutivo en la 63. <sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud ..... 38
EB126(3)	Orden del día provisional y duración de la 63. <sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud ..... 38
EB126(4)	Lugar y fecha de la 127. <sup>a</sup> reunión del Consejo Ejecutivo ..... 39
EB126(5)	Revisión de las organizaciones no gubernamentales con las que la OMS mantiene relaciones oficiales ..... 39
EB126(6)	Adjudicación del Premio de la Fundación Dr. A. T. Shousha ..... 40
EB126(7)	Adjudicación del Premio Sasakawa para la Salud ..... 40
EB126(8)	Adjudicación del Premio de la Fundación de los Emiratos Árabes Unidos para la Salud ..... 40
EB126(9)	Adjudicación del Premio de Salud Pública en Memoria del Dr. LEE Jong-wook ..... 40

## ANEXOS

1.	Defectos congénitos ..... 43
2.	Texto de los artículos modificados del Reglamento Interior del Consejo Ejecutivo ..... 50
3.	Confirmación de las modificaciones del Reglamento de Personal ..... 51
4.	Proyecto de estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol ..... 55
5.	Organizaciones no gubernamentales con las que la OMS ha establecido o sigue manteniendo relaciones oficiales en virtud de la resolución EB126.R17 y la decisión EB126(5) ..... 77
6.	Orientaciones para el examen por la OMS de sustancias psicoactivas en el contexto de la fiscalización internacional ..... 80
7.	Repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de las resoluciones adoptadas por el Consejo Ejecutivo ..... 106

## ORDEN DEL DÍA<sup>1</sup>

1. Apertura de la reunión y adopción del orden del día
2. Informe de la Directora General
3. Informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo
4. Asuntos técnicos y sanitarios
  - 4.1 Preparación para una gripe pandémica: intercambio de virus gripales y acceso a las vacunas y otros beneficios
  - 4.2 Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005)
  - 4.3 Salud pública, innovación y propiedad intelectual: estrategia mundial y plan de acción
  - 4.4 Monitoreo del logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud
  - 4.5 Contratación internacional de personal sanitario: proyecto de código de prácticas mundial
  - 4.6 Nutrición del lactante y del niño pequeño: informe cuatrienal sobre los progresos realizados
  - 4.7 Defectos congénitos
  - 4.8 Inocuidad de los alimentos
  - 4.9 Prevención y control de las enfermedades no transmisibles: aplicación de la estrategia mundial
  - 4.10 Estrategias para reducir el uso nocivo del alcohol
  - 4.11 Control de la tuberculosis
    - Progresos realizados y planificación a largo plazo
    - Prevención y control de la tuberculosis multirresistente y la tuberculosis ultrarresistente
  - 4.12 Hepatitis viral
  - 4.13 Control de la leishmaniasis

---

<sup>1</sup> Adoptado por el Consejo en su primera sesión (18 de enero de 2010).

- 4.14 Erradicación mundial del sarampión
- 4.15 Erradicación de la viruela: destrucción de las reservas de virus variólico
- 4.16 Disponibilidad, seguridad y calidad de los productos sanguíneos
- 4.17 Enfoque estratégico para la gestión de los productos químicos a nivel internacional
- 4.18 Orientaciones para el examen por la OMS de sustancias psicoactivas en el contexto de la fiscalización internacional: proyecto de revisión
- 4.19 Consecuencias sanitarias del terremoto de Haití
- 4.20 Tratamiento y prevención de la neumonía
- 4.21 Lepra (enfermedad de Hansen)
- 5. Asuntos programáticos y presupuestarios
  - 5.1 Undécimo Programa General de Trabajo, 2006-2015
- 6. Asuntos financieros
  - 6.1 Escala de contribuciones
  - 6.2 [suprimido]
- 7. Asuntos administrativos
  - 7.1 Protección y seguridad del personal y los locales, y plan de mejoras
  - 7.2 Nombramiento de miembros del Comité Consultivo de Expertos Independientes en materia de Supervisión
  - 7.3 Método de trabajo de los órganos deliberantes
  - 7.4 Orden del día provisional de la 63.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud y lugar y fecha de la 127.<sup>a</sup> reunión del Consejo Ejecutivo
  - 7.5 Informes de los comités del Consejo Ejecutivo
    - Comité Permanente de Organizaciones No Gubernamentales
    - Fundaciones y premios
- 8. Asuntos de personal
  - 8.1 Nombramiento de Director Regional para África
  - 8.2 Nombramiento de Director Regional para Europa
  - 8.3 Nombramiento de Auditor Interno



- 8.4 Recursos humanos: informe anual
- 8.5 Confirmación de las modificaciones del Estatuto del Personal y del Reglamento de Personal
- 8.6 Intervención del representante de las asociaciones del personal de la OMS
- 8.7 Informe de la Comisión de Administración Pública Internacional
- 9. Asuntos para información
  - 9.1 Informes de los órganos consultivos
    - Comité Consultivo de Investigaciones Sanitarias
    - Comités de expertos y grupos de estudio
- 10. Informes sobre los progresos realizados
  - A. Poliomielitis: mecanismo de gestión de los riesgos potenciales para la erradicación (resolución WHA61.1)
  - B. Control de la tripanosomiasis africana humana (resolución WHA57.2)
  - C. Salud reproductiva: estrategia para acelerar el avance hacia el logro de los objetivos y metas internacionales de desarrollo (resolución WHA57.12)
  - D. Pronta formación de un mayor número de profesionales de la salud (resolución WHA59.23)
  - E. Fortalecimiento de la enfermería y la partería (resolución WHA59.27)
  - F. Sostenimiento de la eliminación de los trastornos por carencia de yodo (resolución WHA60.21)
  - G. Multilingüismo: aplicación del plan de acción (resolución WHA61.12)
  - H. Salud de los migrantes (resolución WHA61.17)
  - I. Cambio climático y salud (resolución WHA61.19)
  - J. Atención primaria de salud, incluido el fortalecimiento de los sistemas de salud (resolución WHA62.12)
- 11. Clausura de la reunión



## LISTA DE DOCUMENTOS

EB126/1 Rev.1	Orden del día <sup>1</sup>
EB126/1 Add.1 y EB126/1 Add.2	Propuesta de inclusión de un punto suplementario en el orden del día
EB126/2	Informe de la Directora General al Consejo Ejecutivo en su 126. <sup>a</sup> reunión
EB126/3	Informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo
EB126/4	Preparación para una gripe pandémica: intercambio de virus gripales y acceso a las vacunas y otros beneficios
EB126/5	Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005)
EB126/6	Salud pública, innovación y propiedad intelectual: estrategia mundial y plan de acción
EB126/6 Add.1	Salud pública, innovación y propiedad intelectual: Informe del Grupo de Trabajo de Expertos sobre Financiación de la Investigación y el Desarrollo
EB126/7	Monitoreo del logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud
EB126/8	Contratación internacional de personal de salud: proyecto de código de prácticas mundial
EB126/9	Nutrición del lactante y del niño pequeño: informe cuatrienal sobre los progresos realizados
EB126/10 y EB126/10 Add.1	Defectos congénitos <sup>2</sup>
EB126/10 Add.2	Informe sobre las repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de las resoluciones cuya adopción se ha propuesto al Consejo Ejecutivo y la Asamblea de la Salud <sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> Véase p. vii.

<sup>2</sup> Véase el anexo 1.

<sup>3</sup> Véase el anexo 7.

EB126/11	Inocuidad de los alimentos
EB126/12	Prevención y control de las enfermedades no transmisibles: aplicación de la estrategia mundial
EB126/13	Estrategias para reducir el uso nocivo del alcohol: proyecto de estrategia mundial <sup>1</sup>
EB126/13 Add.1	Informe sobre las repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de las resoluciones cuya adopción se ha propuesto al Consejo Ejecutivo y la Asamblea de la Salud <sup>2</sup>
EB126/14	Control de la tuberculosis
EB126/15	Hepatitis virales
EB126/16	Control de la leishmaniasis
EB126/17	Erradicación mundial del sarampión
EB126/18	Erradicación de la viruela: destrucción de las reservas de virus variólico
EB126/19 y EB126/19 Add.1	Disponibilidad, seguridad y calidad de los productos sanguíneos
EB126/19 Add.2	Informe sobre las repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de las resoluciones cuya adopción se ha propuesto al Consejo Ejecutivo y la Asamblea de la Salud <sup>2</sup>
EB126/20	Enfoque estratégico para la gestión de los productos químicos a nivel internacional
EB126/21	Orientaciones para el examen por la OMS de sustancias psicoactivas en el contexto de la fiscalización internacional: proyecto de revisión <sup>3</sup>
EB126/22	Undécimo Programa General de Trabajo, 2006-2015
EB126/23	Escala de contribuciones
EB126/24	Protección y seguridad del personal y los locales, y plan de mejoras
EB126/25	Nombramiento de miembros del Comité Consultivo de Expertos Independientes en materia de Supervisión
EB126/26	Método de trabajo de los órganos deliberantes <sup>4</sup>

---

<sup>1</sup> Véase el anexo 4.

<sup>2</sup> Véase el anexo 7.

<sup>3</sup> Véase el anexo 6.

<sup>4</sup> Véase el anexo 2.

## LISTA DE DOCUMENTOS

---

EB126/27	Orden del día provisional de la 63. <sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud
EB126/28	Informes de los comités del Consejo Ejecutivo: Comité Permanente de Organizaciones No Gubernamentales <sup>1</sup>
EB126/28 Add.1	Informe sobre las repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de las resoluciones cuya adopción se ha propuesto al Consejo Ejecutivo y la Asamblea de la Salud <sup>2</sup>
EB126/29	Premios
EB126/30	Nombramiento de Director Regional para África
EB126/31	Nombramiento de Director Regional para Europa
EB126/32	Nombramiento de Auditor Interno
EB126/33, EB126/33 Add.1 y Corr.1	Recursos humanos: informe anual
EB126/34	Intervención del representante de las asociaciones del personal de la OMS
EB126/35	Informe de la Comisión de Administración Pública Internacional
EB126/36	Informes de los órganos consultivos: Comité Consultivo de Investigaciones Sanitarias
EB126/37	Informe de los comités de expertos y grupos de estudio
EB126/37 Add.1	Informes de los órganos consultivos: Comités de expertos y grupos de estudio - Cuadros y comités de expertos y su composición
EB126/38 y EB126/38 Add.1	Informes sobre los progresos realizados
EB126/39	Confirmación de las modificaciones del Estatuto del Personal y del Reglamento de Personal <sup>3</sup>
EB126/39 Add.1	Informe sobre las repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de las resoluciones cuya adopción se ha propuesto al Consejo Ejecutivo y la Asamblea de la Salud <sup>2</sup>
EB126/40	Tratamiento y prevención de la neumonía
EB126/41	Lepra (enfermedad de Hansen)

---

<sup>1</sup> Véase el anexo 5.

<sup>2</sup> Véase el anexo 7.

<sup>3</sup> Véase el anexo 3.

**Documentos de información**

EB126/INF.DOC./1	Preparación para una gripe pandémica: intercambio de virus gripales y acceso a las vacunas y otros beneficios
EB126/INF.DOC./2	Informe de la Comisión de Administración Pública Internacional
EB126/INF.DOC./3	Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005)

**Documentos varios**

EB126/DIV/1 Rev.1	Lista de miembros y otros participantes
EB126/DIV/2	Calendario diario preliminar
EB126/DIV/3	Decisiones y lista de resoluciones
EB126/DIV/4	Lista de documentos

---

# COMITÉS Y GRUPOS DE TRABAJO<sup>1</sup>

## 1. Comité de Programa, Presupuesto y Administración

Dra. M. Dahl-Regis (Bahamas, Presidenta), Profesor A. F. M. R. Haque (Bangladesh), Dr. P. Buss (Brasil), Dr. A. A. Bin Shakar (Emiratos Árabes Unidos), Profesor D. Houssin (Francia), Dr. M. Kökény (Hungría), Sra. K. Sujatha Rao (India), Dr. S. Omi (Japón), Dr. S. Kabuluzi (Malawi), Dr. A. Djibo (Níger), Sr. T. Ryall (Nueva Zelandia), Dr. A. J. Mohamed (Omán), Dr. S. Zaramba (Uganda), Presidente del Consejo Ejecutivo, miembro *ex officio*, Profesor Sohn Myongsei (República de Corea), Vicepresidente del Consejo Ejecutivo, miembro *ex officio*.

**Undécima reunión, 14 y 15 de enero de 2010:** Dra. M. Dahl-Regis (Bahamas, Presidenta), Sr. S. A. Ali (Bangladesh, suplente del Profesor A. F. M. R. Haque), Dr. L. F. Beskow (Brasil, suplente del Dr. P. Buss), Dr. F. Al Braik (Emiratos Árabes Unidos, suplente del Dr. S. Al Darmaki), Sr. A. Allo (Francia, suplente del Profesor D. Houssin), Dr. A. Meszaro (Hungría, suplente del Dr. M. Kökény), Sr. P. Satpathy (India, suplente de la Sra. K. Sujatha Rao), Dr. M. Mugitani (Japón, suplente del Dr. S. Omi), Dr. A. Djibo (Níger), Sra. D. Roche (Nueva Zelandia, suplente del Sr. T. Ryall), Dr. A. J. Mohamed (Omán, Vicepresidente), Dr. S. Zaramba (Uganda), Presidente del Consejo Ejecutivo, miembro *ex officio*, Profesor Sohn Myongsei (República de Corea), Vicepresidente del Consejo Ejecutivo, miembro *ex officio*.

## 2. Comité Permanente de Organizaciones No Gubernamentales

Profesor A. F. M. R. Haque (Bangladesh), Dr. A. J. Mohamed (Omán), Sr. C. Vallejos (Perú), Sra. G. A. Gidlow (Samoa), Dr. J. A. N. dos Ramos (Santo Tomé y Príncipe).

**Reunión del 19 de enero de 2010:** Profesor A. F. M. R. Haque (Bangladesh), Dr. A. J. Mohamed (Omán, Presidente), Sr. C. Vallejos (Perú), Sr. A. Peteru (Samoa, suplente de la Sra. G. A. Gidlow), Dr. J. A. N. dos Ramos (Santo Tomé y Príncipe).

## 3. Comité de Selección de la Fundación Ihsan Doğramacı para la Salud de la Familia

El Presidente del Consejo Ejecutivo, un representante del Centro Internacional de la Infancia (Ankara), y el Presidente de la Universidad de Bilkent (Turquía), o su representante.

**Reunión del 19 de enero de 2010:** Dr. S. Zaramba (Uganda, Presidente), Profesor P. L. Erdogan (designado por el Profesor I. Doğramacı, Presidente de la Universidad de Bilkent), Profesor M. Bertan (representante del Centro Internacional para la Infancia, Ankara).

---

<sup>1</sup> Con su composición actual y los nombres de las personas que asistieron a las sesiones celebradas con posterioridad a la anterior reunión del Consejo Ejecutivo.

#### **4. Comité de Selección del Premio Sasakawa para la Salud**

El Presidente del Consejo Ejecutivo, un representante del Fundador y un miembro del Consejo Ejecutivo.

**Reunión del 20 de enero de 2010:** Dr. S. Zaramba (Uganda, Presidente), Profesor K. Kiikuni (representante del Fundador), Profesor Sohn Myongsei (República de Corea).

#### **5. Comité de Selección de la Fundación de los Emiratos Árabes Unidos para la Salud**

El Presidente del Consejo Ejecutivo, un representante del Fundador, y un miembro del Consejo Ejecutivo procedente de un Estado Miembro de la Región de la OMS del Mediterráneo Oriental.

**Reunión del 19 de enero de 2010:** Dr. S. Zaramba (Uganda, Presidente), Dr. S. Al Darmaki (representante del Fundador), Dr. H. Abdesselem (Túnez).

#### **6. Premio de Salud Pública en Memoria del Dr. LEE Jong-wook**

El Presidente del Consejo Ejecutivo, un representante del Fundador, y un miembro del Consejo Ejecutivo procedente de un Estado Miembro de la Región de la OMS del Pacífico Occidental.

**Reunión del 20 de enero de 2010:** Dr. S. Zaramba (Uganda, Presidente), Sra. Chung Kyeong-hee (representante del Fundador), Sra. P. T. Toelupe (suplente de la Sra. G. A. Gidlow, Samoa).



## RESOLUCIONES

### **EB126.R1          Nombramiento de Director Regional para África**

El Consejo Ejecutivo,

Vistas las disposiciones del Artículo 52 de la Constitución de la OMS;

Enterado de la propuesta de nombramiento formulada por el Comité Regional para África en su 59.<sup>a</sup> reunión,

1. VUELVE A NOMBRAR Director Regional para África al Dr. Luis Gomes Sambo, con efecto a partir del 1 de febrero de 2010;
2. AUTORIZA a la Directora General para que extienda al Dr. Luis Gomes Sambo un contrato por un periodo de cinco años, con efecto a partir del 1 de febrero de 2010, con sujeción a lo dispuesto en el Estatuto del Personal y en el Reglamento de Personal.

(Tercera sesión, 19 de enero de 2010)

### **EB126.R2          Nombramiento de Director Regional para Europa**

El Consejo Ejecutivo,

Vistas las disposiciones del Artículo 52 de la Constitución de la OMS;

Enterado de la propuesta de nombramiento formulada por el Comité Regional para Europa en su 59.<sup>a</sup> reunión,

1. NOMBRA Directora Regional para Europa a la Sra. Zsuzsanna Jakab, con efecto a partir del 1 de febrero de 2010;
2. AUTORIZA a la Directora General para que extienda a la Sra. Zsuzsanna Jakab un contrato por un periodo de cinco años, con efecto a partir del 1 de febrero de 2010, con sujeción a lo dispuesto en el Estatuto del Personal y en el Reglamento de Personal.

(Tercera sesión, 19 de enero de 2010)

**EB126.R3 Expresión de gratitud al Dr. Marc Danzon**

El Consejo Ejecutivo,

Deseando, con motivo de la jubilación del Dr. Marc Danzon como Director Regional para Europa, expresar su agradecimiento por los servicios que ha prestado a la Organización Mundial de la Salud;

Teniendo presente que el Dr. Danzon ha dedicado toda su vida a la causa de la acción sanitaria internacional y recordando especialmente los 10 años en que ha desempeñado las funciones de Director Regional para Europa,

1. EXPRESA su profundo reconocimiento al Dr. Marc Danzon por su inestimable contribución a la labor de la OMS;
2. HACE en esta ocasión votos sinceros por que el Dr. Danzon siga durante muchos años al servicio de la humanidad.

(Tercera sesión, 19 de enero de 2010)

**EB126.R4 Monitoreo del logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud**

El Consejo Ejecutivo,

Habiendo examinado el informe sobre el monitoreo del logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud,<sup>1</sup>

RECOMIENDA a la 63.ª Asamblea Mundial de la Salud que adopte la resolución siguiente:

La 63.ª Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe sobre el monitoreo del logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud;

Recordando la resolución WHA61.18 sobre el monitoreo del logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud;

Recordando los resultados de las principales conferencias y cumbres de las Naciones Unidas en las esferas económica y social y en otras esferas conexas, especialmente los relacionados con la salud mundial, en particular el Documento Final de la Cumbre Mundial de 2005 y los compromisos adquiridos por la comunidad internacional para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio y los nuevos compromisos contraídos en la Reunión de Alto Nivel de las Naciones Unidas sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio (Nueva York, 25 de septiembre de 2008);

Subrayando la importancia que reviste el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud, sobre todo para favorecer el desarrollo socioeconómico;

---

<sup>1</sup> Documento EB126/7.

Preocupada porque el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio varía de un país a otro y de un objetivo a otro;

Acogiendo con beneplácito la Declaración Ministerial adoptada con ocasión del examen ministerial anual celebrado por el Consejo Económico y Social en 2009, acerca del cumplimiento de los objetivos y compromisos convenidos internacionalmente en relación con la salud pública mundial;

Recordando la resolución 64/108 de la Asamblea General de las Naciones Unidas (10 de diciembre de 2009) sobre salud mundial y política exterior;

Reconociendo que los Objetivos de Desarrollo del Milenio están interrelacionados, y reiterando el compromiso de la Asamblea de la Salud en pro del continuo refortalecimiento de la alianza mundial para el desarrollo como elemento crucial para alcanzar esos Objetivos, en particular los relacionados con la salud, entre otras cosas mediante el fortalecimiento de la capacidad, la transferencia de tecnología, el intercambio de las mejores prácticas y las enseñanzas extraídas, la cooperación Sur-Sur y la previsibilidad de los recursos;

Recordando el Consenso de Monterrey de marzo de 2002 de alentar «a los países desarrollados que aún no lo hayan hecho a que adopten medidas concretas para dedicar el 0,7% de su producto interno bruto (PIB) como AOD» y «a los países en desarrollo a que consoliden los progresos logrados para utilizar eficazmente la AOD a fin de alcanzar sus metas y objetivos de desarrollo»;

Reafirmando los compromisos contraídos por muchos países desarrollados para alcanzar la meta de dedicar el 0,7% del ingreso nacional bruto a la asistencia oficial para el desarrollo en 2015, y al menos el 0,56% del ingreso nacional bruto para 2010, así como la meta del 0,15%-0,20% para los países menos adelantados;

Acogiendo con agrado los esfuerzos cada vez mayores por mejorar la calidad de la ayuda oficial para el desarrollo y por mejorar su repercusión en el desarrollo, como es el caso del Foro sobre Cooperación para el Desarrollo del Consejo Económico y Social, los principios contenidos en la Declaración de París y el Programa de Acción de Accra, y las experiencias de la Alianza Sanitaria Internacional y otros, para fortalecer la implicación nacional, el alineamiento, la armonización y la gestión en pro de los resultados;

Tomando nota de la labor realizada por el Grupo piloto sobre financiamientos innovadores para el desarrollo y por el Grupo de trabajo de alto nivel sobre financiación internacional innovadora para los sistemas sanitarios, de las promesas de fondos adicionales realizadas por varios países para aumentar la financiación de la salud, y de los anuncios realizados por varios países en la Reunión de Alto Nivel sobre Salud de la Asamblea General de las Naciones Unidas (Nueva York, 23 de septiembre de 2009) para implantar el acceso universal a una atención básica de salud asequible, incluida la prestación de servicios gratuitos para mujeres y niños en el punto de atención que los países decidan, así como mecanismos de financiación de la protección sanitaria social;

Expresando su preocupación ante la relativa lentitud de los progresos realizados para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio, especialmente en el África subsahariana;

Profundamente preocupada por el hecho de que la salud de la madre, el recién nacido y el niño y el acceso universal a los servicios de salud reproductiva siguen viéndose frenados por las inequidades en salud, y por la lentitud de los progresos hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio 4 y 5, relativos a la mejora de la salud de la madre y el niño;

Felicitándose por la contribución de todos los asociados pertinentes y los progresos logrados hacia la meta del acceso universal a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo contra el VIH/sida;

Reafirmando el papel rector de la OMS como principal organismo de las Naciones Unidas especializado en la salud, en particular sus funciones en materia de políticas sanitarias con arreglo a su mandato;

Acogiendo con satisfacción el informe de la OMS sobre las mujeres y la salud<sup>1</sup> como un paso importante para impulsar los derechos de la mujer y la igualdad de género, subrayar la necesidad de abordar la salud de la mujer mediante estrategias integrales centradas en las causas fundamentales de discriminación, y resaltar la importancia del fortalecimiento de los sistemas de salud para responder mejor a las necesidades de salud de las mujeres en términos de acceso y exhaustividad;

Reconociendo que unos sistemas de salud basados en los principios de abordar las desigualdades sanitarias mediante el acceso universal, garantizar la centralidad de las personas en la atención, integrar la salud en políticas públicas más amplias y desempeñar un liderazgo inclusivo en el campo de la salud son esenciales para lograr mejoras sostenibles de la salud;

Reconociendo asimismo la creciente carga de enfermedades no transmisibles en todo el mundo, y recordando la importancia de prevenir las enfermedades infecciosas que siguen representando una carga onerosa, particularmente en los países en desarrollo, los efectos adversos de las crisis alimentarias, ambientales, económicas y financieras en la población, en particular entre los más pobres y los más vulnerables, que pueden conducir a un mayor nivel de malnutrición, así como a retrocesos en la prosecución del primer Objetivo de Desarrollo del Milenio 1 (Erradicar la pobreza extrema y el hambre) y de los Objetivos relacionados con la salud, así como en los avances realizados en los dos últimos decenios,

1. INSTA a los Estados Miembros:

- 1) a que fortalezcan los sistemas de salud para obtener resultados sanitarios equitativos mediante un enfoque amplio de la prosecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio 4, 5 y 6, subrayando la necesidad de establecer sistemas nacionales de salud sostenibles y fortalecer las capacidades nacionales centrandose la atención, entre otras cosas, en la prestación de servicios, la financiación de los sistemas de salud, el personal sanitario, los sistemas de información sanitaria, la adquisición y distribución de medicamentos, vacunas y tecnologías, la salud sexual y reproductiva y la voluntad política en materia de liderazgo y gobernanza;
- 2) a que revisen las políticas, en particular las referentes a contratación, formación y retención, que agravan el problema de la falta de personal sanitario y su desigual distribución, dentro de los países y en todo el mundo, en particular la escasez que sufre el África subsahariana, que socava los sistemas de salud de los países en desarrollo;
- 3) a que reafirmen los valores y principios de la atención primaria, en particular la equidad, la solidaridad, la justicia social, el acceso universal a los servicios, la acción multisectorial, la transparencia, la responsabilización, la descentralización y la participación y empode-

---

<sup>1</sup> *Las mujeres y la salud: los datos de hoy, la agenda de mañana*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2009.

ramiento de la comunidad, como base del fortalecimiento de los sistemas de salud, apoyando para ello la salud y el desarrollo;

- 4) a que tengan en cuenta la equidad sanitaria en todas las políticas nacionales relativas a los determinantes sociales de la salud, y a que consideren la posibilidad de establecer políticas de protección social integrales y universales, o reforzar las ya existentes, que abarquen el fomento de la salud, la prevención de las enfermedades infecciosas y no transmisibles y la atención sanitaria, y que promuevan la disponibilidad de los bienes y servicios esenciales para la salud y el bienestar y el acceso a los mismos;
- 5) a que renueven su compromiso para prevenir y eliminar la mortalidad y morbilidad de la madre, el recién nacido y el niño, sobre la base de una continuidad asistencial efectiva, el fortalecimiento de los sistemas de salud y unas estrategias y programas integrados que aborden las causas fundamentales de las desigualdades en materia de género y la falta de acceso a una atención y una salud reproductiva adecuadas, incluidas la planificación de la familia y la salud sexual; promoviendo el respeto de los derechos de la mujer; y expandiendo los esfuerzos encaminados a lograr una gestión integrada de la atención de salud del recién nacido y el niño, incluidas medidas que aborden las causas principales de mortalidad en la niñez;
- 6) a que amplíen considerablemente los esfuerzos desplegados para lograr la meta del acceso universal a las medidas de prevención, tratamiento, atención y apoyo contra la infección por VIH para 2010 y la meta de detener y comenzar a reducir la propagación del VIH/sida para 2015;
- 7) a que optimicen las sinergias entre la respuesta al VIH/sida y el fortalecimiento de los sistemas de salud y el apoyo social;
- 8) a que mejoren las políticas para afrontar los desafíos que plantea la malaria, en particular la vigilancia de la farmacoresistencia en el tratamiento combinado basado en la artemisinina;
- 9) a que mantengan y refuercen los avances logrados en la lucha contra la tuberculosis, y a que formulen estrategias innovadoras de prevención, detección y tratamiento de la tuberculosis, incluidos los medios necesarios para afrontar nuevas amenazas como son la coinfección por VIH, la tuberculosis multirresistente y la tuberculosis ultrarresistente;
- 10) a que mantengan sus compromisos en apoyo de la erradicación de la poliomielitis;
- 11) a que en las iniciativas bilaterales y multilaterales dirigidas al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, en particular las de cooperación Sur-Sur, incluyan las mejores prácticas para el fortalecimiento de los servicios de salud;
- 12) a que apoyen a los países en desarrollo en el cometido nacional de cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio, en particular los relacionados con la salud, entre otras cosas mediante el fortalecimiento de la capacidad, la transferencia de tecnología, el intercambio de las mejores prácticas y las enseñanzas extraídas, la cooperación Sur-Sur y la previsibilidad de los recursos;
- 13) a que cumplan sus compromisos con respecto a la ayuda oficial para el desarrollo a más tardar en 2015;

2. PIDE a la Directora General:

- 1) que siga desempeñando una función de liderazgo en el monitoreo del logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud, en particular de los progresos hacia la cobertura universal de los servicios esenciales para esos objetivos;
- 2) que, en el marco del Plan Estratégico a Plazo Medio 2008-2013 de la OMS, siga cooperando estrechamente con todas las organizaciones de las Naciones Unidas y otras organizaciones internacionales que participan en la prosecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, haciendo especial hincapié en un uso eficiente de los recursos basado en los mandatos y competencias básicas respectivos, evitando la duplicación de esfuerzos y la fragmentación de la ayuda, y promoviendo la coordinación de la labor de los organismos internacionales;
- 3) que preste apoyo a los Estados Miembros en sus esfuerzos encaminados a fortalecer sus sistemas de salud, remediar el problema de la falta de personal sanitario, reafirmar los valores y principios de la atención primaria, abordar los determinantes sociales de la salud, y fortalecer sus políticas públicas orientadas a fomentar el pleno acceso a la protección sanitaria y social, incluido un mayor acceso a los medicamentos de calidad necesarios para apoyar la atención de salud destinada a, entre otros, los sectores más vulnerables de la sociedad;
- 4) que promueva la uniformización y la coordinación de intervenciones mundiales en pro del fortalecimiento de los sistemas de salud, aplicando la perspectiva de la atención primaria de salud, en colaboración con los Estados Miembros, las organizaciones internacionales pertinentes, iniciativas sanitarias internacionales, y otras partes interesadas con el fin de aumentar las sinergias entre las prioridades internacionales y nacionales;
- 5) que explicita y presente a la Asamblea de la Salud, como parte de su plan de acción para la renovación de la atención primaria, las medidas con que la Secretaría prevé reforzar su apoyo al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio 4, 5 y 6;
- 6) que colabore con todos los asociados pertinentes para lograr altas tasas de cobertura de inmunización con vacunas asequibles de calidad garantizada;
- 7) que dirija las actividades a realizar con todos los asociados pertinentes para contribuir a que la acción referente a los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud sea uno de los temas principales de la Sesión Plenaria de Alto Nivel de las Naciones Unidas relativa a los Objetivos de Desarrollo del Milenio, 20-22 de septiembre de 2010;
- 8) que siga reuniendo y compilando las pruebas científicas necesarias para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud y las difunda a todos los Estados Miembros;
- 9) que presente cada año a la Asamblea de la Salud, por conducto del Consejo Ejecutivo, un informe sobre los progresos realizados hacia el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud, incluidos los obstáculos principales y la manera de superarlos;

3. INVITA a los organismos involucrados del sistema de las Naciones Unidas, los asociados y organismos en pro del desarrollo internacional, las instituciones financieras internacionales, las organizaciones no gubernamentales y las entidades del sector privado a que sigan apoyando y con-

sideren la posibilidad de aumentar el apoyo a los países, particularmente en el África subsahariana, para la elaboración y aplicación de políticas sanitarias y planes nacionales de desarrollo sanitario que sean congruentes con los objetivos de salud internacionalmente acordados, en particular los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

(Séptima sesión, 21 de enero de 2010)

## **EB126.R5 Nutrición del lactante y del niño pequeño**

El Consejo Ejecutivo,

Habiendo examinado el informe cuatrienal sobre nutrición del lactante y del niño pequeño,<sup>1</sup>

RECOMIENDA a la 63.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud que adopte la resolución siguiente:

La 63.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe sobre nutrición del lactante y del niño pequeño;

Recordando las resoluciones WHA35.26, WHA37.30, WHA39.28, WHA41.11, WHA43.3, WHA45.34, WHA46.7, WHA47.5, WHA49.15 y WHA54.2 sobre nutrición del lactante y del niño pequeño, y WHA59.11 sobre nutrición y VIH/sida;

Consciente de que la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio exigirá una reducción de la malnutrición materna e infantil;

Teniendo presente que la malnutrición representa un 11% de la carga mundial de enfermedad y es causa de problemas de salud y discapacidad a largo plazo, así como de malos resultados educativos y problemas de desarrollo; que en el mundo hay cada año 178 millones de niños con insuficiencia ponderal y 20 millones que padecen la forma más mortal de malnutrición aguda grave, y que los factores de riesgo nutricionales, tales como la insuficiencia ponderal, la lactancia materna subóptima o las carencias de vitaminas y minerales, en particular de vitamina A, hierro, yodo y cinc, son responsables de 3,9 millones de muertes (35% del total de muertes) y de la pérdida de 144 millones de años de vida ajustados en función de la discapacidad (33% de la pérdida total de años de vida ajustados en función de la discapacidad) entre los menores de cinco años;

Consciente de que los países se enfrentan a problemas de salud pública cada vez mayores derivados de la doble carga de la malnutrición (la desnutrición y la hipernutrición), así como de sus repercusiones negativas en fases posteriores de la vida;

Reconociendo que el 90% de los niños con retraso del crecimiento viven en 36 países y que los menores de dos años son los más afectados por la subnutrición;

Conocedora de los retos que plantea la pandemia de VIH/sida y las dificultades que entraña la formulación de políticas apropiadas sobre la alimentación de los lactantes y los niños pequeños, y preocupada por el hecho de que la ayuda alimentaria no atienda las necesidades nutricionales de los niños pequeños infectados por el VIH;

---

<sup>1</sup> Documento EB126/9.

Teniendo presente que las prácticas alimentarias inapropiadas y sus consecuencias constituyen importantes obstáculos a la consecución de un desarrollo socioeconómico sostenible y a la reducción de la pobreza;

Preocupada por el gran número de lactantes y niños pequeños que todavía carecen de una alimentación apropiada, lo cual compromete su estado nutricional, crecimiento, desarrollo, salud y supervivencia;

Consciente de que la aplicación de la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño y sus metas operacionales requiere un compromiso político firme y un planteamiento integral que incluya el fortalecimiento de los sistemas de salud y las comunidades, así como un cuidadoso seguimiento de la eficacia de las intervenciones utilizadas;

Reconociendo que la mejora de las prácticas de lactancia materna podría salvar cada año la vida de cerca de un millón de menores de cinco años y que la alimentación complementaria adecuada y oportuna, junto con una lactancia materna continua durante por lo menos dos años, podría evitar cada año la muerte de más de medio millón de esos niños;

Consciente de que son necesarias políticas alimentarias y nutricionales multisectoriales para que se pueda llevar a cabo una expansión exitosa de intervenciones nutricionales seguras y eficaces basadas en pruebas;

Reconociendo que son necesarias políticas nacionales integrales sobre la alimentación del lactante y del niño pequeño que estén bien integradas en las estrategias nacionales de nutrición y supervivencia infantil;

Convencida de que es hora de que los gobiernos, la sociedad civil y la comunidad internacional renueven su compromiso con el fomento de una alimentación óptima de los lactantes y los niños pequeños y de que colaboren estrechamente con este fin;

Convencida de que el fortalecimiento de la vigilancia nutricional nacional es fundamental para aplicar políticas nutricionales eficaces y ampliar las intervenciones,

1. INSTA a los Estados Miembros:

- 1) a que incrementen el compromiso político con la reducción de la malnutrición en todas sus formas;
- 2) a que fortalezcan y aceleren la aplicación de la estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño, haciendo hincapié en la puesta en práctica del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, adoptado en la resolución WHA34.22;
- 3) a que formulen marcos de política, o revisen los ya existentes, para afrontar la doble carga de la malnutrición, y a que asignen los recursos humanos y financieros suficientes para garantizar su ejecución;
- 4) a que amplíen las intervenciones para mejorar la nutrición del lactante y del niño pequeño, y en particular la protección y el fomento de la lactancia materna y una alimentación complementaria oportuna, segura y apropiada; la aplicación de intervenciones de alimenta-



ción suplementaria y terapéutica frente a la malnutrición grave, y el control de las carencias de vitaminas y minerales;

5) a que incluyan las estrategias mencionadas en el párrafo 1(4) en unos servicios de salud materna y del niño pequeño integrales, que respalden la finalidad de la cobertura universal y los principios de la atención primaria de salud, incluido el fortalecimiento de los sistemas de salud, según se expresa en la resolución WHA62.12;

6) a que fortalezcan los sistemas de vigilancia nutricional y mejoren el uso y la notificación de los indicadores acordados de los Objetivos de Desarrollo del Milenio para monitorear los progresos realizados;

7) a que apliquen los Patrones de Crecimiento Infantil de la OMS, integrándolos plenamente en los programas de salud del niño;

2. EXHORTA a la industria alimentaria a respetar el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y reforzar sus responsabilidades institucionales de carácter social;

3. PIDE a la Directora General:

1) que fortalezca la base de datos probatorios sobre medidas nutricionales seguras y eficaces para contrarrestar los efectos en la salud pública de la doble carga de la malnutrición, y que defina las prácticas óptimas para su aplicación exitosa;

2) que incorpore la nutrición a todas las políticas y estrategias sanitarias de la OMS y confirme la presencia de medidas nutricionales esenciales en el contexto de la reforma de la atención primaria de salud;

3) que prosiga y fortalezca la colaboración con otros organismos de las Naciones Unidas y organizaciones internacionales que participan en el proceso de mejora de la nutrición, incluso identificando claramente el liderazgo, la división del trabajo y los resultados;

4) que apoye a los Estados Miembros, a solicitud de estos, en la ampliación de las intervenciones nutricionales relacionadas con la doble carga de la malnutrición, el seguimiento y la evaluación de su impacto, el fortalecimiento o la creación de sistemas eficaces de vigilancia nutricional y la aplicación de los Patrones de Crecimiento Infantil de la OMS;

5) que elabore un plan integral de aplicación sobre la nutrición del lactante y del niño pequeño como elemento neurálgico de un marco multisectorial mundial en materia de nutrición, para que sea examinado con carácter preliminar en la 64.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud y sea presentado definitivamente a la 65.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud, por conducto del Consejo Ejecutivo y tras la celebración de un proceso amplio de consultas con los Estados Miembros.

(Séptima sesión, 21 de enero de 2010)

**EB126.R6 Defectos congénitos<sup>1</sup>**

El Consejo Ejecutivo,

Habiendo examinado el informe sobre defectos congénitos,<sup>2</sup>

RECOMIENDA a la 63.ª Asamblea Mundial de la Salud que adopte la resolución siguiente:

La 63.ª Asamblea Mundial de la Salud,

Preocupada por el elevado número de defunciones prenatales y neonatales que se registran en todo el mundo y por la considerable incidencia de la mortalidad neonatal en la mortalidad de los niños menores de cinco años;

Reconociendo la importancia de los defectos congénitos como causa de mortalidad prenatal y neonatal;

Teniendo presente que existen intervenciones eficaces para prevenir los defectos congénitos, incluido el suministro de servicios genéticos comunitarios apropiados, que se pueden integrar en los servicios de salud maternoinfantil y reproductiva;

Preocupada por la insuficiente cobertura de intervenciones de salud materna, del recién nacido y del niño y por los obstáculos que aún limitan el acceso a los servicios sanitarios en los países más afectados por la mortalidad materna, del recién nacido y del niño;

Consciente de que para lograr el Objetivo de Desarrollo del Milenio 4 (reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años) será necesario acelerar el ritmo de reducción de la mortalidad neonatal, con inclusión de la prevención y el tratamiento de los defectos congénitos;

Recordando la resolución WHA58.31, en la que la Asamblea de la Salud abogó por la cobertura universal en las intervenciones de salud materna, del recién nacido y del niño e instó a los Estados Miembros a que consignaran recursos y aceleraran la aplicación de medidas nacionales para establecer un proceso ininterrumpido de atención de salud reproductiva, materna, del recién nacido y del niño, y la resolución WHA57.13, en la que se reconoció que la genómica encierra grandes posibilidades para la salud pública;

Reconociendo que la prevalencia de los defectos congénitos varía entre las comunidades y que la falta de datos epidemiológicos adecuados puede obstaculizar el suministro de un tratamiento eficaz y equitativo;

Reconociendo que los trastornos congénitos obedecen a causas y determinantes diversos, entre ellos factores prevenibles tales como los de carácter infeccioso o nutricional, las enfermedades prevenibles mediante vacunación, el consumo de alcohol, medicamentos, tabaco o drogas, o la exposición a sustancias químicas, sobre todo a plaguicidas;

Profundamente preocupada por que los defectos congénitos aún no se reconozcan como problema prioritario de salud pública;

---

<sup>1</sup> Véase el anexo 1.

<sup>2</sup> Documento EB126/10.

Preocupada por la limitación de los recursos que se destinan a la prevención y el tratamiento de los defectos congénitos, en particular en los países de ingresos medios y bajos;

Acogiendo con beneplácito el informe sobre los defectos congénitos,

1. INSTA a los Estados Miembros:

- 1) a que fomenten la sensibilización de todas las partes interesadas pertinentes, incluidos los funcionarios gubernamentales, los profesionales de la salud, la sociedad civil y el público, acerca de la importancia de los defectos congénitos como causa de morbilidad y mortalidad infantil;
- 2) a que establezcan prioridades, consignent recursos y formulen planes y actividades para integrar intervenciones eficaces de prevención de los defectos congénitos y atención a los niños con defectos congénitos en los servicios existentes de salud materno-infantil y reproductiva y de bienestar social, con inclusión de orientaciones integrales, información y sensibilización, para atender a todas las personas que los necesiten;
- 3) a que promuevan la aplicación de normas internacionalmente reconocidas que regulen el uso de sustancias químicas en el aire, el agua y el suelo;
- 4) a que amplíen la cobertura de medidas preventivas eficaces mediante programas de educación sanitaria que abarquen las cuestiones éticas, jurídicas y sociales asociadas con los defectos congénitos, destinados a la población en general y a los grupos de alto riesgo, y promuevan el establecimiento de organizaciones de padres y pacientes, así como de servicios genéticos comunitarios apropiados;
- 5) a que obtengan datos de vigilancia sobre los defectos congénitos en el marco de los sistemas nacionales de información sanitaria;
- 6) a que desarrollen conocimientos especializados y creen capacidad en materia de prevención y tratamiento de los defectos congénitos y atención a los niños con defectos congénitos;
- 7) a que intensifiquen las investigaciones y los estudios sobre etiología, diagnóstico y prevención de los principales defectos congénitos y promuevan la cooperación internacional para combatir estas afecciones;
- 8) a que adopten todas las medidas necesarias para velar por que los niños con discapacidades disfruten plenamente de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales, en pie de igualdad con los demás niños, y a que otorguen prioridad al bienestar de los niños y faciliten los esfuerzos que despliegan las familias en el cuidado y la crianza de los niños, y les presten apoyo;
- 9) a que fomenten la sensibilización de todas las partes interesadas pertinentes, incluidos los funcionarios gubernamentales, los profesionales de la salud, la sociedad civil y el público, acerca de la importancia de los programas de detección para recién nacidos y su función en la identificación de lactantes con defectos congénitos;
- 10) a que presten apoyo a las familias con niños con defectos congénitos y discapacidades asociadas, y velen por que los niños con discapacidades reciban la rehabilitación y el apoyo apropiados;

2. PIDE a la Directora General:

- 1) que promueva la reunión de datos sobre la carga mundial de mortalidad y morbilidad debida a los defectos congénitos y estudie la posibilidad de ampliar los grupos de anomalías congénitas incluidos en la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexos (décima edición), cuando ésta se revise;
- 2) que siga colaborando con la Organización Internacional de Vigilancia e Investigación de los Defectos de Nacimiento para mejorar la recopilación de datos sobre la carga mundial de mortalidad y morbilidad debida a los defectos congénitos;
- 3) que preste apoyo a los Estados Miembros en la formulación de planes nacionales para aplicar intervenciones eficaces encaminadas a la prevención y el tratamiento de los defectos congénitos en el marco de sus planes nacionales de salud materna, del recién nacido y del niño, el fortalecimiento de los sistemas de salud y la atención primaria, en particular incrementando la cobertura de vacunación de enfermedades tales como el sarampión y la rubéola, y las estrategias de enriquecimiento de los alimentos, para prevenir defectos congénitos, y en la promoción de un acceso equitativo a esos servicios;
- 4) que apoye a los Estados Miembros en la elaboración de directrices éticas y jurídicas en relación con los defectos congénitos;
- 5) que apoye a los Estados Miembros en la prestación de servicios genéticos comunitarios apropiados como parte del sistema de atención primaria de salud;
- 6) que promueva la cooperación técnica entre los Estados Miembros, las organizaciones no gubernamentales y otros órganos pertinentes con miras a la prevención de los defectos congénitos;
- 7) que apoye y facilite las actividades de investigación sobre prevención y tratamiento de los defectos congénitos a fin de mejorar la calidad de vida de las personas que padecen esos trastornos;
- 8) que en 2014 informe a la 67.ª Asamblea Mundial de la Salud por conducto del Consejo Ejecutivo sobre los progresos realizados en la aplicación de la presente resolución.

(Séptima sesión, 21 de enero de 2010)

**EB126.R7 Fomento de las iniciativas en materia de inocuidad de los alimentos**

El Consejo Ejecutivo,

Habiendo examinado el informe sobre inocuidad de los alimentos,<sup>1</sup>

RECOMIENDA a la 63.ª Asamblea Mundial de la Salud que adopte la resolución siguiente:

---

<sup>1</sup> Documento EB126/11.

La 63.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud,

Recordando la resolución WHA53.15 sobre inocuidad de los alimentos, en la que se pedía a la Directora General que estableciera una estrategia mundial para la vigilancia de las enfermedades de transmisión alimentaria y para el acopio y el intercambio eficientes de información en los países y entre ellos;

Recordando la resolución WHA55.16 sobre la respuesta mundial de salud pública a la aparición natural, la liberación accidental o el uso deliberado de agentes biológicos y químicos o de material radionuclear que afecten a la salud, en la que se observaba que dichos agentes pueden propagarse a través de las cadenas de abastecimiento de agua y alimentos;

Observando que el Consejo Ejecutivo respaldó en 2002 la estrategia mundial de la OMS en materia de inocuidad de los alimentos,<sup>1</sup> que tenía como objetivo reducir la carga de morbilidad y las consecuencias sociales de las enfermedades de transmisión alimentaria;

Observando también que se han emprendido otras actividades relacionadas con la inocuidad de los alimentos definidas en las resoluciones WHA53.15 y WHA55.16, tales como la revisión en 2005 del Reglamento Sanitario Internacional, la creación ese mismo año de la Red Internacional de Autoridades en materia de Inocuidad de los Alimentos, la creación en 2006 del Grupo de Referencia OMS sobre Epidemiología de la Carga de Morbilidad de Transmisión Alimentaria, o el aumento de la participación, sobre todo de los países en desarrollo, en la elaboración de las normas internacionales sobre inocuidad de los alimentos por la Comisión del Codex Alimentarius;

Reconociendo que la Comisión del Codex Alimentarius ofrece a todos los países una oportunidad única para unirse a la comunidad internacional en la formulación y armonización de normas alimentarias y garantizar su aplicación mundial, y que se debería alentar en particular la participación de los países en desarrollo a ese respecto;

Reconociendo asimismo la importante función de la OMS y la FAO en apoyo de la Comisión del Codex Alimentarius como punto de referencia internacional en materia de novedades relacionadas con las normas alimentarias;

Confirmando que las enfermedades de transmisión alimentaria siguen representando una grave amenaza para la salud de millones de personas en todo el mundo, sobre todo en los países en desarrollo con mal estado nutricional;

Consciente de los vínculos inextricables entre la inocuidad de los alimentos, la nutrición y la seguridad alimentaria, y reconociendo el papel decisivo de la inocuidad de los alimentos en la erradicación del hambre y la malnutrición, especialmente en los países de bajos ingresos y con carencia de alimentos;

Consciente de que cada vez hay más pruebas de que muchas enfermedades transmisibles, entre ellas algunas zoonosis emergentes, se transmiten a través de los alimentos, y de que la exposición a productos químicos y patógenos presentes en los alimentos se asocia a enfermedades agudas y crónicas;

---

<sup>1</sup> Documento EB109/2002/REC/2, acta resumida de la cuarta sesión.

Reconociendo que, debido al aumento de la velocidad de crecimiento de los microorganismos en el agua y los alimentos a medida que aumenta la temperatura, el cambio climático podría ser un factor del aumento de la frecuencia de algunas enfermedades transmitidas por los alimentos, entre ellas las de origen zoonótico, lo cual dará lugar a la aparición de toxinas en nuevas zonas geográficas y, posiblemente, a un aumento de las concentraciones de toxinas o de patógenos en los alimentos;

Reconociendo que el comercio mundial de alimentos aumenta de año en año, contribuyendo así al riesgo de propagación de patógenos y contaminantes a través de las fronteras, a la creación de nuevos problemas para las autoridades en materia de alimentos y a la necesidad de un intercambio mundial más eficiente de información sobre la inocuidad de los alimentos, teniendo en cuenta que la protección de la inocuidad de los alimentos no puede dar lugar a discriminaciones o restricciones encubiertas del comercio internacional;

Reconociendo la necesidad constante de una colaboración más estrecha entre el sector sanitario y otros sectores y de un aumento de las acciones en materia de inocuidad de los alimentos a nivel internacional y nacional, y a lo largo de toda la cadena de producción de alimentos, con el fin de reducir de forma significativa la incidencia de las enfermedades de transmisión alimentaria;

Observando la necesidad constante de normas y acuerdos actualizados e integrales acordados internacionalmente para la evaluación de los riesgos y el asesoramiento científico que respalden las medidas e intervenciones destinadas a mejorar la inocuidad y la calidad nutricional de los alimentos;

Reconociendo la importancia de los acuerdos internacionales sobre la gestión mundial de la inocuidad de los alimentos, la aplicación de principios científicos en la búsqueda de soluciones y el intercambio eficiente de datos de vigilancia y monitorización, así como de experiencias prácticas,

1. INSTA a los Estados Miembros:<sup>1</sup>

- 1) a que sigan estableciendo y manteniendo las actividades y medidas formuladas en las resoluciones WHA53.15 sobre inocuidad de los alimentos y WHA55.16 sobre la respuesta mundial de salud pública a la aparición natural, la liberación accidental o el uso deliberado de agentes biológicos y químicos o de material radionuclear que afecten a la salud;
- 2) a que sigan desarrollando y aplicando las capacidades básicas definidas en el anexo 1 del Reglamento Sanitario Internacional (2005), cuando proceda, y las requeridas para participar en la Red Internacional de Autoridades en materia de Inocuidad de los Alimentos, en particular respecto a los eventos relacionados con la inocuidad de los alimentos, entre las que se incluyen el desarrollo de sistemas de vigilancia de las enfermedades de transmisión alimentaria y contaminación de los alimentos, la evaluación de riesgos, la trazabilidad, la gestión de riesgos, incluido el sistema de análisis de peligros en puntos críticos de control, y la comunicación de riesgos, la respuesta a las emergencias relacionadas con la inocuidad de los alimentos, la localización y retirada de productos, y el reforzamiento de la capacidad de laboratorio;
- 3) a que, como miembros de la Red Internacional de Autoridades en materia de Inocuidad de los Alimentos, participen plenamente en sus actividades, y en particular en la transmisión

---

<sup>1</sup> Y, cuando proceda, a las organizaciones de integración económica regional.

puntual y de modo transparente, a través de la red, de datos, información y conocimientos sobre las emergencias relacionadas con la inocuidad de los alimentos;

4) a que potencien la integración de las consideraciones relacionadas con la inocuidad de los alimentos en las intervenciones nutricionales, de ayuda alimentaria y de seguridad alimentaria, a fin de reducir la aparición de enfermedades de transmisión alimentaria y de mejorar los resultados sanitarios de las poblaciones, en particular de los grupos vulnerables;

5) a que establezcan o mejoren la base de datos probatorios sobre la inocuidad de los alimentos a través de medidas sistemáticas de estimación y vigilancia de la carga de morbilidad, así como de evaluaciones completas de los riesgos y de las relaciones riesgos-beneficios, y a que presten apoyo a las actividades internacionales en estas esferas, y en particular a la iniciativa de la OMS para calcular la carga mundial de enfermedades de transmisión alimentaria por todas las causas más importantes (microbiológicas, parasitarias y químicas);

6) a que contribuyan a la realización oportuna de evaluaciones internacionales de los riesgos mediante la aportación de datos pertinentes y de conocimientos técnicos, con el fin de hacer frente de forma más eficiente y homogénea a las enfermedades de transmisión alimentaria y a los problemas de inocuidad de los alimentos que ponen en peligro la seguridad sanitaria mundial;

7) a que sigan desarrollando y manteniendo medidas preventivas sostenibles, incluidos los programas educativos sobre la inocuidad de los alimentos, destinadas a reducir la carga de enfermedades transmitidas por los alimentos mediante un enfoque sistémico que abarque la totalidad de la cadena de producción de alimentos, desde el productor hasta el consumidor;

8) a que fomenten el diálogo y la colaboración entre las disciplinas médicas, veterinarias y alimentarias, dentro de los Estados Miembros y entre ellos, centrándose en un esfuerzo integrado de reducción del riesgo de origen alimentario a lo largo de toda la cadena de producción de alimentos, teniendo en cuenta también los riesgos zoonóticos;

9) a que participen activamente en el proceso de elaboración de normas de la Comisión del Codex Alimentarius, y a que adopten las normas del Codex siempre que proceda;

## 2. PIDE a la Directora General:

1) que siga desarrollando la Red Internacional de Autoridades en materia de Inocuidad de los Alimentos mediante la aplicación de la estrategia mundial de la OMS en materia de inocuidad de los alimentos; que fomente la comunicación y el intercambio de datos técnicos sobre la evaluación de riesgos y las prácticas óptimas entre los miembros de la Red, que facilite la participación de los Estados Miembros en el funcionamiento y desarrollo de la Red y que aliente la incorporación de nuevos miembros a la Red Internacional de Autoridades en materia de Inocuidad de los Alimentos;

2) que refuerce la función de la Red Internacional de Autoridades en materia de Inocuidad de los Alimentos en las emergencias como componente crítico de las operaciones preventivas y de emergencia de la OMS en relación con la inocuidad de los alimentos, así como los vínculos con otras organizaciones internacionales y redes que actúen en este ámbito;

3) que siga ejerciendo el liderazgo mundial en la aportación de asistencia técnica e instrumentos que atiendan las necesidades de los Estados Miembros y de la Secretaría en mate-

ria de estimaciones científicas de los riesgos de origen alimentario y de la carga de enfermedades transmitidas por los alimentos, cualquiera que sea su causa;

4) que fomente la inclusión de la inocuidad de los alimentos en el debate internacional sobre las crisis de alimentos y las emergencias por hambre, y que proporcione apoyo técnico a los Estados Miembros y a los organismos internacionales para que tomen en consideración de forma completa e integrada los temas relacionados con la inocuidad de los alimentos, la nutrición y la seguridad alimentaria;

5) que haga un seguimiento periódico de la carga mundial de enfermedades zoonóticas y de transmisión alimentaria desde las perspectivas nacional, regional e internacional, y que informe a los Estados Miembros;

6) que fomente la investigación, en particular sobre la inocuidad y la calidad de los alimentos tradicionales y sobre la asociación de los peligros derivados de los alimentos con las enfermedades agudas y crónicas, con miras a respaldar las estrategias basadas en datos probatorios destinadas a controlar y prevenir las enfermedades zoonóticas y transmitidas por los alimentos, tales como el sistema de análisis de peligros en puntos críticos de control;

7) que apoye a los Estados Miembros en la creación de capacidades pertinentes para mejorar la colaboración intersectorial y las acciones a escala internacional, regional y nacional a y comunicación de los riesgos zoonóticos y derivados de los alimentos;

8) que formule orientaciones sobre los aspectos de salud pública relacionados con las enfermedades zoonóticas originadas en la interacción entre los animales y los humanos, y en particular con la prevención, la detección y la respuesta;

9) que preste apoyo suficiente y sostenible a los órganos mixtos FAO/OMS de expertos, a la Comisión del Codex Alimentarius y a la Red Internacional de Autoridades en materia de Inocuidad de los Alimentos con miras a fomentar a nivel internacional la realización, entrega, utilización e intercambio de evaluaciones y asesoramientos científicos sobre los riesgos; que apoye la elaboración de normas alimentarias internacionales que protejan la salud y el bienestar nutricional de los consumidores, y que aborde y comunique de forma más eficaz los problemas relacionados con la inocuidad de los alimentos a nivel nacional e internacional;

10) que establezca, con la Red Internacional de Autoridades en materia de Inocuidad de los Alimentos, una iniciativa internacional para la colaboración entre asociados en materia de laboratorio en apoyo de la vigilancia de las enfermedades de transmisión alimentaria, la detección de la contaminación de alimentos y la respuesta de emergencia, incluida la investigación de brotes y la vinculación entre productos y enfermedades para respaldar la retirada de productos, y que incluya asimismo el establecimiento de mecanismos para el intercambio de datos;

11) que informe a la 65.ª Asamblea Mundial de la Salud, por conducto del Consejo Ejecutivo, acerca de los progresos realizados en la aplicación de la presente resolución.

(Octava sesión, 21 de enero de 2010)



**EB126.R8 Método de trabajo del Consejo Ejecutivo<sup>1</sup>**

El Consejo Ejecutivo,

Habiendo examinado el informe sobre el método de trabajo de los órganos deliberantes,<sup>2</sup>

DECIDE modificar su Reglamento Interior de conformidad con las propuestas que figuran en el anexo al informe sobre método de trabajo de los órganos deliberantes, con efecto a partir de la clausura de su 127.<sup>a</sup> reunión.

(Novena sesión, 22 de enero de 2010)

**EB126.R9 Confirmación de las modificaciones del Reglamento de Personal<sup>3</sup>**

El Consejo Ejecutivo

CONFIRMA, con arreglo a lo dispuesto en el párrafo 12.2 del Estatuto del Personal, las modificaciones del Reglamento de Personal introducidas por la Directora General con efecto a partir del 1 de enero de 2010 relativas a la remuneración del personal de las categorías profesional y superior.

(Novena sesión, 22 de enero de 2010)

**EB126.R10 Sueldos de los titulares de puestos sin clasificar y de la Directora General**

El Consejo Ejecutivo,

Habiendo examinado el informe sobre la confirmación de las modificaciones del Estatuto del Personal y del Reglamento de Personal,<sup>4</sup>

RECOMIENDA a la 63.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud que adopte la resolución siguiente:

La 63.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud,

Tomando nota de las recomendaciones del Consejo Ejecutivo acerca de la remuneración de los titulares de puestos sin clasificar y de la Directora General,

1. FIJA en US\$ 183 022 el sueldo bruto anual correspondiente a los cargos de Subdirector General y Director Regional, lo que, una vez deducidas las contribuciones del personal, resulta en un

---

<sup>1</sup> Véase el anexo 2.

<sup>2</sup> Documento EB126/26.

<sup>3</sup> Véase el anexo 3.

<sup>4</sup> Documento EB126/39.

sueldo neto modificado de US\$ 131 964 (con familiares a cargo) o de US\$ 119 499 (sin familiares a cargo);

2. FIJA en US\$ 201 351 el sueldo bruto anual correspondiente al cargo de Director General Adjunto, lo que, una vez deducidas las contribuciones del personal, resulta en un sueldo neto modificado de US\$ 143 878 (con familiares a cargo) o de US\$ 129 483 (sin familiares a cargo);

3. FIJA en US\$ 247 523 el sueldo bruto anual correspondiente al cargo de Director General, lo que, una vez deducidas las contribuciones del personal, resulta en un sueldo neto modificado de US\$ 173 890 (con familiares a cargo) o de US\$ 154 641 (sin familiares a cargo);

4. DECIDE que todos esos ajustes salariales tengan efecto a partir del 1 de enero de 2010.

(Novena sesión, 22 de enero de 2010)

## **EB126.R11 Estrategias para reducir el uso nocivo del alcohol<sup>1</sup>**

El Consejo Ejecutivo,

Habiendo examinado el informe sobre estrategias para reducir el uso nocivo del alcohol,<sup>2</sup>

RECOMIENDA a la 63.ª Asamblea Mundial de la Salud que adopte la resolución siguiente:

La 63.ª Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe sobre estrategias para reducir el uso nocivo del alcohol y el proyecto de estrategia mundial recogido en su anexo;

Recordando las resoluciones WHA58.26, sobre los problemas de salud pública causados por el uso nocivo del alcohol, y WHA61.4, sobre las estrategias para reducir el uso nocivo del alcohol,

1. HACE SUYA la estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol;
2. AFIRMA que la estrategia mundial tiene por objeto ofrecer orientación para actuar a todos los niveles y determinar esferas prioritarias para la acción mundial; y que se trata de una serie de opciones de política y medidas que pueden estudiarse para aplicarlas y adaptarlas según proceda a nivel nacional, teniendo en cuenta las circunstancias de los países, como el contexto religioso y cultural, las prioridades de salud pública, y los recursos y capacidades;
3. INSTA a los Estados Miembros:<sup>3</sup>
  - 1) a que adopten y apliquen la estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol según sea oportuno, con el fin de complementar y respaldar las políticas de salud pública de

---

<sup>1</sup> Véase el anexo 4.

<sup>2</sup> Documento EB126/13.

<sup>3</sup> Y, cuando proceda, a las organizaciones de integración económica regional.

los Estados Miembros destinadas a reducir el uso nocivo del alcohol, y a que movilicen la voluntad política y los recursos financieros necesarios para tal fin;

2) a que continúen aplicando las resoluciones WHA61.4, sobre las estrategias para reducir el uso nocivo del alcohol, y WHA58.26, sobre los problemas de salud pública causados por el uso nocivo del alcohol;

3) a que velen por que la aplicación de la estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol refuerce las iniciativas nacionales destinadas a proteger a las poblaciones en riesgo, los jóvenes y las personas afectadas por el consumo nocivo del alcohol de terceros;

4) a que velen por que la aplicación de la estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol quede reflejada en los sistemas de seguimiento nacionales y por que se informe periódicamente al respecto al sistema de información de la OMS sobre el alcohol y la salud;

4. PIDE a la Directora General:

1) que asigne una prioridad suficientemente alta en la Organización a la prevención y reducción del uso nocivo del alcohol y la aplicación de la estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol;

2) que colabore con los Estados Miembros y les proporcione apoyo, según proceda, en la aplicación de la estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol y el fortalecimiento de las respuestas nacionales a los problemas de salud pública causados por el uso nocivo del alcohol;

3) que siga de cerca los progresos en la aplicación de la estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol y que informe al respecto, por conducto del Consejo Ejecutivo, a la 66.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud.

(Undécima sesión, 22 de enero de 2010)

### **EB126.R12 Mejora de la salud mediante una gestión de desechos segura y ecológicamente racional**

El Consejo Ejecutivo,

Habiendo examinado el informe sobre el enfoque estratégico para la gestión de los productos químicos a nivel internacional;<sup>1</sup>

Habiendo examinado asimismo la carta dirigida a la Directora General de la OMS por el Presidente de la novena reunión de la Conferencia de las Partes en el Convenio de Basilea sobre el Control de los Movimientos Transfronterizos de los Desechos Peligrosos y su Eliminación,

RECOMIENDA a la 63.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud que adopte la resolución siguiente:

---

<sup>1</sup> Documento EB126/20.

La 63.ª Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe sobre el enfoque estratégico para la gestión de los productos químicos a nivel internacional;

Recordando la resolución WHA61.19 sobre cambio climático y salud, así como las resoluciones WHA59.15, WHA50.13, WHA45.32, WHA31.28 y WHA30.47 relacionadas con la seguridad química;

Recordando también las resoluciones de la Asamblea General de las Naciones Unidas 44/226, de 22 de diciembre de 1989, sobre tráfico, eliminación, control y movimiento transfronterizo de productos y desechos tóxicos y peligrosos, y 43/212, de 20 de diciembre de 1988, sobre la responsabilidad de los Estados respecto de la protección del medio ambiente;

Tomando nota de los principios establecidos en el Programa 21, incluidos los capítulos 20 y 21, acordados en la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo en 1992;

Tomando nota también de la Declaración de Johannesburgo sobre el Desarrollo Sostenible y del conexo Plan de Aplicación de las Decisiones de la Cumbre Mundial sobre el Desarrollo Sostenible, de 2002;

Reconociendo la decisión 25/8 sobre gestión de desechos adoptada por el Consejo de Administración/Foro Ambiental Mundial a Nivel Ministerial del Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente en su 25.º periodo de sesiones;

Consciente de los resultados del segundo periodo de sesiones de la Conferencia Internacional sobre la Gestión de los Productos Químicos en relación con la salud humana;

Consciente de que, si no se manejan apropiadamente, de forma segura y ecológicamente racional, los desechos pueden tener graves consecuencias para la salud y los medios de vida humanos;

Convencida de que la falta de gestión de los desechos de manera ecológicamente racional provocará daños en el medio ambiente y será perjudicial para la salud humana, debido a la contaminación del aire, el agua y la tierra, y las cadenas alimentarias;

Preocupada por que la deficiente gestión de los desechos de la atención sanitaria, incluidos los objetos punzocortantes y otros, la sangre, los restos humanos, las sustancias químicas y farmacéuticas y los dispositivos médicos exponen al personal sanitario, los manipuladores de desechos y la comunidad al riesgo de sufrir infecciones, efectos tóxicos y lesiones;

Acogiendo favorablemente la Declaración de Bali sobre la gestión de los desechos en pro de la salud y los medios de vida humanos, adoptada en la novena reunión de la Conferencia de las Partes en el Convenio de Basilea sobre el Control de los Movimientos Transfronterizos de los Desechos Peligrosos y su Eliminación en 2008,

1. INSTA a los Estados Miembros<sup>1</sup> a que evalúen los aspectos sanitarios de la gestión de los desechos para que sea segura y ecológicamente racional y a que estudien distintas opciones para

---

<sup>1</sup> Y, cuando proceda, a las organizaciones de integración económica regional.

colaborar más estrechamente con el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente, el Enfoque estratégico para la gestión de los productos químicos a nivel internacional, el Convenio de Basilea sobre el Control de los Movimientos Transfronterizos de los Desechos Peligrosos y su Eliminación y la Secretaría de la OMS con el fin de alcanzar sus objetivos comunes en materia de mejora de la salud mediante una gestión de desechos segura y ecológicamente racional;

2. PIDE a la Directora General:

- 1) que apoye la ejecución de las medidas expuestas en la Declaración de Bali sobre la gestión de los desechos en pro de la salud y los medios de vida humanos, ateniéndose al mandato de la OMS y a los recursos disponibles;
- 2) que colabore con el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente y la secretaria del Convenio de Basilea sobre el Control de los Movimientos Transfronterizos de los Desechos Peligrosos y su Eliminación en materia de gestión ecológicamente racional de los desechos, inclusive colaborando con los gobiernos y las organizaciones donantes a que refuercen la aplicación de la Declaración de Bali sobre la gestión de los desechos en pro de la salud y los medios de vida humanos, en particular con miras a:
  - a) promover la concienciación acerca del vínculo entre la gestión de desechos, la salud y los medios de vida, y el medio ambiente;
  - b) fortalecer la cooperación subregional y regional en materia de desechos y salud, fomentando las capacidades humanas y técnicas apropiadas en los planos nacional, regional e internacional;
  - c) mejorar los controles en el transporte de desechos y los procedimientos en las fronteras con el objeto de prevenir los movimientos ilegales de desechos peligrosos y de otro tipo, recurriendo a medios como el aumento de la capacidad, la transferencia de tecnología y la asistencia técnica;
  - d) mejorar la cooperación entre las autoridades nacionales en los sectores de desechos, sustancias químicas y salud y, en colaboración con otras autoridades e interesados pertinentes, en la creación y aplicación de sistemas eficaces y racionales de gestión de desechos;
  - e) intensificar el aumento de la capacidad, promover y, cuando sea posible, mejorar las inversiones públicas y privadas para la transferencia y el uso de tecnologías apropiadas para una gestión de desechos segura y ecológicamente racional;
- 3) que siga apoyando la prevención de los riesgos para la salud que lleva asociados la exposición a desechos procedentes de la atención sanitaria y promoviendo una gestión ecológicamente racional de esos desechos, a fin de respaldar la labor del Convenio de Basilea sobre el Control de los Movimientos Transfronterizos de los Desechos Peligrosos y su Eliminación y del Convenio de Estocolmo sobre contaminantes orgánicos persistentes;
- 4) que examine la posibilidad de elaborar estrategias encaminadas a reducir al mínimo la generación de desechos de la atención sanitaria;

- 5) que invite a los gobiernos, las organizaciones intergubernamentales y de integración económica regional pertinentes y las entidades pertinentes de los sectores industrial y empresarial a proporcionar recursos y asistencia técnica a los países en desarrollo en la elaboración y aplicación de instrumentos para mejorar la salud mediante una gestión segura y ecológicamente racional de los desechos;
- 6) que informe a la 64.ª Asamblea Mundial de la Salud, por conducto del Consejo Ejecutivo, sobre la aplicación de la presente resolución.

(Undécima sesión, 22 de enero de 2010)

**EB126.R13 Mejora de la salud mediante la gestión racional de los plaguicidas y otras sustancias químicas en desuso<sup>1</sup>**

El Consejo Ejecutivo,

Habiendo examinado el informe sobre el Enfoque Estratégico para la gestión de los productos químicos a nivel internacional,<sup>2</sup>

RECOMIENDA a la 63.ª Asamblea Mundial de la Salud que adopte la resolución siguiente:

La 63.ª Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe sobre el Enfoque Estratégico para la gestión de los productos químicos a nivel internacional;

Recordando la resolución WHA59.15, relativa al enfoque estratégico de la gestión de los productos químicos a nivel internacional;

Reconociendo los resultados del segundo periodo de sesiones de la Conferencia Internacional sobre la Gestión de los Productos Químicos (Ginebra, 11-15 de mayo de 2009) en relación con la salud humana y, en particular la resolución II/8, sobre los aspectos sanitarios de la gestión racional de los productos químicos, en la que se señala a la atención la necesidad de que aumente la participación del sector sanitario, los Estados Miembros<sup>3</sup> y la Secretaría de la OMS en la aplicación del Plan de Acción Mundial del Enfoque Estratégico para la gestión de productos químicos a nivel internacional<sup>4</sup> debido a los efectos adversos que pueden tener algunas sustancias químicas en la salud humana, y tomando nota de que algunas de las prioridades mundiales para la cooperación definidas en el Enfoque Estratégico para la gestión de los productos químicos a nivel internacional también han de ser abordadas por el sector sanitario;

---

<sup>1</sup> Se consideran «plaguicidas en desuso» aquellos que ya no pueden utilizarse con la finalidad que tuvieron, o cuyo uso ya no se desea, y que por lo tanto deben ser eliminados.

<sup>2</sup> Documento EB126/20.

<sup>3</sup> Y, cuando proceda, de las organizaciones de integración económica regional.

<sup>4</sup> Documento WHA59/2006/REC/1, anexo 1.

Reconociendo que los plaguicidas están diseñados para destruir o controlar organismos y plagas nocivos, y pueden tener efectos adversos agudos y crónicos, y que, aunque están regulados en la mayoría de los países, pueden afectar a la salud de las poblaciones y al medio ambiente, particularmente cuando se utilizan y se almacenan de forma indebida, incluso cuando están en desuso;<sup>1</sup>

Recordando la Constitución de la OMS y reconociendo los siguientes acuerdos e instrumentos internacionales pertinentes: la Declaración de Bali sobre la gestión de los desechos en pro de la salud y los medios de vida humanos (2008), la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo (Río de Janeiro (Brasil), 1992), la Cumbre Mundial sobre el Desarrollo Sostenible (Johannesburgo (Sudáfrica), 2002), la adopción del Enfoque Estratégico para la gestión de productos químicos a nivel internacional por la Conferencia Internacional sobre la Gestión de los Productos Químicos (Dubai, 2006), el Convenio de Basilea sobre el Control de los Movimientos Transfronterizos de los Desechos Peligrosos y su Eliminación (1989), el Convenio de Rotterdam para la aplicación del procedimiento de consentimiento fundamentado previo a ciertos plaguicidas y productos químicos peligrosos objeto de comercio internacional (2004, revisado en 2008), el Convenio de Estocolmo sobre Contaminantes Orgánicos Persistentes (Estocolmo, 2004) y el Convenio sobre la prevención de la contaminación del mar por vertimiento de desechos y otras materias de 1972 y su Protocolo de 1996 (Londres, 1972); y el Reglamento Sanitario Internacional (2005);

Reconociendo que todos los foros, tratados e instrumentos mencionados en el párrafo precedente son importantes herramientas mundiales para preservar y proteger la salud humana y el medio ambiente que contienen medidas y orientaciones para hacer frente a ciertos aspectos del ciclo de vida de las sustancias químicas y que, en ese sentido, el Convenio de Estocolmo sobre Contaminantes Orgánicos Persistentes y el Convenio de Basilea sobre el Control de los Movimientos Transfronterizos de los Desechos Peligrosos y su Eliminación,<sup>2</sup> estrechamente relacionados, prevén la elaboración de estrategias apropiadas para la identificación de desechos contaminantes orgánicos persistentes, reservas de contaminantes orgánicos persistentes y su gestión;

Reconociendo que los desechos peligrosos y los plaguicidas muy tóxicos se encuentran en los ámbitos de prioridad mundial identificados para la cooperación dentro del Enfoque Estratégico para la gestión de productos químicos a nivel internacional, y que, en su resolución WHA59.15 relativa al enfoque estratégico de la gestión de los productos químicos a nivel internacional, la Asamblea de la Salud instaba a los Estados Miembros a participar en los esfuerzos nacionales, regionales e internacionales para aplicar el Enfoque Estratégico;

Consciente de los nuevos retos y determinantes de la salud, y de la necesidad de nuevas acciones para preservar y proteger la salud humana y el medio ambiente;

---

<sup>1</sup> La International HCH and Pesticides Association (IHPA) estima que la cantidad total de plaguicidas en desuso se eleva a entre 260 000 y 265 000 toneladas en Europa central y oriental y los países de la ex Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas. Las cantidades estimadas en 25 Estados Miembros de la Unión Europea son de 22 000 a 24 000 toneladas, en Europa sudoriental entre 36 000 y 41 000 toneladas, en los países de la ex Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas 199 000 toneladas, en África 50 000 toneladas (estimación de la FAO en el Programa de Reservas en África), en Asia sudoriental 6500 toneladas (FAO, primera estimación aproximada), y en Centroamérica y América del Sur 30 000 toneladas (FAO, 2005).

<sup>2</sup> Los objetivos fundamentales del Convenio de Basilea son el control y la reducción del movimiento transfronterizo de desechos peligrosos y de otro tipo previstos en el Convenio, la prevención y reducción al mínimo de su generación, la gestión ecológicamente racional de esos desechos y la promoción activa de la transferencia y la utilización de tecnologías más limpias.

Reconociendo los riesgos que suponen para la salud humana y el medio ambiente los plaguicidas en desuso y otras sustancias químicas en desuso, en particular si se producen accidentes químicos y desastres;

Reconociendo también los riesgos que entrañan para la salud humana y el medio ambiente los plaguicidas en desuso y otras sustancias químicas en desuso, relacionados con la generación de reservas a raíz de su reglamentación (como la retirada del mercado sin un periodo apropiado de retirada gradual), que podrían causar la propagación de sustancias químicas indebidamente almacenadas en todo el mundo;

Recordando que la exposición de seres humanos y del medio ambiente a plaguicidas en desuso y otras sustancias químicas en desuso también puede deberse a su transporte a grandes distancias;

Reconociendo la amenaza que representa el almacenamiento sin condiciones de seguridad de plaguicidas en desuso y otras sustancias químicas en desuso que, debido a un uso ilícito, al deterioro de los envases o a accidentes, puede provocar una contaminación localizada o generalizada y representar un riesgo potencial para la salud humana y el medio ambiente;

Concedora de las pruebas claras de que, además de los beneficios ambientales, cabe esperar beneficios económicos de la recuperación, la reutilización, el reciclaje y la eliminación eficiente y segura de plaguicidas en desuso y otras sustancias químicas en desuso;

Reconociendo los progresos realizados en relación con los plaguicidas en desuso por los países africanos mediante el Programa Africano de Reservas, de carácter interinstitucional, con apoyo de la FAO, el Fondo para el Medio Ambiente Mundial, el Banco Mundial y otros asociados;

Acogiendo favorablemente la labor del Convenio de Basilea sobre el Control de los Movimientos Transfronterizos de los Desechos Peligrosos y su Eliminación en la elaboración de directrices técnicas sobre la eliminación ecológicamente racional de desechos que contienen contaminantes orgánicos persistentes;

Reconociendo además que sólo podrá ser eficaz una estrategia completa y a largo plazo de gestión racional de los plaguicidas en desuso y otras sustancias químicas en desuso,

1. INSTA a los Estados Miembros:<sup>1</sup>

1) a que adopten, cuando proceda, o refuercen políticas y leyes racionales en el nivel nacional en materia de manipulación y eliminación seguras de plaguicidas en desuso y otras sustancias químicas en desuso;

2) a que adopten, si no lo han hecho en el contexto del Convenio de Estocolmo sobre Contaminantes Orgánicos Persistentes y otros instrumentos vigentes, planes nacionales amplios de aplicación u otras estrategias como base para adoptar medidas encaminadas a la eliminación de riesgos derivados de los plaguicidas en desuso y otras sustancias químicas en desuso;

---

<sup>1</sup> Y, cuando proceda, a las organizaciones de integración económica regional.



- 3) a que incrementen la responsabilidad social mediante actividades de concienciación en lo que se refiere a los plaguicidas en desuso y otras sustancias químicas en desuso y las sustancias químicas con riesgos transfronterizos potenciales para la salud humana;
  - 4) a que aumenten el apoyo a las actividades de formación y aumento de la capacidad y a las actividades técnicas coordinadas destinadas a aplicar las convenciones y los instrumentos internacionales pertinentes;
  - 5) a que alienten y promuevan la cooperación entre los Estados Miembros a este respecto;
  - 6) a que creen capacidad, o refuercen la existente, para regular la gestión racional de los plaguicidas y otras sustancias químicas durante su ciclo de vida, como medida preventiva para evitar la acumulación de sustancias químicas en desuso;
2. INVITA a todos los interesados directos pertinentes, incluidos los Estados Miembros, las organizaciones regionales de integración económica, los órganos del sistema de las Naciones Unidas y otras organizaciones intergubernamentales incluidas organizaciones y fundaciones no gubernamentales de ámbito regional, internacional y nacional, empresas dedicadas a la gestión de desechos, fabricantes de plaguicidas, donantes y el resto de la comunidad internacional:
- 1) a promover la gestión racional de los plaguicidas en desuso y otras sustancias químicas en desuso con miras a reducir al mínimo y, siempre que sea posible, a evitar los efectos adversos en la salud humana y el medio ambiente;
  - 2) a movilizar esfuerzos y cooperar con otros interesados directos en la ejecución de planes y estrategias nacionales de aplicación, por conducto de redes locales, regionales y mundiales, entre otros medios;
  - 3) a considerar las sinergias que se obtendrían intercambiando experiencias técnicas, conocimientos especializados y esfuerzos de creación de capacidad entre los instrumentos, las convenciones, la reglamentación y los procesos internacionales;
3. PIDE a la Directora General:
- 1) que respalde la elaboración de estrategias apropiadas y eficientes (en los niveles nacional, regional e internacional) para reducir al mínimo los riesgos que representan los plaguicidas en desuso y otras sustancias químicas en desuso, promoviendo con ello los objetivos de política y las prácticas pertinentes de la OMS;
  - 2) que mejore la capacidad de la OMS para fomentar las estrategias mencionadas en el subpárrafo 3(1);
  - 3) que facilite la aplicación de las estrategias de gestión racional de los plaguicidas en desuso y otras sustancias químicas en desuso con miras a reducir las desigualdades en materia de salud y asegurar un entorno vital libre de contaminación;
  - 4) que colabore con el PNUMA y el Enfoque Estratégico para la gestión de los productos químicos a nivel internacional, en relación con la Iniciativa PNUMA/OMS sobre los Vínculos entre la Salud y el Medio Ambiente, así como con el PNUD, la FAO, el Banco Mundial y

otras instituciones apropiadas, para ayudar a los Estados Miembros a aplicar sus estrategias nacionales y las directrices existentes, por ejemplo en el Convenio de Basilea sobre el Control de los Movimientos Transfronterizos de los Desechos Peligrosos y su Eliminación<sup>1</sup> y estrategias para la gestión racional de los plaguicidas en desuso y otras sustancias químicas en desuso a escala mundial;

5) que incluya los plaguicidas en desuso y otras sustancias químicas en desuso entre las prioridades de la OMS con el fin de reducir y prevenir los riesgos para la salud humana y el medio ambiente que tienen sus efectos adversos, y que apoye su eliminación segura en todo el mundo;

6) que asegure el pleno apoyo de la OMS a las actividades de la Secretaría del Enfoque Estratégico para la gestión de los productos químicos a nivel internacional;

7) que apoye los esfuerzos conjuntos iniciados por la FAO y la OMS para el desarrollo de capacidad de gestión racional de los plaguicidas en los Estados Miembros;

8) que informe a la 64.ª Asamblea Mundial de la Salud, por conducto del Consejo Ejecutivo, sobre los progresos realizados en la aplicación de la presente resolución.

(Undécima sesión, 22 de enero de 2010)

## **EB126.R14 Disponibilidad, seguridad y calidad de los productos sanguíneos<sup>2</sup>**

El Consejo Ejecutivo,

Habiendo examinado el informe sobre disponibilidad, seguridad y calidad de los productos sanguíneos,<sup>3</sup>

RECOMIENDA a la Asamblea Mundial de la Salud que adopte la resolución siguiente:

---

<sup>1</sup> Directrices técnicas sobre la eliminación segura de plaguicidas en desuso (<http://www.basel.int/meetings/sbc/workdoc/techdocs.html>):

- Directrices técnicas generales actualizadas para la gestión ecológicamente racional de desechos formados por contaminantes orgánicos persistentes, o desechos que los contengan o estén contaminados por ellos,
- Directrices técnicas para la gestión ecológicamente racional de desechos formados por 1,1,1-tricloro-2,2-bis(4-clorofenil)etano (DDT), o desechos que lo contengan o estén contaminados por él,
- Directrices técnicas sobre la gestión ecológicamente racional de desechos formados por los plaguicidas aldrín, clordano, dieldrín, endrín, heptacloro, hexaclorobenceno (HCB), mirex o toxafeno o con HCB como sustancia química industrial, o que los contengan o estén contaminados con ellos.

<sup>2</sup> La expresión «productos sanguíneos» ha sido definida por el Comité de Expertos de la OMS en Patrones Biológicos como sigue: «cualquier sustancia terapéutica derivada de la sangre humana, tales como la sangre entera, los componentes sanguíneos lábiles o los productos medicinales derivados del plasma».

<sup>3</sup> Documento EB126/19.

La 63.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud,

Recordando la resolución WHA58.13 sobre la seguridad de la sangre: propuesta para el establecimiento del Día Mundial del Donante de Sangre, así como otras resoluciones conexas precedentes adoptadas con posterioridad a la resolución WHA28.72, sobre la utilización y el suministro de sangre y productos sanguíneos humanos, en las que se instaba a los Estados Miembros a que fomentasen la plena aplicación de programas de sangre sostenibles, coordinados a nivel nacional y bien organizados, con sistemas de regulación apropiados, y a que promulgasen leyes eficaces para controlar el funcionamiento de los servicios de sangre;

Reconociendo que el logro de la autosuficiencia, a menos que lo impidan circunstancias especiales, en el suministro de componentes sanguíneos seguros basado en la donación voluntaria y no remunerada de sangre, y la seguridad de ese suministro son metas nacionales importantes para prevenir las situaciones de escasez de sangre y atender las necesidades de transfusión de todos los pacientes;

Consciente de que los productos medicinales derivados del plasma utilizados en el tratamiento de la hemofilia y las enfermedades inmunitarias figuran en la Lista Modelo OMS de Medicamentos Esenciales,<sup>1</sup> así como de que es necesario facilitar el acceso a esos productos en los países en desarrollo;

Preocupada por las desigualdades mundiales en el acceso a los productos sanguíneos, en particular a productos medicinales derivados del plasma, que dejan sin tratamiento adecuado a muchos pacientes necesitados de transfusiones y con enfermedades congénitas o adquiridas graves;

Consciente de que un importante factor limitante de la disponibilidad de productos medicinales derivados del plasma a nivel mundial es el suministro insuficiente de plasma que satisfaga las normas internacionales para el fraccionamiento;

Teniendo presente que el tratamiento con componentes sanguíneos lábiles se está introduciendo gradualmente en la práctica clínica en los países en desarrollo y que, por consiguiente, habrá que disponer de mayores cantidades de plasma para su fraccionamiento en productos medicinales, a fin de atender sus necesidades;

Preocupada por que los países en desarrollo carecen de tecnología de separación de los componentes sanguíneos y de capacidad de fraccionamiento, y por que, debido a deficiencias en materia de controles reglamentarios y a que no se han implantado prácticas adecuadas en sus establecimientos de sangre, el plasma obtenido en esos países es a menudo inaceptable para contratar su fraccionamiento, con el consiguiente desperdicio de cantidades considerables de plasma;

Convencida de que para garantizar la idoneidad del plasma para fraccionamiento es necesario instaurar un programa de plasma sostenible y coordinado a nivel nacional inscrito en un programa nacional de sangre debidamente organizado y legalmente establecido y regulado;

---

<sup>1</sup> La Lista Modelo OMS de Medicamentos Esenciales comprende un conjunto de medicamentos con los que se pueden tratar de forma segura y eficaz la mayoría de las enfermedades transmisibles y no transmisibles. La Lista incluye productos medicinales derivados del plasma, como inmunoglobulinas y factores de la coagulación, necesarios para prevenir y tratar diversas afecciones graves que se dan en todas las regiones del mundo (<http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/index.html>).

Reconociendo que la capacidad de recolección de plasma es limitada y no bastaría para producir suficientes medicamentos esenciales que cubran las necesidades mundiales, es fundamental que todos los países posean capacidad local para recolectar plasma de calidad y seguridad aceptables procedente de donaciones voluntarias no remuneradas a fin de atender sus necesidades;

Convencida de que el fraccionamiento debería efectuarse lo más cerca posible de la fuente y de que los países que carecen de capacidad nacional de fraccionamiento del plasma deberían tener la posibilidad de fraccionarlo en otros países, velando por que los países suministradores de ese plasma puedan disponer de productos medicinales derivados del plasma para atender sus necesidades;

Reconociendo la creciente necesidad de tener acceso a información sobre estrategias que permitan suministrar productos sanguíneos suficientes para atender la demanda, mecanismos eficaces de supervisión reglamentaria, tecnologías que aseguren la calidad y seguridad de los productos sanguíneos, y directrices sobre el uso clínico adecuado de los productos sanguíneos y los riesgos de las transfusiones;

Teniendo presente que las donaciones de sangre voluntarias y no remuneradas pueden facilitar el logro de un alto nivel de seguridad de la sangre y los componentes sanguíneos, y siendo consciente de que la seguridad de los productos sanguíneos depende de que toda la sangre donada sea sometida a pruebas de detección de infecciones transmisibles por transfusión, así como del correcto etiquetado, conservación y transporte de los productos sanguíneos;

Teniendo presente que, según la guía de la OMS sobre uso clínico óptimo, los tres pilares de la gestión de la sangre del paciente consisten en tomar todas las medidas razonables antes de la intervención quirúrgica para optimizar su volemia, reducir al mínimo la hemorragia y aprovechar y optimizar su nivel específico de tolerancia fisiológica a la anemia;

Reconociendo que el recurso excesivo y evitable a las transfusiones y a los productos medicinales derivados del plasma, las prácticas peligrosas y los errores de transfusión (en particular a la cabecera del paciente) comprometen seriamente la seguridad del enfermo;

Preocupada por el hecho de que la falta de seguridad o la mala calidad de los productos sanguíneos pueden hacer a los pacientes vulnerables a riesgos evitables si los programas de sangre no se someten al grado de control que hoy ejercen las autoridades reguladoras nacionales o regionales con experiencia en la materia;

Alarmada por que los pacientes de los países en desarrollo siguen estando expuestos al riesgo de infecciones transfusionales prevenibles por patógenos de transmisión hematógena, como los virus de las hepatitis B y C o el VIH;

Observando el creciente movimiento transfronterizo de productos sanguíneos y dispositivos de diagnóstico in vitro relacionados con la seguridad de la sangre, así como su rápido desarrollo e introducción en los sistemas de atención sanitaria de los países desarrollados y en desarrollo;

Reconociendo la utilidad de los materiales biológicos de referencia internacional (patrones internacionales de la OMS) en el control de la calidad de los productos sanguíneos y de los dispositivos de diagnóstico in vitro conexos usados para detectar patógenos transmitidos por la sangre ya conocidos o emergentes;

Convencida de que la trazabilidad en todas las fases de la preparación de los productos sanguíneos, desde el donante hasta el receptor y viceversa, es esencial para identificar los riesgos, en particular la transmisión de patógenos y las reacciones transfusionales, así como para vigilar la eficacia de las medidas correctivas aplicadas para reducir esos riesgos al mínimo;

Convencida de la necesidad de aplicar prácticas óptimas para la captación de donantes de sangre y plasma sanos, voluntarios y no remunerados entre poblaciones de donantes de bajo riesgo y el cribado de toda la sangre donada para detectar patógenos transmisibles por transfusión, y de que la totalidad de la cadena de procesos de producción de productos sanguíneos, es decir, el correcto procesamiento, etiquetado, conservación y transporte tiene que estar cubierto por sistemas de garantía de la calidad pertinentes y fiables;

Reconociendo que una regulación estricta es fundamental para garantizar la calidad y la seguridad de los productos sanguíneos, así como de los dispositivos conexos de diagnóstico *in vitro*, y que se requieren medidas especiales para fortalecer a nivel mundial la capacidad técnica de los organismos de reglamentación a fin de lograr un control apropiado en todo el mundo;

Recordando resoluciones anteriores de la Asamblea de la Salud en las que se menciona la necesidad vital de fortalecer los centros de sangre para garantizar la calidad, seguridad y eficacia de los productos sanguíneos,

1. INSTA a los Estados Miembros:<sup>1</sup>

- 1) a que tomen todas las medidas necesarias para establecer, aplicar y apoyar programas de sangre y plasma sostenibles, gestionados eficientemente y coordinados a nivel nacional, de acuerdo con la disponibilidad de recursos, con el fin de alcanzar la autosuficiencia, a menos que lo impidan circunstancias especiales;
- 2) a que tomen todas las medidas necesarias para actualizar su legislación nacional sobre la valoración y el aplazamiento de donantes, la obtención, el análisis, el procesamiento, la conservación, el transporte y el uso de los productos sanguíneos y el funcionamiento de las autoridades reguladoras a fin de que la regulación en la esfera de la calidad y seguridad de los productos sanguíneos a lo largo de toda la cadena de la transfusión se ajuste a las normas reconocidas internacionalmente;
- 3) a que establezcan sistemas de calidad para el procesamiento de la sangre entera y los componentes sanguíneos, prácticas adecuadas de fabricación para la producción de productos medicinales derivados del plasma y normas de regulación adecuadas;
- 4) a que creen capacidad de recursos humanos ofreciendo formación inicial y continua para el personal a fin de garantizar la calidad de los servicios de sangre y de los productos sanguíneos;
- 5) a que mejoren la calidad de la evaluación y las medidas de regulación en el área de los productos sanguíneos y los dispositivos médicos, incluidos los dispositivos de diagnóstico *in vitro*;

---

<sup>1</sup> Y, cuando proceda, a las organizaciones de integración económica regional.

6) a que establezcan sistemas que garanticen el uso seguro y racional de los productos sanguíneos, o refuercen los ya existentes, y a que proporcionen formación para todo el personal que interviene en las transfusiones clínicas, a fin de poner en práctica posibles soluciones para reducir al mínimo los errores de transfusión y promover la seguridad del paciente, y fomentar la disponibilidad de alternativas de transfusión como, cuando proceda, las auto-transfusiones y la gestión de la sangre del paciente;

7) a que protejan la fiabilidad de sus mecanismos de notificación de reacciones graves o imprevistas asociadas a la donación de sangre y de plasma y a la recepción de componentes sanguíneos y productos medicinales derivados del plasma, incluida la transmisión de patógenos;

2. PIDE a la Directora General:

1) que oriente a los Estados Miembros para que se atengan a las normas reconocidas internacionalmente a la hora de actualizar sus leyes, normas nacionales y medidas de regulación orientadas a garantizar un control eficaz de la calidad y seguridad de los productos sanguíneos y los dispositivos médicos conexos, en particular de los empleados para el diagnóstico *in vitro*;

2) que asesore a los Estados Miembros y cree en ellos capacidad para dirigir y gestionar los sistemas de suministro de sangre a fin de reforzar unos programas nacionales coordinados y sostenibles de sangre y plasma mediante el intercambio de prácticas óptimas acerca de la estructura de organización de los sistemas de suministro de sangre, con el fin de incrementar la eficiencia y reducir al mínimo los errores;

3) que amplíe el apoyo prestado a los Estados Miembros para desarrollar y fortalecer sus organismos de reglamentación y laboratorios de control nacionales con miras a ampliar su competencia en materia de control de los productos sanguíneos y los dispositivos médicos conexos, incluidos los dispositivos de diagnóstico *in vitro*, y que promueva la creación de redes regionales de colaboración y regulación, cuando sea necesario y apropiado;

4) que vele por el desarrollo y el suministro sostenibles de los materiales biológicos de referencia internacional (patrones internacionales de la OMS) que deben aplicarse al control de la calidad y la regulación de los productos sanguíneos y de los dispositivos de diagnóstico *in vitro* conexos;

5) que mejore el acceso de los países en desarrollo a los materiales biológicos de referencia internacional y a la información científica obtenida en su validación, para garantizar que se haga un uso adecuado de esos materiales;

6) que elabore, proporcione y difunda orientaciones y apoyo técnico para reforzar los programas nacionales coordinados de sangre y plasma y la introducción de tecnología de separación de componentes sanguíneos y de fraccionamiento del plasma para atender las necesidades locales y que promueva una supervisión reguladora efectiva de los servicios de sangre y la aplicación de prácticas adecuadas de fabricación en los programas de fraccionamiento de plasma, bajo la responsabilidad de las autoridades reguladoras;

7) que proporcione orientación, formación y apoyo a los Estados Miembros acerca del uso seguro y racional de los productos sanguíneos y para respaldar la introducción de alternativas

a la transfusión, inclusive, cuando corresponda, las autotransfusiones, las prácticas de transfusión seguras y la gestión de la sangre del paciente;

8) que aliente la investigación de nuevas tecnologías para producir sucedáneos seguros y eficaces de la sangre;

9) que por conducto del Consejo Ejecutivo informe periódicamente a la Asamblea de la Salud, al menos cada cuatro años, sobre las medidas adoptadas por los Estados Miembros y otros asociados para aplicar la presente resolución.

(Duodécima sesión, 22 de enero de 2010)

**EB126.R15      Acelerar los progresos hacia el logro del Objetivo de Desarrollo del Milenio 4 para reducir la mortalidad en la niñez: prevención y tratamiento de la neumonía**

El Consejo Ejecutivo,

Habiendo examinado el informe sobre prevención y tratamiento de la neumonía,<sup>1</sup>

RECOMIENDA a la 63.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud que adopte la resolución siguiente:

La 63.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud,

Enterada del informe conjunto OMS/UNICEF sobre un plan de acción mundial para la prevención y el control de la neumonía, presentado en noviembre de 2009;<sup>2</sup>

Tomando nota del primer compromiso anticipado de mercado para la vacuna antineumocócica y de los progresos logrados hasta la fecha para integrar la vacuna contra *Haemophilus influenzae* de tipo b en los programas de inmunización sistemática;

Tomando nota asimismo de los planes de aceleración del desarrollo e introducción de vacunas antineumocócicas;

Recordando que en la resolución WHA58.15 sobre la estrategia mundial de inmunización se pidió al Director General que movilizara recursos para promover la disponibilidad y asequibilidad en los países de nuevas vacunas que se obtengan en el futuro, basándose para ello en la información aportada en los perfiles epidemiológicos;

Preocupada por la falta de progresos importantes hacia la reducción de la morbilidad y la mortalidad por neumonía, pese a ser esta la causa principal de mortalidad de los menores de cinco años a nivel mundial;

---

<sup>1</sup> Documento EB126/40.

<sup>2</sup> Documento WHO/FCH/CAH/NCH/09.04.

Consciente de que la reducción de la carga mundial de neumonía será esencial para alcanzar la meta 4.A del Objetivo de Desarrollo del Milenio 4;

Observando que hay instrumentos seguros y muy eficaces para controlar la neumonía, concretamente la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia preconizada por la OMS para el tratamiento de los casos a todos los niveles, la inmunización infantil universal contra las infecciones por *Haemophilus influenzae* de tipo b y por *Streptococcus pneumoniae*, mejoras de la nutrición y prevención de la insuficiencia ponderal del recién nacido, medidas de control de la contaminación del aire en interiores generada por el uso doméstico de combustibles sólidos y el tabaquismo pasivo en el hogar, y prevención y tratamiento de la infección por VIH;

Observando asimismo que el precio asequible de las vacunas para prevenir la neumonía y la ampliación importante de la capacidad de la cadena de frío son determinantes para la adopción y ejecución de los programas de vacunación, sobre todo en los países en desarrollo;

Preocupada porque la neumonía sigue causando más de 1,8 millones de muertes evitables entre los menores de cinco años cada año en todo el mundo;

Observando que la Alianza GAVI y otros donantes han puesto a disposición recursos sustanciales, y que el Mecanismo Internacional de Financiación de Programas de Inmunización y el Fondo Rotatorio de la OPS para inmunización son instrumentos poderosos para dirigir recursos a los programas de inmunización;

Acogiendo con agrado la contribución a la movilización de recursos en favor del desarrollo de las innovadoras iniciativas de financiación de carácter voluntario de grupos de Estados Miembros;

Observando además que los esfuerzos desplegados a fin de fortalecer la capacidad de los sistemas de salud para detectar y controlar eficazmente la neumonía también han de contribuir con toda probabilidad a las iniciativas tendentes a alcanzar el Objetivo de Desarrollo del Milenio 5 (Mejorar la salud materna);

Consciente de que la pandemia de gripe por A (H1N1) 2009 ha fomentado la toma de conciencia sobre la necesidad de fortalecer a nivel de todo el sistema el tratamiento de las infecciones respiratorias agudas graves, y observando que es por tanto un momento oportuno para aprovechar las inversiones efectuadas en relación con la pandemia y para proseguir los esfuerzos encaminados a garantizar que los pacientes con infecciones respiratorias agudas reciban tratamiento rápido y eficaz,

1. INSTA a los Estados Miembros:

- 1) a que apliquen en función de sus circunstancias las políticas, las estrategias y los instrumentos recomendados por la OMS para prevenir y tratar la neumonía;
- 2) a que establezcan políticas nacionales y planes operacionales basados en la evidencia para fortalecer los sistemas de salud a fin de ampliar la cobertura de las poblaciones en riesgo con intervenciones preventivas y curativas eficaces;
- 3) a que evalúen con prontitud y eficacia el desempeño de los programas, y en particular la cobertura y el impacto de las intervenciones, y utilicen estas evaluaciones para aportar información a la base de datos de perfiles de los países de la OMS;



- 4) a que determinen los recursos nacionales e internacionales, tanto humanos como financieros, necesarios para fortalecer los sistemas de salud y proporcionar apoyo técnico a fin de que se apliquen las estrategias más adaptadas a la situación y la epidemiología locales y se llegue a las poblaciones destinatarias;
  - 5) a que pongan en práctica las recomendaciones formuladas en el plan de acción mundial conjunto OMS/UNICEF para la prevención y el control de la neumonía, destacando la importancia de:
    - a) la inmunización, acelerando la adopción de vacunas asequibles y costoeficaces, basándose para ello en la información aportada en los perfiles epidemiológicos;
    - b) el manejo de los casos en la comunidad, los centros de salud y los hospitales;
    - c) la lactancia materna exclusiva durante seis meses;
    - d) la mejora de la nutrición y prevención de la insuficiencia ponderal del recién nacido;
    - e) el control de la contaminación del aire en interiores, y
    - f) la prevención y tratamiento de la infección por VIH;
  - 6) a que fomenten los enfoques integrados de la prevención y el tratamiento de la neumonía mediante la colaboración multisectorial y la participación corresponsable de la comunidad;
2. PIDE a la Directora General:
- 1) que refuerce los recursos humanos dedicados a la prevención y el control de la neumonía a todos los niveles, especialmente a nivel de país, mejorando de ese modo la capacidad de las oficinas de la OMS en los países para respaldar los programas nacionales de salud y coordinar las actividades de los asociados en materia de prevención y control de la neumonía;
  - 2) que reúna en un foro a los Estados Miembros interesados, organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, la Alianza GAVI, consejos de investigaciones médicas y otras partes interesadas con el fin de mejorar la coordinación de los diferentes interesados directos en la lucha contra la neumonía, y que movilice recursos para fomentar la disponibilidad de vacunas contra el *Haemophilus influenzae* tipo b y el neumococo;
  - 3) que, empezando en la 64.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud, amplíe la cobertura del informe a la Asamblea de la Salud, por conducto del Consejo Ejecutivo, sobre el estado de los progresos realizados hacia el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud que se pidió en la resolución WHA61.18, incluyendo en él los progresos realizados en la aplicación de la presente resolución.

(Duodécima sesión, 22 de enero de 2010)

**EB126.R16      Hepatitis virales**

El Consejo Ejecutivo,

Habiendo examinado el informe sobre hepatitis virales,<sup>1</sup>

RECOMIENDA a la 63.ª Asamblea Mundial de la Salud que adopte la siguiente resolución:

La 63.ª Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe sobre hepatitis virales;

Teniendo en cuenta que alrededor de 2000 millones de personas se han infectado con el virus de la hepatitis B y que unos 350 millones de personas padecen la forma crónica de la enfermedad;

Considerando que la hepatitis C no es aún prevenible mediante vacunación y que en aproximadamente el 80% de los casos esa infección se vuelve crónica;

Considerando la gravedad de las hepatitis virales como un problema de salud pública mundial y la necesidad de sensibilizar tanto a los gobiernos como a las poblaciones para que adopten medidas de promoción de la salud, y prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad;

Expresando su preocupación por la falta de progresos en materia de prevención y control de las hepatitis virales en los países en desarrollo, especialmente en el África subsahariana, debido a la falta de acceso a tratamientos asequibles, así como de un enfoque integrado del tratamiento de la enfermedad;

Considerando la necesidad de abordar con una perspectiva global todas las formas de hepatitis viral, prestando especial atención a las hepatitis virales B y C, que son las que conllevan mayores tasas de morbilidad;

Recordando que una vía de transmisión de los virus de las hepatitis B y C es parenteral y que la Asamblea de la Salud, en su resolución WHA28.72 sobre la utilización y el suministro de sangre y productos sanguíneos humanos recomendaba el establecimiento de servicios públicos nacionales de donación de sangre, y en la resolución WHA58.13 acordó instituir el Día Mundial del Donante de Sangre, y que en ambas resoluciones la Asamblea de la Salud reconoció la necesidad de que las personas que reciben sangre tengan acceso a sangre segura;

Reafirmando la resolución WHA45.17 sobre inmunización y calidad de las vacunas, que insta a los Estados Miembros a incluir las vacunas contra la hepatitis B en los programas nacionales de inmunización;

Considerando la necesidad de reducir las tasas de mortalidad por cáncer hepático, y el hecho de que las hepatitis virales causan el 78% de los casos de cáncer hepático primario;

---

<sup>1</sup> Documento EB126/15.

Considerando los vínculos de colaboración existentes entre las medidas de prevención y control de las hepatitis virales y las de las enfermedades infecciosas como el VIH y otras enfermedades de transmisión sexual o sanguínea;

Reconociendo la necesidad de reducir la incidencia para prevenir y controlar la hepatitis viral, de facilitar el acceso a un diagnóstico correcto y de poner en marcha programas de tratamiento en todas las regiones,

1. RESUELVE que el 28 de julio sea designado Día Mundial contra la Hepatitis, como oportunidad para educar al respecto y lograr que se comprenda mejor el problema de salud pública mundial que supone la hepatitis viral, así como para estimular el fortalecimiento de las medidas preventivas y de control de esa enfermedad en los Estados Miembros;

2. INSTA a los Estados Miembros:

1) a que implementen sistemas de vigilancia epidemiológica o mejoren los existentes a fin de obtener información fiable para orientar las medidas de prevención y control;

2) a que apoyen o posibiliten sistemas integrados y costoeficaces de prevención, control y tratamiento de la hepatitis viral teniendo en cuenta su relación con coinfecciones asociadas como el VIH mediante la colaboración multisectorial entre las instituciones sanitarias y educativas, organizaciones no gubernamentales y la sociedad civil, incluidas medidas para reforzar la seguridad y calidad y la regulación de los servicios de sangre;

3) a que incorporen en su contexto específico las políticas, estrategias e instrumentos recomendados por la OMS con el fin de definir y aplicar medidas preventivas y diagnósticas y brindar asistencia a la población afectada por la hepatitis viral;

4) a que fortalezcan los sistemas nacionales de salud para abordar eficazmente la prevención y el control de la hepatitis viral mediante medidas de promoción de la salud y vigilancia nacional, incluidos instrumentos para la prevención, el diagnóstico, y el tratamiento de la hepatitis viral, la vacunación, la información, la comunicación y la seguridad de las inyecciones;

5) a que ofrezcan estrategias de vacunación, medidas de control de las infecciones y medios para garantizar la seguridad de las inyecciones para los profesionales de la salud;

6) a que usen recursos nacionales e internacionales, ya sea humanos o económicos, para respaldar el fortalecimiento de los sistemas de salud a fin de ofrecer a las poblaciones locales las intervenciones más costoeficaces y asequibles adaptadas a la situación epidemiológica local;

7) a que consideren, según sea necesario, mecanismos legislativos nacionales para el uso de las flexibilidades mencionadas en el Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Pro-

iedad Intelectual relacionados con el Comercio con el fin de fomentar el acceso a productos farmacéuticos específicos;<sup>1</sup>

8) a que consideren, si es necesario, la posibilidad de usar todos los medios administrativos y legales al alcance para promover el acceso a tecnologías de prevención, diagnóstico y tratamiento de las hepatitis virales;

9) a que desarrollen y pongan en marcha instrumentos de vigilancia y evaluación relacionados con las actividades preventivas, diagnósticas y terapéuticas;

10) a que promuevan la celebración del Día Mundial contra la Hepatitis el 28 de julio de cada año, o en la fecha en que cada Estado Miembro lo decida;

3. PIDE a la Directora General:

1) que, en colaboración con los Estados Miembros, establezca las directrices, objetivos sujetos a plazos, estrategias e instrumentos para la prevención y el control de la hepatitis viral;

2) que brinde el apoyo necesario para el desarrollo de la investigación científica relacionada con la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la hepatitis viral;

3) que mejore la evaluación del impacto económico y estime la carga de hepatitis viral en el mundo;

4) que apoye, cuando corresponda, a los Estados Miembros con recursos limitados en la realización de actividades para conmemorar el Día Mundial contra la Hepatitis;

5) que invite a las organizaciones internacionales y las instituciones financieras a apoyar el fortalecimiento de la capacidad de los países en desarrollo para ampliar el uso de métodos diagnósticos y terapéuticos fiables adaptados a la situación epidemiológica y los sistemas de salud locales;

6) que aliente a las organizaciones internacionales y las instituciones financieras a asignar recursos a la prevención y el control de las hepatitis virales, proporcionando apoyo técnico a los países con equidad y de la forma más idónea y eficiente;

7) que colabore con otras organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, asociados, organizaciones internacionales y otros interesados pertinentes para potenciar el acceso a tratamientos asequibles en los países en desarrollo;

8) que informe a la 65.ª Asamblea Mundial de la Salud, por conducto del Consejo Ejecutivo, sobre la aplicación de la presente resolución.

(Decimotercera sesión, 23 de enero de 2010)

---

<sup>1</sup> El Consejo General de la OMC, en su decisión de 30 de agosto de 2003 sobre la Aplicación del párrafo 6 de la Declaración de Doha relativa al Acuerdo sobre los ADPIC y la Salud Pública decidió que «por ‘producto farmacéutico’ se entiende cualquier producto patentado, o producto manufacturado mediante un proceso patentado, del sector farmacéutico necesario para hacer frente a los problemas de salud pública reconocidos en el párrafo 1 de la Declaración. Queda entendido que estarían incluidos los ingredientes activos necesarios para su fabricación y los equipos de diagnóstico necesarios para su utilización».

**EB126.R17 Relaciones con organizaciones no gubernamentales<sup>1</sup>**

El Consejo Ejecutivo,

Habiendo examinado el informe del Comité Permanente de Organizaciones No Gubernamentales,<sup>2</sup>

1. DECIDE aceptar que la OMS establezca relaciones oficiales con la International Insulin Foundation, la International Life Saving Federation, Caritas Internationalis, la Stichting Global Network of People Living with HIV/AIDS (GNP+), el International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technologies y la International Network for Cancer Treatment and Research;
2. DECIDE aplazar el examen de la solicitud de la International Union for Physical and Engineering Sciences in Medicine hasta que se haya acordado un nuevo plan de trabajo y recomienda el mantenimiento de las relaciones de trabajo con ella;
3. DECIDE que se interrumpan las relaciones oficiales con Cystic Fibrosis Worldwide, la Asociación Internacional de Salud del Adolescente, la Sociedad Internacional de Hematología y la Asociación Mundial de Muchachas Scouts;
4. DECIDE que se interrumpan las relaciones oficiales con la Asociación de Institutos y Escuelas de Medicina Tropical en Europa y con la Unión Internacional para la Conservación de la Naturaleza y sus Recursos hasta que hayan presentado un informe sobre sus actividades de colaboración o, en su caso, sobre la situación de sus relaciones con la OMS desde 2006, para que lo examine el Consejo Ejecutivo.

(Decimotercera sesión, 23 de enero de 2010)

---

<sup>1</sup> Véase el anexo 5. En el anexo 7 se exponen las repercusiones financieras y administrativas de esta resolución para la Secretaría.

<sup>2</sup> Documento EB126/28.

## DECISIONES

### **EB126(1) Nombramiento de miembros del Comité Consultivo de Expertos Independientes en materia de Supervisión**

El Consejo Ejecutivo, habiendo examinado el informe de la Secretaría sobre el nombramiento de miembros del Comité Consultivo de Expertos Independientes en materia de Supervisión<sup>1</sup> y recordando el mandato del Comité,<sup>2</sup> decidió nombrar a la Sra. Marion Cowden (Australia y Nueva Zelandia), el Sr. John Fox (Estados Unidos de América), el Sr. Graham Miller (Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte), la Sra. Hélène Ploix (Francia) y el Sr. Veerathai Santiprabhob (Tailandia) miembros del Comité Consultivo de Expertos Independientes en materia de Supervisión.

(Décima sesión, 22 de enero de 2010)

### **EB126(2) Designación de los representantes del Consejo Ejecutivo en la 63.ª Asamblea Mundial de la Salud**

El Consejo Ejecutivo, de conformidad con la decisión EB125(4) de 23 de mayo de 2009 y lo dispuesto en el párrafo 1 de la resolución EB59.R7, designó a su Presidente, el Dr. S. Zaramba (Uganda), *ex officio*, y a sus tres primeros Vicepresidentes, el Dr. E. R. Sedyaningsih (Indonesia), el Dr. E. Giménez (Paraguay) y el Profesor Sohn Myongsei (República de Corea), para que representasen al Consejo en la 63.ª Asamblea Mundial de la Salud, en el entendimiento de que si algún miembro no pudiese asistir a la Asamblea de la Salud, se podría pedir que representara al Consejo al Vicepresidente restante, Dr. A. J. Mohamed (Omán), y al Relator, Profesor T. Milosavljević (Serbia).

(Duodécima sesión, 22 de enero de 2010)

### **EB126(3) Orden del día provisional y duración de la 63.ª Asamblea Mundial de la Salud**

El Consejo Ejecutivo, habiendo examinado el informe de la Directora General sobre el orden del día provisional de la 63.ª Asamblea Mundial de la Salud,<sup>3</sup> recordando su decisión anterior de que la 63.ª Asamblea Mundial de la Salud se celebrara en el Palais des Nations, Ginebra, a partir del lunes 17 de mayo de 2010 y se clausurara no más tarde del sábado 22 de mayo de 2010,<sup>4</sup> y recordando asimismo el acuerdo logrado en la presente reunión durante el examen del punto 7.4 en relación con el proyecto de orden del día provisional, aprobó el orden del día provisional de la 63.ª Asamblea Mundial de la Salud, en su forma enmendada, y decidió que la Asamblea de la Salud se clausurara no más tarde del viernes 21 de mayo de 2010.

(Duodécima sesión, 22 de enero de 2010)

---

<sup>1</sup> Documento EB126/25.

<sup>2</sup> Resolución EB125.R1, anexo.

<sup>3</sup> Véase el documento EB126/27.

<sup>4</sup> Decisión EB125(6).

**EB126(4) Lugar y fecha de la 127.<sup>a</sup> reunión del Consejo Ejecutivo**

El Consejo Ejecutivo decidió que su 127.<sup>a</sup> reunión se celebrara el sábado 22 de mayo de 2010, en Ginebra.

(Duodécima sesión, 22 de enero de 2010)

**EB126(5) Revisión de las organizaciones no gubernamentales con las que la OMS mantiene relaciones oficiales**

El Consejo Ejecutivo, habiendo examinado y tomado nota del informe de su Comité Permanente de Organizaciones No Gubernamentales<sup>1</sup> sobre el examen de un tercio de las organizaciones no gubernamentales que mantienen relaciones oficiales con la OMS,<sup>2</sup> y en aplicación de la decisión EB124(1), adoptó las decisiones que se indican a continuación.

Tomando nota con reconocimiento de su colaboración con la OMS y encomiando su continua dedicación a la labor de la Organización, el Consejo decidió que se mantuvieran las relaciones oficiales de la OMS con las organizaciones no gubernamentales al lado de cuyos nombres figura un asterisco en el anexo del informe precitado.

Tomando nota de los informes en cuanto a sus relaciones con la OMS, el Consejo decidió que la International Association of Medical Regulatory Authorities, la Federación Internacional de Laboratorios de Ciencias Biomédicas, la Federación Internacional de Química Clínica y Medicina de Laboratorio, la Sociedad Internacional de Telemedicina y Cibersalud, la Organización Internacional contra el Tracoma y la Asociación Internacional de Hidatidología mantengan relaciones oficiales con la OMS; asimismo, solicitó, según corresponda, informes sobre su colaboración durante el periodo que se examina y el resultado de las actividades encaminadas a acordar planes de colaboración, cuyos resultados deberán notificarse al Consejo en su 128.<sup>a</sup> reunión.

Tomando nota de las satisfactorias actividades encaminadas a acordar planes de colaboración, el Consejo decidió mantener las relaciones oficiales entre la Asociación Internacional de Logopedia y Foniatría, Collegium Internationale Neuro-Psychopharmacologicum y la Unión Internacional de Sociedades de Microbiología y la OMS.

Tomando nota del informe relativo a la introducción por la Secretaría de un sistema de gestión de la información sobre el proceso de solicitud de establecimiento de relaciones oficiales entre organizaciones no gubernamentales y la OMS, el Consejo alentó a las organizaciones no gubernamentales que mantienen relaciones oficiales con la OMS a usar el sistema y mantener sus datos actualizados, al menos con ocasión de su revisión trienal.

(Decimotercera sesión, 23 de enero de 2010)

---

<sup>1</sup> Documento EB126/28.

<sup>2</sup> Véase el anexo 5.

**EB126(6) Adjudicación del Premio de la Fundación Dr. A. T. Shousha**

El Consejo Ejecutivo, visto el informe del Comité de la Fundación Dr. A. T. Shousha, adjudicó el Premio de la Fundación Dr. A. T. Shousha correspondiente a 2010 al Dr. Faissal A. R. M. Shaheen (Arabia Saudita) por su destacada contribución a la salud pública en la Arabia Saudita, en particular el desarrollo de servicios nefrológicos y de trasplante de órganos. El galardonado recibiría una suma en dólares de los Estados Unidos de América equivalente a 2500 francos suizos.

(Decimotercera sesión, 23 de enero de 2010)

**EB126(7) Adjudicación del Premio Sasakawa para la Salud**

El Consejo Ejecutivo, visto el informe del Comité de Selección del Premio Sasakawa para la Salud, adjudicó el Premio Sasakawa para la Salud correspondiente a 2010 a la Dra. Du Xueping (China) por sus destacados e innovadores trabajos en materia de desarrollo sanitario. La galardonada recibiría la suma de US\$ 30 000.

(Decimotercera sesión, 23 de enero de 2010)

**EB126(8) Adjudicación del Premio de la Fundación de los Emiratos Árabes Unidos para la Salud**

El Consejo Ejecutivo, visto el informe del Comité de Selección de la Fundación de los Emiratos Árabes Unidos para la Salud, adjudicó el Premio de la Fundación de los Emiratos Árabes Unidos para la Salud correspondiente a 2010 al Centro Nacional de Diabetes, Endocrinología y Genética (Jordania) y al Programa de Intervención en la Primera Infancia, Administración Regional de Salud del Alentejo (Portugal), por sus destacadas contribuciones al desarrollo sanitario. Los galardonados recibirían cada uno la suma de US\$ 20 000.

(Decimotercera sesión, 23 de enero de 2010)

**EB126(9) Adjudicación del Premio de Salud Pública en Memoria del Dr. LEE Jong-wook**

El Consejo Ejecutivo, visto el informe del Comité de Selección del Premio de Salud Pública en Memoria del Dr. LEE Jong-wook, decidió adjudicar el Premio de Salud Pública en Memoria del Dr. LEE Jong-wook correspondiente a 2010 a Action for AIDS (Singapur), por sus destacadas aportaciones a las investigaciones sobre prevención, tratamiento y control del VIH/sida. El galardonado recibiría la suma de US\$ 85 000.

(Decimotercera sesión, 23 de enero de 2010)

---



## **ANEXOS**



## ANEXO 1

# Defectos congénitos<sup>1</sup>

[EB126/10 - 3 de diciembre de 2009]

1. En su 125.<sup>a</sup> reunión, celebrada en mayo de 2009, el Consejo Ejecutivo examinó un punto del orden del día relativo a los defectos congénitos.<sup>2</sup> El Consejo tomó nota del correspondiente informe,<sup>3</sup> pero pospuso hasta la presente reunión un debate más a fondo sobre el proyecto de resolución presentado por China, la India y la República de Corea. El presente informe es una versión revisada del anterior, en el que se recogen además las observaciones de los miembros del Consejo. En el documento EB126/10 Add.1 se reproduce el primer proyecto de resolución que el Consejo examinó, al que se han agregado las observaciones y propuestas sobre el texto formuladas por los miembros del Consejo.

2. Este informe tiene por objeto servir de base para las deliberaciones sobre los defectos congénitos, aportando elementos de reflexión sobre cuestiones como la definición, epidemiología y carga de morbilidad de estas patologías o las intervenciones de prevención y tratamiento, junto con una serie de indicaciones sobre la forma en que cabría integrar esas intervenciones en los servicios de salud existentes.

### DEFINICIÓN

3. En el Capítulo XVII de la décima revisión de la *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexos* (CIE-10), dedicado a las «Malformaciones congénitas, deformaciones y anomalías cromosómicas», figuran ciertos defectos congénitos. Otros, como los errores innatos del metabolismo o los trastornos hematológicos de origen prenatal, aparecen en otros capítulos. Cabe definir los defectos congénitos como anomalías estructurales o funcionales, incluidos trastornos metabólicos, que están presentes desde el momento mismo del nacimiento. La expresión «trastorno congénito» se considera sinónima, y ambas se utilizan indistintamente.<sup>4</sup> La undécima revisión de la *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexos* brinda la oportunidad de introducir modificaciones en el redactado actual del artículo.

4. Con independencia de la definición, los defectos congénitos pueden provocar abortos espontáneos y muertes prenatales y son una causa importante, aunque hasta ahora subestimada, de mortalidad y discapacidad de lactantes y niños menores de cinco años. Estas patologías pueden ser letales, provocar discapacidades duraderas y tener consecuencias negativas para las personas y familias, los sistemas de atención sanitaria y la sociedad en general.

---

<sup>1</sup> Véase la resolución EB126.R6.

<sup>2</sup> Véase el documento EB125/2009/REC/1, acta resumida de la segunda sesión, sección 1.

<sup>3</sup> Documento EB125/7.

<sup>4</sup> *Management of birth defects and haemoglobin disorders: report of a joint WHO-March of Dimes meeting*, Ginebra (Suiza), mayo de 2006.

## **DEFECTOS CONGÉNITOS Y MORTALIDAD NEONATAL E INFANTIL EN EL MUNDO**

5. Los trastornos congénitos son una patología corriente. La OMS calcula que en 2004 unos 260 000 fallecimientos en el mundo (alrededor de un 7% de todas las muertes de recién nacidos) fueron causados por anomalías congénitas,<sup>1</sup> lo que supone la primera causa de defunción en los contextos que presentan menores índices generales de mortalidad, como la Región de Europa de la OMS, donde hasta un 25% de los casos de muerte neonatal se deben a anomalías congénitas.

6. En la actualidad no existen estimaciones sólidas del número de niños nacidos con un trastorno congénito grave debido a causas genéticas o ambientales. Los más frecuentes de esos trastornos graves son los defectos cardíacos congénitos, los defectos del tubo neural y el síndrome de Down. Las hemoglobinopatías (entre ellas la talasemia y la anemia falciforme) y el déficit de glucosa-6-fosfato deshidrogenasa no entran en la definición de anomalía congénita que figura en la CIE-10, aunque representan un 6% de todos los trastornos congénitos.

7. Subsisten importantes incertidumbres respecto a la incidencia y la mortalidad debidas a trastornos congénitos, sobre todo en países que carecen de un sistema adecuado de registro de defunciones. Comoquiera que sea, las cifras mencionadas ponen de relieve que los esfuerzos por cumplir el cuarto Objetivo de Desarrollo del Milenio, esto es, reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de cinco años son indisociables de la labor destinada a reducir la incidencia y la mortalidad ligadas a anomalías congénitas.

## **CAUSAS FRECUENTES DE DEFECTOS CONGÉNITOS**

8. Los defectos congénitos forman un grupo heterogéneo de trastornos de origen prenatal que pueden obedecer a la presencia de un solo gen defectuoso, a alteraciones cromosómicas, a una combinación de factores hereditarios, a teratógenos presentes en el medio ambiente o a carencias de micronutrientes. En los países de ingresos bajos y medios, infecciones maternas como la sífilis o la rubéola son una causa importante de defectos congénitos. Además, el hecho de que la madre padezca enfermedades como la diabetes mellitus, tenga déficit de yodo o ácido fólico o se vea expuesta a medicamentos, drogas (alcohol y tabaco inclusive), ciertos contaminantes químicos ambientales o elevadas dosis de radiación son otros tantos factores que pueden causar defectos congénitos.

## **PREVENCIÓN**

9. Considerando que los defectos congénitos pueden tener muy diversas causas, es necesario aplicar un amplio repertorio de métodos de prevención. La mayoría de los trastornos congénitos de origen ambiental se pueden prevenir con medidas de salud pública como la prevención de enfermedades de transmisión sexual, la aplicación de leyes sobre la gestión correcta de sustancias químicas tóxicas (como ciertos productos de uso agrícola), la vacunación contra la rubéola o el enriquecimiento de los alimentos básicos con micronutrientes (yodo y ácido fólico). Por otro lado, las medidas de prevención que se apliquen pueden depender de la edad (o fase del ciclo vital) de que se trate (véase el apéndice).

---

<sup>1</sup> *The global burden of disease: 2004 update*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008.

10. La atención pregestacional tiene por objeto asegurar el nivel óptimo de bienestar físico y mental de la mujer y de su compañero justo al inicio y en las primeras etapas de la gestación, favorecer una evolución normal del embarazo y procurar que el niño nazca sano. Además, permite aplicar a tiempo medidas de prevención primaria de los trastornos congénitos de origen teratogénico (lo que incluye los causados por la sífilis congénita y la rubéola), de los defectos debidos a la carencia de yodo, de los defectos del tubo neural (y seguramente otras malformaciones) y de trastornos cromosómicos relacionados con la edad de la madre (como el síndrome de Down). El hecho de advertir a tiempo un riesgo familiar de enfermedad hereditaria, junto con la realización de pruebas de detección a los posibles portadores y con la prestación de asesoramiento genético, permite que las parejas limiten el número de descendientes cuando exista un riesgo cierto.

11. La prevención durante el embarazo pasa por la detección y la gestión de los riesgos. En este terreno hay una serie de intervenciones y servicios que pueden suscitar cuestionamientos éticos, jurídicos y sociales y tener repercusiones económicas, por ejemplo la detección y el diagnóstico prenatales de defectos congénitos, la interrupción selectiva del embarazo o la propia existencia de servicios de asesoramiento. La cuantificación de varios metabolitos en el suero materno es uno de los métodos de detección menos invasivos que se utilizan actualmente. La existencia de niveles anómalos de marcadores bioquímicos viene también asociada a defectos estructurales del feto, como el síndrome de Down, defectos del tubo neural o malformaciones abiertas de la pared abdominal. La tasa de detección de defectos congénitos por métodos bioquímicos en el primer trimestre de gestación es más elevada cuando se acompaña de ultrasonografía por translucencia nucal u otras técnicas de examen ecográfico. En el curso del segundo trimestre, las ecografías son útiles para detectar anomalías estructurales importantes.

## DETECCIÓN, TRATAMIENTO Y ATENCIÓN

12. El examen sistemático de los recién nacidos facilita la detección precoz de trastornos congénitos, así como su tratamiento y la prestación de asistencia. Los programas de detección neonatal (examen físico de todos los recién nacidos y pruebas de detección de hipotiroidismo congénito, fenilcetonuria, anemia falciforme y déficit de glucosa-6-fosfato deshidrogenasa) y la capacitación de los proveedores de atención primaria son sendos elementos de gran utilidad para diagnosticar trastornos congénitos y derivar al lactante a los correspondientes servicios de tratamiento. El examen físico de todos los recién nacidos por parte de personal de atención primaria debidamente formado es un procedimiento factible en la mayoría de los sistemas de salud, que servirá para detectar y derivar numerosos trastornos congénitos, entre ellos defectos cardiovasculares que conllevan un gran riesgo de mortalidad precoz.

13. El tratamiento de los defectos congénitos depende del nivel de asistencia sanitaria que sea posible prestar, y puede ir desde la terapia médica hasta la cirugía, la rehabilitación y la atención paliativa cuando convenga.

14. Hay varios defectos congénitos para los que existen terapias médicas eficaces que pueden salvar la vida de la persona, como una serie de trastornos funcionales comunes en los que interviene un solo gen. Cabe citar, entre otros ejemplos, el tratamiento de la ictericia neonatal por déficit de glucosa-6-fosfato deshidrogenasa, incompatibilidad del Rh, hipotiroidismo congénito, anemia falciforme, talasemia, hemofilia, fibrosis quística y otros errores innatos del metabolismo. También hay otras posibilidades terapéuticas como el tratamiento *in utero* o la cirugía correctiva posnatal. En unos pocos centros seleccionados al efecto se está investigando y evaluando la eficacia de estas técnicas para tratar una serie de patologías (por ejemplo la hernia diafragmática congénita, las lesiones cardíacas congénitas, el mielomeningocele o el síndrome transfundido-transfusor).

15. Aunque no se habla mucho de ella, la cirugía es un componente importante de los servicios necesarios para atender a los niños con defectos congénitos, que en más del 60% de los casos presentan una malformación que afecta a un solo órgano, sistema o miembro. Muchos defectos congénitos son susceptibles de tratamiento quirúrgico, intervención que además de ser rentable puede salvar la vida de la persona y mejorar el pronóstico a largo plazo. Buen ejemplo de ello es la cirugía aplicada a defectos cardíacos congénitos sencillos o a casos de labio leporino, fisura palatina, pie valgo, cataratas congénitas o anomalías gastrointestinales y urogenitales.

16. También se necesitan terapias apropiadas para discapacidades que se manifiestan tras el periodo neonatal, lo que incluye por ejemplo la detección precoz y el rápido tratamiento de minusvalías físicas, mentales, intelectuales o sensoriales. El acceso a servicios de salud y rehabilitación es importante para favorecer la participación e integración de los niños afectados.

17. A condición de contar con la formación adecuada, el personal de asistencia primaria puede ofrecer servicios básicos de atención a los niños con defectos congénitos, detectando estos trastornos, diagnosticando problemas frecuentes y reconociendo las discapacidades que traen consigo. Con ello es más fácil ofrecer un tratamiento médico básico y servicios de asesoramiento en el ámbito de la atención primaria, teniendo en cuenta las circunstancias familiares, el contexto comunitario y los servicios médicos disponibles. Cuando no sea posible efectuar el diagnóstico en los servicios de atención primaria se puede derivar el caso a especialistas.

## CONSECUENCIAS PARA LOS SERVICIOS

18. Los servicios y las intervenciones de prevención y tratamiento de los defectos congénitos deberían estar integrados en los servicios de atención sanitaria existentes, sobre todo en los de salud materno-infantil, combinando la mejor atención posible a los pacientes con una estrategia de prevención que englobe temas como la educación, la atención pregestacional, las pruebas sistemáticas de detección en la población, el asesoramiento genético y la prestación de servicios de diagnóstico. Como parte de esta estrategia, los servicios de prevención y tratamiento de los defectos congénitos deben inscribirse en una cadena de intervenciones de salud materno-infantil sin solución de continuidad. Dependiendo de la capacidad de los países, la atención dispensada debería ir más allá de la asistencia primaria para abarcar servicios de obstetricia, pediatría, cirugía, laboratorio, radiología y, de ser posible, genética clínica en instalaciones de atención secundaria y terciaria.

19. La eficacia de los servicios de atención y tratamiento de los defectos congénitos depende de la existencia de un conjunto de servicios clínicos y de diagnóstico especializados en un sistema de atención primaria que esté en condiciones de utilizarlos. Se necesita un núcleo de especialistas en genética médica, cirugía pediátrica, imagenología y medicina fetal que llegado el momento se pueda ampliar para responder a determinadas necesidades. Hay que complementar las clásicas prestaciones de los laboratorios (hematología, microbiología y bioquímica) con servicios de diagnóstico citogenético y por el ADN. A veces puede ser necesario un proceso gradual para introducir todas esas prestaciones. Con el tiempo, las nuevas tecnologías resultarán útiles para prestar servicios de manera más eficaz y rentable.

20. Puesto que no hay dos países iguales en cuanto a patologías prioritarias, estructuras sociales, convenciones culturales y capacidad para prestar atención de salud, cada país debe poder barajar todo un abanico de posibles servicios y estimar sus costos y su eficacia relativa para seleccionar algunos de ellos y decidir en qué orden los implanta. Sin embargo, todavía no existen pautas estructuradas al respecto. La Secretaría de la OMS puede desempeñar una importante función seleccionando modelos

que funcionen y proporcionando información coherente sobre genética comunitaria que sea inteligible para los responsables de formular políticas de salud pública.

## POSIBLES ACTUACIONES

21. Hay varias medidas de carácter nacional que pueden contribuir a la mejora de los servicios de prevención y tratamiento de los defectos congénitos. La prevención exige integrar ciertos planteamientos básicos de salud pública en los sistemas de salud, especialmente en los servicios de salud materno-infantil. Buena parte de los servicios e intervenciones que se proponen ya están al alcance de países de ingresos bajos y medios, mientras que en otros casos se pueden ir incorporando en función de las necesidades que se presenten y de los recursos disponibles.

22. Todo programa nacional de prevención y tratamiento de los defectos congénitos debe incorporar los siguientes elementos básicos:

- a) Compromiso por parte de los planificadores de políticas y suficiente respaldo de gestión.
- b) Una red básica formada por los pertinentes servicios clínicos y de laboratorio especializados, que cabe ampliar en función de la demanda.
- c) Integración de los métodos de prevención y tratamiento de los defectos congénitos en la atención primaria de salud, sobre todo en los servicios de salud materno-infantil.
- d) Formación y capacitación de los proveedores de atención de salud, sobre todo en la atención primaria.
- e) Organización de programas de formación sanitaria dirigidos al gran público y a los grupos de riesgo que se conozcan.
- f) Creación de mecanismos eficaces para promover el desarrollo de organizaciones de apoyo a los pacientes/padres y colaboración con éstas para atender a las personas con defectos congénitos y a sus familiares.
- g) Definición de las cuestiones de carácter ético, jurídico, religioso y cultural pertinentes para concebir servicios adaptados a la población local.
- h) Inicio y seguimiento de programas de detección sistemática en la población, con intervenciones como la realización de pruebas neonatales, prematrimoniales, pregestacionales y en el curso del embarazo.
- i) Establecimiento de sistemas adecuados de vigilancia de los defectos congénitos.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Para ello cabe obtener apoyo trabajando con los sistemas de vigilancia de los defectos congénitos ya existentes, como la Organización Internacional de Vigilancia e Investigación de los Defectos de Nacimiento, que engloba al ECLAMC (Estudios Colaborativos Latinoamericanos de Malformaciones Congénitas), la base de datos de anomalías craneofaciales, respaldada por la OMS, y EUROCAT (red europea de registros de vigilancia epidemiológica de anomalías congénitas).

23. Se necesitan pautas técnicas para establecer o reforzar programas nacionales de control de los defectos congénitos. Para la comunidad internacional resultan prioritarias las siguientes actuaciones:

- a)* Resolver la actual disparidad de opiniones respecto de la carga sanitaria que representan los defectos congénitos de origen tanto ambiental como constitucional, partiendo de la revisión de la CIE-10 para aprovechar los análisis de la información disponible por parte de expertos y para considerar la eventual ampliación de los conjuntos de patologías actualmente incluidas en la clasificación de anomalías congénitas.
- b)* Promover medidas legislativas y actuaciones de salud pública para reducir al mínimo la exposición de la población, y especialmente de las mujeres embarazadas, a infecciones que puedan ser teratogénicas, sustancias químicas y otros factores ambientales de riesgo.
- c)* Definir servicios comunitarios eficaces y secundar la integración de las actividades de prevención y tratamiento de los defectos congénitos en los programas de salud materno-infantil. Ayudar a proporcionar a los ministerios de salud una evaluación estructurada de necesidades y costos y prestarles apoyo para que definan sus prioridades.
- d)* Seleccionar modelos eficaces que se puedan aplicar en países de ingresos bajos y medios.
- e)* Facilitar y apoyar la creación de redes internacionales sobre programas de prevención y tratamiento de los defectos congénitos, poniendo el acento en la concepción de planteamientos comunes y perfeccionando los instrumentos de información, educación, análisis de costos y vigilancia, entre otras cosas. Promover la aplicación de métodos informáticos, habida cuenta de las posibilidades que ofrecen para mejorar la relación costo-eficacia.

## **INTERVENCIÓN DEL CONSEJO EJECUTIVO**

24. [En el presente párrafo se invitaba al Consejo Ejecutivo a considerar un proyecto de resolución, cuyo texto fue adoptado en la séptima sesión en la resolución EB126.R6.]



## APÉNDICE

**Intervenciones de prevención o tratamiento de los defectos congénitos**

<b>Atención pregestacional</b>	<b>Atención durante el embarazo</b>	<b>Atención al recién nacido y el niño</b>
<p><b>Planificación familiar</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Explicar a las mujeres el concepto de «elección en materia de reproducción»</li> <li>• Reducir el número total de niños que nacen con un defecto congénito</li> <li>• Reducir la proporción de mujeres que gestan a una edad avanzada, y con ello la prevalencia de niños nacidos con trisomías autosómicas, en particular el síndrome de Down</li> <li>• Ofrecer a las madres de niños afectados la posibilidad de no tener más hijos</li> </ul> <p><b>Detección y asesoramiento pregestacionales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilizar el historial familiar obrante en los servicios de atención primaria para detectar a las personas con riesgo de tener niños afectados</li> <li>• Realizar sistemáticamente pruebas de detección de portadores de trastornos recesivos frecuentes (talasemia y anemia falciforme)</li> </ul> <p><b>Optimizar la alimentación de las mujeres antes y en el curso del embarazo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover el consumo de sal yodada para prevenir los trastornos por carencia de yodo</li> <li>• Promover el consumo de alimentos básicos enriquecidos con ácido fólico y de complementos multivitamínicos con ácido fólico para prevenir defectos del tubo neural y otras malformaciones</li> <li>• Evitar el consumo de alcohol, tabaco y cocaína</li> <li>• Velar por una alimentación general adecuada (proteínas, calorías, hierro)</li> </ul> <p><b>Prevenir y tratar las infecciones inducidas por teratógenos antes y en el curso del embarazo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sífilis</li> <li>• Rubéola (67 países carecen de programas nacionales de inmunización contra la rubéola)</li> </ul> <p><b>Optimizar los servicios de atención y tratamiento pregestacionales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• para diabéticas insulino dependientes</li> <li>• para mujeres sometidas a tratamiento contra la epilepsia</li> <li>• para mujeres sometidas a tratamiento con warfarina</li> </ul>	<p><b>Pruebas sistemáticas de detección prenatal de:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Factor Rh</li> <li>• Sífilis</li> <li>• Personas con riesgo de tener niños con defectos congénitos, atendiendo al historial familiar,</li> <li>• Síndrome de Down: edad materna avanzada; análisis del suero materno; ecografía temprana</li> <li>• Defectos del tubo neural, mediante análisis del suero materno</li> <li>• Malformaciones importantes, por detección ecográfica de anomalías fetales (a partir de las 18 semanas de gestación)</li> <li>• Portadores de trastornos recesivos frecuentes (talasemia y anemia falciforme)</li> </ul> <p><b>Diagnóstico prenatal</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ecografía</li> <li>• Amniocentesis</li> <li>• Biopsia corial</li> </ul> <p><b>Terapia fetal</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Para la sífilis</li> <li>• Transfusión intrauterina en caso de anemia fetal por negatividad del Rh</li> </ul>	<p><b>Examen del recién nacido</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen por personal cualificado de todos los recién nacidos para detectar defectos congénitos</li> </ul> <p><b>Pruebas sistemáticas de detección neonatal de:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipotiroidismo congénito</li> <li>• Fenilcetonuria</li> <li>• Fibrosis quística</li> <li>• Otras patologías, en función de las necesidades y circunstancias de cada país</li> </ul> <p><b>Tratamiento médico</b></p> <p>Ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ictericia neonatal por déficit de glucosa-6-fosfato deshidrogenasa o incompatibilidad de Rh</li> <li>• Atención y tratamiento a niños con trastornos hematológicos como anemia falciforme, talasemia, etc.</li> <li>• Tratamiento de ciertos errores innatos del metabolismo</li> <li>• Tratamiento de niños con fibrosis quística</li> </ul> <p><b>Cirugía</b></p> <p>Por ejemplo, para corregir:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• defectos cardíacos congénitos sencillos</li> <li>• labio leporino y fisura palatina</li> <li>• pie valgo</li> <li>• cataratas congénitas</li> </ul> <p><b>Rehabilitación y atención paliativa</b></p> <p>Según proceda</p>

## ANEXO 2

# Texto de los artículos modificados del Reglamento Interior del Consejo Ejecutivo<sup>1</sup>

[EB126/26, anexo - 10 de diciembre de 2009]

### DIRECCIÓN DE LOS DEBATES

#### *Artículo 30 bis*

El Presidente dará el derecho de réplica a cualquier miembro que lo solicite. En el ejercicio de ese derecho, los miembros tratarán de limitar todo lo posible la duración de sus intervenciones y, de preferencia, procurarán hacerlas al final de la sesión en que hayan pedido ejercer el citado derecho.

.....

### VOTACIONES

#### *Artículo 47 bis*

Después de una votación, los miembros podrán hacer breves declaraciones dedicadas exclusivamente a explicar sus votos. Los que presenten propuestas no harán uso de la palabra para explicar su voto sobre las propuestas que hayan presentado, a menos que éstas hayan sido objeto de enmiendas.

.....

#### *Artículo 51 bis*

Todos los miembros que no se abstengan de participar en una elección deberán votar por un número de candidatos igual al de puestos por proveer. Todas las papeletas en las que figure un número de nombres mayor o menor que el de puestos por proveer serán nulas.

#### *Artículo 51 ter*

Si por empate entre dos o más candidatos fuera imposible proveer uno o varios puestos electivos, la elección quedará limitada a los candidatos empatados y la votación se repetirá todas las veces que sea necesario hasta que el puesto o los puestos vacantes estén cubiertos.

---

<sup>1</sup> Véase la resolución EB126.R8.

## ANEXO 3

# Confirmación de las modificaciones del Reglamento de Personal<sup>1</sup>

[EB126/39 - 26 de noviembre de 2009]

1. De conformidad con lo dispuesto en el párrafo 12.2 del Estatuto del Personal, se someten a la aprobación del Consejo Ejecutivo las modificaciones introducidas por la Directora General en el Reglamento de Personal.<sup>2</sup>
2. Las modificaciones descritas en el presente documento reflejan las decisiones que previsiblemente adoptará la Asamblea General de las Naciones Unidas en su sexagésimo cuarto periodo de sesiones, atendiendo a las recomendaciones formuladas por la Comisión de Administración Pública Internacional en su informe anual correspondiente a 2009.<sup>3</sup> Si la Asamblea General de las Naciones Unidas no aprobara las recomendaciones de la Comisión, se publicaría un addendum al presente documento.
3. Las consecuencias financieras que entrañarán estas modificaciones en el bienio 2009-2010 consisten en aumentos insignificantes de los costos con cargo al presupuesto ordinario, que se sufragarán con las asignaciones apropiadas establecidas para cada una de las regiones de la OMS y para las actividades mundiales e interregionales, y con fondos extrapresupuestarios.
4. En el apéndice se presentan las modificaciones introducidas en el Reglamento de Personal.<sup>4</sup>

### **MODIFICACIONES CONSIDERADAS NECESARIAS A LA LUZ DE LAS DECISIONES QUE PREVISIBILMENTE ADOPTARÁ LA ASAMBLEA GENERAL DE LAS NACIONES UNIDAS EN SU SEXAGÉSIMO CUARTO PERIODO DE SESIONES ATENDIENDO A LAS RECOMENDACIONES DE LA COMISIÓN DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA INTERNACIONAL**

#### **Remuneración del personal de las categorías profesional y superior**

5. La Comisión recomendó a la Asamblea General de las Naciones Unidas que, con efecto a partir del 1 de enero de 2010, se incrementara en un 3,04% la actual escala de sueldos básicos/mínimos aplicable a los funcionarios del cuadro orgánico y categorías superiores, ajuste resultante de la aplicación del método habitual de consolidación, que consiste en aumentar el sueldo básico y reducir proporci-

---

<sup>1</sup> Véanse las resoluciones EB126.R9 y EB126.R10.

<sup>2</sup> *Documentos básicos*, 47.ª ed., Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2009.

<sup>3</sup> Informe de la Comisión de Administración Pública Internacional correspondiente a 2009. *Documentos Oficiales de la Asamblea General, sexagésimo cuarto periodo de sesiones, Suplemento n.º 30* (documentos A/64/30, A/64/30 Corr.1 (sólo en francés) y A/64/30 Corr.2).

<sup>4</sup> Disponible en francés e inglés únicamente.

nalmente los puntos del multiplicador del ajuste por lugar de destino (conforme al principio de no generar «ni pérdidas ni ganancias»).

6. Se han preparado las correspondientes modificaciones del apéndice 1 del Reglamento de Personal, que se reproducen en el apéndice del presente documento.

### **Sueldos de los titulares de puestos sin clasificar y del Director General**

7. A reserva de la decisión que adopte la Asamblea General de las Naciones Unidas respecto a la recomendación mencionada en el párrafo 5 *supra*, la Directora General propone, de acuerdo con lo dispuesto en el párrafo 3.1 del Estatuto del Personal, que el Consejo Ejecutivo recomiende a la 63.ª Asamblea Mundial de la Salud la modificación de los sueldos correspondientes a los cargos de Subdirector General y Director Regional. Con ello, a partir del 1 de enero de 2010, el sueldo bruto anual de los Subdirectores Generales y los Directores Regionales pasaría a ser de US\$ 183 022, lo que supone un sueldo neto anual de US\$ 131 964 (con familiares a cargo) o de US\$ 119 499 (sin familiares a cargo).

8. Habida cuenta de los ajustes salariales indicados en el párrafo anterior, a partir del 1 de enero de 2010 el sueldo bruto anual correspondiente al cargo de Director General Adjunto pasaría a ser, previa autorización de la Asamblea de la Salud, de US\$ 201 351, lo que supone un sueldo neto anual de US\$ 143 878 (con familiares a cargo) o de US\$ 129 483 (sin familiares a cargo).

9. Los ajustes salariales arriba descritos entrañarían una modificación análoga del sueldo correspondiente al cargo de Director General, que a partir del 1 de enero de 2010, previa autorización de la Asamblea de la Salud, pasaría a ser de US\$ 247 523, lo que supone un sueldo neto anual de US\$ 173 890 (con familiares a cargo) o de US\$ 154 641 (sin familiares a cargo).

### **INTERVENCIÓN DEL CONSEJO EJECUTIVO**

10. [En el presente párrafo figuraban dos proyectos de resolución, cuyos textos fueron adoptados en la novena sesión en las resoluciones EB126.R9 y EB126.R10, respectivamente.]

## APPENDICE

## Appendice 1 au Règlement du Personnel

Barème des traitements du personnel des catégories professionnelle et de rang supérieur : traitements de base bruts annuels et équivalents nets après déduction des contributions du personnel (en dollars des États-Unis d'Amérique)<sup>1</sup> (avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2010)

## Échelons

Classe	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII	XIV	XV
D-2	Brut	149 903	153 214	156 529	159 846	163 160	166 475								
	Net F	110 434	112 589	114 744	116 900	119 054	121 209								
	Net C	101 454	103 273	105 085	106 891	108 693	110 485								
P-6/D-1	Brut	137 021	139 804	142 581	145 365	148 149	150 972	153 885	156 794	159 703					
	Net F	101 674	103 567	105 455	107 348	109 241	111 132	113 025	114 916	116 807					
	Net C	93 979	95 623	97 264	98 900	100 534	102 164	103 787	105 410	107 028					
P-5	Brut	113 404	115 771	118 140	120 504	122 874	125 238	127 607	129 974	132 341	134 707	137 075	139 441	141 810	
	Net F	85 615	87 224	88 835	90 443	92 054	93 662	95 273	96 882	98 492	100 101	101 711	103 320	104 931	
	Net C	79 537	80 967	82 393	83 818	85 241	86 659	88 077	89 491	90 904	92 314	93 721	95 124	96 528	
P-4	Brut	92 907	95 064	97 221	99 378	101 626	103 909	106 196	108 478	110 763	113 044	115 331	117 612	119 897	122 182
	Net F	71 393	72 946	74 499	76 052	77 606	79 158	80 713	82 265	83 819	85 370	86 925	88 476	90 030	91 584
	Net C	66 482	67 897	69 311	70 720	72 130	73 539	74 946	76 351	77 754	79 157	80 558	81 958	83 357	84 755
P-3	Brut	75 972	77 968	79 967	81 961	83 960	85 956	87 951	89 951	91 947	93 943	95 943	97 936	99 936	101 936
	Net F	59 200	60 637	62 076	63 512	64 951	66 388	67 825	69 265	70 702	72 139	73 579	75 014	76 454	77 890
	Net C	55 259	56 581	57 906	59 227	60 551	61 871	63 192	64 517	65 837	67 159	68 477	69 796	71 112	72 431
P-2	Brut	61 919	63 707	65 492	67 279	69 065	70 850	72 638	74 419	76 208	77 996	79 779	81 568		
	Net F	49 082	50 369	51 654	52 941	54 227	55 512	56 799	58 082	59 370	60 657	61 941	63 229		
	Net C	46 037	47 205	48 368	49 534	50 698	51 864	53 049	54 230	55 417	56 600	57 781	58 967		
P-1	Brut	47 968	49 496	51 146	52 867	54 579	56 296	58 014	59 732	61 444	63 161				
	Net F	38 854	40 092	41 325	42 564	43 797	45 033	46 270	47 507	48 740	49 976				
	Net C	36 651	37 790	38 927	40 068	41 207	42 344	43 484	44 609	45 728	46 848				

<sup>1</sup> F (famille) = taux applicable au fonctionnaire ayant un conjoint ou un enfant à charge ; C (célibataire) = taux applicable au fonctionnaire sans conjoint ni enfant à charge.

\* La période normale donnant droit à une augmentation d'un échelon à l'intérieur de la classe est d'un an, sauf pour les échelons marqués d'un astérisque, pour lesquels il faut avoir exercé deux ans à l'échelon précédent (article 550.2 du Règlement du Personnel).

## APPENDIX

## Appendix 1 to the Staff Rules

Salary scale for staff in the professional and higher graded categories: annual gross base salaries and net equivalents after application of staff assessment (in US dollars)<sup>1</sup> (effective 1 January 2010)

Level	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII	XIV	XV
		*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
D-2 Gross	149 903	153 214	156 529	159 846	163 160	166 475									
Net D	110 434	112 589	114 744	116 900	119 054	121 209									
Net S	101 454	103 273	105 085	106 891	108 693	110 485									
		*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
P-6/D-1 Gross	137 021	139 804	142 581	145 365	148 149	150 972	153 885	156 794	159 703						
Net D	101 674	103 567	105 455	107 348	109 241	111 132	113 025	114 916	116 807						
Net S	93 979	95 623	97 264	98 900	100 534	102 164	103 787	105 410	107 028						
		*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
P-5 Gross	113 404	115 771	118 140	120 504	122 874	125 238	127 607	129 974	132 341	134 707	137 075	139 441	141 810		
Net D	85 615	87 224	88 835	90 443	92 054	93 662	95 273	96 882	98 492	100 101	101 711	103 320	104 931		
Net S	79 537	80 967	82 393	83 818	85 241	86 659	88 077	89 491	90 904	92 314	93 721	95 124	96 528		
		*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
P-4 Gross	92 907	95 064	97 221	99 378	101 626	103 909	106 196	108 478	110 763	113 044	115 331	117 612	119 897	122 182	124 468
Net D	71 393	72 946	74 499	76 052	77 606	79 158	80 713	82 265	83 819	85 370	86 925	88 476	90 030	91 584	93 138
Net S	66 482	67 897	69 311	70 720	72 130	73 539	74 946	76 351	77 754	79 157	80 558	81 958	83 357	84 755	86 151
		*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
P-3 Gross	75 972	77 968	79 967	81 961	83 960	85 956	87 951	89 951	91 947	93 943	95 943	97 936	99 936	102 044	104 157
Net D	59 200	60 637	62 076	63 512	64 951	66 388	67 825	69 265	70 702	72 139	73 579	75 014	76 454	77 890	79 327
Net S	55 259	56 581	57 906	59 227	60 551	61 871	63 192	64 517	65 837	67 159	68 477	69 796	71 112	72 431	73 749
		*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
P-2 Gross	61 919	63 707	65 492	67 279	69 065	70 850	72 638	74 419	76 208	77 996	79 779	81 568			
Net D	49 082	50 369	51 654	52 941	54 227	55 512	56 799	58 082	59 370	60 657	61 941	63 229			
Net S	46 037	47 205	48 368	49 534	50 698	51 864	53 049	54 230	55 417	56 600	57 781	58 967			
		*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
P-1 Gross	47 968	49 496	51 146	52 867	54 579	56 296	58 014	59 732	61 444	63 161					
Net D	38 854	40 092	41 325	42 564	43 797	45 033	46 270	47 507	48 740	49 976					
Net S	36 651	37 790	38 927	40 068	41 207	42 344	43 484	44 609	45 728	46 848					

D = Rate applicable to staff members with a dependent spouse or child; S = Rate applicable to staff members with no dependent spouse or child.

\* = The normal qualifying period for a within-grade increase between consecutive steps is one year, except at those steps marked with an asterisk, for which a two-year period at the preceding step is required (Staff Rule 550.2).

## ANEXO 4

# Proyecto de estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol<sup>1</sup>

[EB126/13, anexo 1 - 3 de diciembre de 2009]

### Panorama general

1. El uso nocivo del alcohol<sup>2</sup> tiene graves repercusiones en la salud pública y es considerado uno de los principales factores de riesgo de la mala salud a nivel mundial. En el marco de este proyecto de estrategia, el concepto de uso nocivo del alcohol<sup>3</sup> es una noción amplia que abarca el consumo de alcohol que provoca efectos sanitarios y sociales perjudiciales para el bebedor, para quienes lo rodean y para la sociedad en general, así como las pautas de consumo de alcohol asociadas a un mayor riesgo de resultados sanitarios perjudiciales. El uso nocivo del alcohol compromete tanto el desarrollo individual como el social, y puede arruinar la vida del bebedor, devastar a su familia y desgarrar la urdimbre de la comunidad.

2. El uso nocivo del alcohol contribuye de forma importante a la carga mundial de morbilidad, y ocupa el tercer lugar entre los principales factores de riesgo de muerte prematura y discapacidad a nivel mundial.<sup>4</sup> Se estima que en 2004 murieron en todo el mundo unos 2,5 millones de personas, incluidos 320 000 jóvenes de 15 a 29 años, por causas relacionadas con el alcohol. El uso nocivo del alcohol fue el responsable del 3,8% de la mortalidad mundial ese año, así como del 4,5% de la carga mundial de morbilidad expresada como pérdida de años de vida ajustados en función de la discapacidad, aun teniendo en cuenta el pequeño efecto protector del consumo bajo de alcohol, especialmente contra la cardiopatía coronaria, en algunas personas de más de 40 años.

3. El consumo nocivo de alcohol es uno de los principales factores de riesgo evitables de los trastornos neuropsiquiátricos y otras enfermedades no transmisibles, como las cardiovasculares, la cirrosis hepática y diversos cánceres. Para algunas enfermedades no hay indicios de un efecto de umbral en la relación entre el riesgo y el nivel de consumo de alcohol. El uso nocivo del alcohol también está relacionado con varias enfermedades infecciosas, como el VIH/sida, la tuberculosis y la neumonía. Una proporción importante de la carga de morbilidad atribuible al consumo nocivo de alcohol consiste en traumatismos intencionales o no intencionales, en particular los debidos a accidentes de tránsito, vio-

---

<sup>1</sup> Revisada sobre la base de las observaciones formuladas por el Consejo Ejecutivo en su 126.ª reunión (véase el documento EB126/2010/REC/2, acta resumida de la undécima sesión). Véase la resolución EB126.R11.

<sup>2</sup> Una bebida alcohólica es un líquido que contiene etanol (alcohol etílico, comúnmente denominado «alcohol») y está destinado a ser bebido. En la mayoría de los países que cuentan con una definición legal de «bebida alcohólica», el umbral relativo al contenido de etanol por volumen de una bebida está fijado en  $\geq 0,5\%$  o  $1,0\%$ . Las bebidas alcohólicas predominantes son la cerveza, el vino y los licores.

<sup>3</sup> En esta estrategia el término «nocivo» se refiere sólo a los efectos del consumo de alcohol en la salud pública, sin perjuicio alguno de las creencias religiosas y las normas culturales.

<sup>4</sup> Véase el documento A60/14 Add.1, donde se hace una evaluación global de los problemas de salud pública causados por el uso nocivo del alcohol, y *Global Health Risks: Mortality and burden of disease attributable to selected major risk factors*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2009.

lencia y suicidios. Las lesiones mortales atribuibles al consumo de alcohol suelen afectar a personas relativamente jóvenes.

4. El grado de riesgo por el uso nocivo del alcohol varía en función de la edad, el sexo y otras características biológicas del consumidor, así como de la situación y el contexto en que se bebe. Algunos grupos y personas vulnerables o en situación de riesgo presentan una mayor sensibilidad a las propiedades tóxicas, psicoactivas y adictivas del etanol. Al mismo tiempo, las pautas de consumo de alcohol que entrañan poco riesgo a nivel individual pueden no estar asociadas con la aparición de efectos sanitarios y sociales negativos ni con un aumento significativo de las probabilidades de que éstos ocurran.

5. Los formuladores de políticas tienen a su alcance una importante base de conocimientos científicos sobre la eficacia y la costoeficacia de las estrategias y las intervenciones de prevención y reducción de los daños relacionados con el alcohol.<sup>1</sup> Aunque gran parte de la evidencia procede de países de ingresos altos, los resultados de metaanálisis y exámenes de los datos disponibles<sup>2</sup> aportan suficientes conocimientos para fundamentar las recomendaciones de política en lo que se refiere a la eficacia y la costoeficacia comparativas de algunas medidas de política. Si la concienciación es mayor, también es mayor la respuesta a nivel nacional, regional y mundial. No obstante, esas respuestas de política suelen ser fragmentarias y no siempre se corresponden con la magnitud del impacto en la salud y el desarrollo social.

## Retos y oportunidades

6. El presente compromiso de reducir el uso nocivo del alcohol ofrece una excelente oportunidad para mejorar la salud y el bienestar social y aliviar la actual carga de morbilidad atribuible al alcohol. Sin embargo, existen grandes desafíos que se han de tener en cuenta en las iniciativas o programas mundiales o nacionales; se trata de:

*a)* **Reforzar la acción mundial y la cooperación internacional.** Las actuales tendencias sanitarias, culturales y comerciales pertinentes a nivel mundial indican que el uso nocivo del alcohol seguirá siendo un problema de salud en el mundo entero. Es necesario reconocer esas tendencias y aportar respuestas apropiadas a todos los niveles. A este respecto, hace falta orientación global y una mayor colaboración internacional para respaldar y complementar las iniciativas regionales y nacionales.

*b)* **Posibilitar la acción intersectorial.** La diversidad de los problemas asociados con el alcohol y de las medidas necesarias para reducir los daños relacionados con él apuntan a la necesidad de una acción integral en muchos sectores. Las políticas destinadas a reducir el uso nocivo del alcohol deben trascender el sector de la salud y hacer participar oportunamente a sectores como los del desarrollo, el transporte, la justicia, el bienestar social, la política fiscal, el comercio, la agricultura, la política sobre consumo, la educación y el empleo, así como a actores económicos y de la sociedad civil.

---

<sup>1</sup> Véase el documento A60/14, en el que se presentan estrategias e intervenciones basadas en la evidencia para reducir los daños relacionados con el alcohol.

<sup>2</sup> Véase, por ejemplo: OMS, Serie de Informes Técnicos, n.º 944, 2007 y *Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm*. Copenhague, Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud, 2009.



c) **Prestar la atención necesaria.** Las instancias decisorias a menudo conceden poca prioridad a la prevención y la reducción del uso nocivo del alcohol, pese a la contundente evidencia disponible acerca de sus graves efectos en la salud pública. Además, existe una clara discrepancia entre la creciente disponibilidad y asequibilidad de las bebidas alcohólicas en muchos países en desarrollo y de ingresos bajos y medios y la capacidad de esos países para hacer frente a la carga de salud pública adicional que provoca dicha tendencia. De no conceder a este problema la atención que merece, no se detendrá la propagación de prácticas y normas de uso nocivo del alcohol.

d) **Equilibrar los distintos intereses.** La producción, la distribución, el marketing y la venta de alcohol crean empleo y reportan unos ingresos considerables a los operadores económicos, así como ingresos fiscales a distintos niveles. En ocasiones se considera que las medidas de salud pública orientadas a reducir el uso nocivo del alcohol chocan con otros objetivos, como la libertad de mercado y la posibilidad de elección de los consumidores, y que afectan a los intereses económicos y reducen los ingresos públicos. Los formuladores de políticas se hallan ante el reto de conceder una prioridad adecuada a la promoción y protección de la salud de la población, teniendo presentes al mismo tiempo otros objetivos, intereses y obligaciones, entre ellas las obligaciones jurídicas internacionales. Cabe señalar a este respecto que los acuerdos comerciales internacionales suelen reconocer el derecho de los países a adoptar medidas que protejan la salud humana, siempre que esas medidas no se apliquen de manera que constituyan un medio de discriminación injustificable o arbitraria o restricciones encubiertas del comercio. En este sentido, las iniciativas nacionales, regionales e internacionales deberían tener en cuenta las repercusiones del uso nocivo del alcohol.

e) **Centrarse en la equidad.** Las tasas de consumo de bebidas alcohólicas a nivel poblacional son mucho menores en las sociedades pobres que en las ricas. Sin embargo, para un mismo consumo, las poblaciones más pobres pueden sufrir daños desproporcionadamente más graves atribuibles al alcohol. Urge formular y aplicar políticas y programas eficaces que reduzcan esas disparidades sociales, tanto dentro de los países como entre ellos. También hacen falta políticas eficaces para generar y difundir nuevos conocimientos sobre la compleja interacción entre el consumo nocivo de alcohol y las inequidades sociales y sanitarias, sobre todo entre las poblaciones indígenas y los grupos minoritarios o marginados y en los países en desarrollo.

f) **Tener en cuenta el «contexto» al recomendar medidas.** Gran parte de los datos publicados sobre la eficacia de las intervenciones de política relacionadas con el alcohol corresponden a países de ingresos altos, y se ha manifestado preocupación por el hecho de que la eficacia de esas intervenciones dependa del contexto y de que éstas puedan no ser reproducibles en otros entornos. Sin embargo, muchas intervenciones destinadas a reducir el uso nocivo del alcohol se han llevado a cabo en una amplia variedad de culturas y entornos, y sus resultados suelen ser coherentes y acordes con las teorías en que se sustentan y la base evidencial reunida en áreas similares de la salud pública. Los responsables del desarrollo y la aplicación de las políticas deben aspirar fundamentalmente a idear intervenciones eficaces adaptadas a los contextos locales y a desarrollar mecanismos idóneos de seguimiento y evaluación que proporcionen retroinformación para fundamentar las medidas ulteriores.

g) **Mejorar la información.** Los Estados Miembros, la Secretaría de la OMS, y otros interesados directos han desarrollado sistemas para reunir, analizar y difundir datos sobre el consumo de alcohol, los daños relacionados con el alcohol y las respuestas de política correspondientes. Sigue habiendo grandes lagunas de conocimientos, y es importante hacer más hincapié en la producción y difusión de información y conocimientos para seguir avanzando en este ámbito, especialmente en los países en desarrollo y los países de ingresos bajos y medios. El Sistema Mundial de Información sobre el Alcohol y la Salud, de la OMS, y los sistemas integrados de

información regional ofrecen un medio para hacer un mejor seguimiento de los progresos logrados en la reducción del uso nocivo del alcohol a nivel mundial y regional.

### **Fines y objetivos**

7. Los esfuerzos desplegados a nivel nacional y local pueden ser más fructíferos si se ven respaldados por iniciativas regionales y mundiales en el contexto de marcos normativos previamente acordados. Así pues, la finalidad de la estrategia mundial es apoyar y complementar las políticas de salud pública de los Estados Miembros.

8. La visión que anima a la estrategia mundial es la mejora de los resultados sanitarios y sociales de los individuos, las familias y las comunidades, reflejada en particular en una reducción considerable de la morbilidad y la mortalidad atribuibles al uso nocivo del alcohol y de sus consecuencias sociales. Se prevé que la estrategia mundial promoverá y respaldará las iniciativas locales, regionales y mundiales destinadas a prevenir y reducir el uso nocivo del alcohol.

9. La estrategia mundial tiene por objeto ofrecer orientación para actuar a todos los niveles; determinar esferas prioritarias para una acción mundial, y recomendar una serie de opciones de política y medidas que podrían estudiarse para su posible aplicación, adaptándolas según proceda, a nivel nacional, teniendo en cuenta las circunstancias de los países, como el contexto religioso y cultural, las prioridades de salud pública y los recursos y capacidades.

10. La estrategia tiene cinco objetivos:

*a)* aumentar la concienciación mundial respecto de la magnitud y la naturaleza de los problemas sanitarios, sociales y económicos causados por el uso nocivo del alcohol, y reforzar el compromiso de los gobiernos para adoptar medidas que contrarresten el uso nocivo del alcohol;

*b)* consolidar el acervo de conocimientos sobre la magnitud y los determinantes de los daños relacionados con el alcohol y sobre las intervenciones que reducen y previenen eficazmente esos daños;

*c)* incrementar el apoyo técnico prestado a los Estados Miembros y reforzar su capacidad para prevenir el uso nocivo del alcohol y gestionar los trastornos por consumo de alcohol y los problemas de salud asociados;

*d)* fortalecer las alianzas e intensificar la coordinación entre los interesados, y aumentar la movilización de los recursos necesarios para adoptar medidas adecuadas y concertadas de prevención del uso nocivo del alcohol;

*e)* mejorar los sistemas de seguimiento y vigilancia a distintos niveles, y la difusión y aplicación más eficaz de la información para fines de promoción, desarrollo de políticas y evaluación.

11. El uso nocivo del alcohol y los problemas de salud pública que conlleva están determinados por el nivel general de consumo de alcohol entre la población, las pautas de consumo y los contextos locales. Para alcanzar los cinco objetivos señalados será necesario adoptar medidas de ámbito mundial, regional y nacional con respecto a los niveles, las pautas y los contextos del consumo de alcohol y otros determinantes sociales más amplios de la salud. Se debe hacer especial hincapié en reducir los daños sufridos por las personas del entorno del bebedor y por las poblaciones expuestas a un mayor riesgo en caso de uso nocivo del alcohol, como niños, adolescentes, mujeres en edad fecunda, mujeres gestantes y lactantes, poblaciones indígenas y otros grupos minoritarios o con un estatus socioeconómico bajo.

## Principios rectores

12. La protección de la salud de la población mediante la prevención y la reducción del uso nocivo del alcohol constituye una prioridad de salud pública. Los principios expuestos a continuación, que guiarán la formulación y aplicación de políticas a todos los niveles, reflejan la gran diversidad de factores determinantes de los daños relacionados con el alcohol y las medidas multisectoriales concertadas necesarias para ejecutar intervenciones eficaces.

- a)* La formulación de las políticas públicas y las intervenciones destinadas a prevenir y reducir los daños relacionados con el alcohol debe guiarse por los intereses de salud pública y basarse en objetivos de salud pública claramente definidos y en la mejor evidencia disponible.
- b)* Las políticas deben ser equitativas y tener presentes los contextos nacionales, religiosos y culturales.
- c)* Todas las partes interesadas tienen la responsabilidad de actuar de manera que no se socave la aplicación de las políticas públicas y las intervenciones destinadas a prevenir y reducir el uso nocivo del alcohol.
- d)* Hay que otorgar la debida deferencia a la salud pública en caso de conflicto de intereses y promover enfoques que propicien esa forma de actuar.
- e)* La protección de las poblaciones expuestas a un gran riesgo de sufrir daños atribuibles al alcohol y de las expuestas a los efectos del consumo nocivo de terceros debe ser parte integrante de las políticas destinadas a hacer frente al uso nocivo del alcohol.
- f)* Las personas y las familias afectadas por el uso nocivo del alcohol deben tener acceso a servicios asequibles y eficaces de prevención y atención.
- g)* Los niños, adolescentes y adultos que optan por no consumir bebidas alcohólicas tienen derecho a que se respete su decisión de no beber y a estar protegidos de las presiones para que beban.
- h)* Las políticas e intervenciones públicas de prevención y reducción de los daños relacionados con el alcohol deberían abarcar todas las bebidas alcohólicas y el alcohol de sustitución.<sup>1</sup>

## Políticas y medidas nacionales

13. El uso nocivo del alcohol se puede reducir si los países adoptan medidas eficaces para proteger a su población. Los Estados Miembros tienen la responsabilidad primordial de formular, aplicar, supervisar y evaluar políticas públicas de reducción del uso nocivo del alcohol. Esas políticas necesitan una amplia gama de estrategias de prevención y tratamiento orientadas a la salud pública. Todos los países, independientemente de su nivel de recursos, se verán beneficiados si cuentan con una estrategia nacional y marcos jurídicos apropiados para reducir el uso nocivo del alcohol. En función de las características de las opciones de política y las circunstancias nacionales, algunas políticas se podrán aplicar con arreglo a marcos no jurídicos, como directrices o limitaciones voluntarias. Para que las

---

<sup>1</sup> En esta estrategia se habla de «alcohol de sustitución» para referirse a líquidos que por lo general contienen etanol y no se han concebido como bebidas, pero son consumidos por vía oral como sucedáneo de las bebidas alcohólicas con el fin de experimentar un estado de intoxicación u otros efectos asociados al consumo de alcohol.

medidas se apliquen con éxito, habrá que respaldarlas con actividades de vigilancia del impacto y el cumplimiento y estableciendo e imponiendo sanciones para los casos en que no se cumplan las leyes y reglamentaciones adoptadas.

14. Un compromiso político sostenido, una coordinación eficaz, una financiación sostenible y la participación oportuna de las administraciones subnacionales, así como de la sociedad civil y los agentes económicos, son esenciales para el éxito de esa empresa. Numerosas instancias decisorias, como ministerios de salud, organismos de transporte u organismos fiscales, deberán tomar parte en la formulación y aplicación de las políticas relativas al alcohol. Los gobiernos han de establecer mecanismos de coordinación eficaces y permanentes, como un consejo nacional sobre el alcohol, integrado por representantes de alto nivel de numerosos ministerios y otros asociados, para garantizar un enfoque coherente en las políticas referentes al alcohol y un equilibrio adecuado entre los objetivos relativos al uso nocivo del alcohol y otros objetivos de políticas públicas.

15. Los ministerios de salud tienen un papel crucial que desempeñar en la concertación con los demás ministerios y las partes interesadas que se necesitan para formular y aplicar eficazmente las políticas. También deben velar por que la planificación y la aplicación de las estrategias e intervenciones de prevención y tratamiento se coordinen con las correspondientes a otros problemas de salud conexos de alta prioridad para la salud pública, como el consumo ilícito de drogas, las enfermedades mentales, la violencia y los traumatismos, las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la tuberculosis y el VIH/sida.

16. Las opciones de política y las intervenciones aplicables a nivel nacional se han agrupado en 10 esferas de acción recomendadas, que se apoyan y complementan entre sí, a saber:

- a) liderazgo, concienciación y compromiso
- b) respuesta de los servicios de salud
- c) acción comunitaria
- d) políticas y medidas contra la conducción bajo los efectos del alcohol
- e) disponibilidad de alcohol
- f) marketing de las bebidas alcohólicas
- g) políticas de precios
- h) mitigación de las consecuencias negativas del consumo de alcohol y la intoxicación etílica
- i) reducción del impacto en la salud pública del alcohol ilícito y el alcohol de producción informal<sup>1</sup>
- j) seguimiento y vigilancia.

---

<sup>1</sup> Por **alcohol de producción informal** se entiende las bebidas alcohólicas producidas en el hogar o a nivel local mediante la fermentación y destilación de frutas, cereales, hortalizas y productos similares, y a menudo en el contexto de prácticas culturales y tradicionales locales. Como ejemplo de bebidas alcohólicas de producción informal cabe citar la cerveza de sorgo, el vino de palma y los licores preparados a partir de caña de azúcar, cereales y otros productos.

17. Las opciones de política y las intervenciones que a continuación se someten a la consideración de los Estados Miembros para cada una de las 10 esferas de acción recomendadas se basan en los conocimientos científicos actuales, en la evidencia disponible sobre su eficacia y costoeficacia, en la experiencia y en las prácticas adecuadas. No todas las opciones de política e intervenciones serán aplicables en todos los Estados Miembros o de interés para ellos, y algunas pueden requerir más recursos de los disponibles. Por lo tanto, la aplicación de las medidas queda a la discreción de cada Estado Miembro, en función de sus contextos nacionales, religiosos y culturales, prioridades nacionales de salud pública y recursos disponibles, y de conformidad con sus principios constitucionales y obligaciones jurídicas internacionales. Las medidas de política y las intervenciones a nivel nacional se verán respaldadas y complementadas con iniciativas mundiales y regionales para reducir el uso nocivo del alcohol.

## **OPCIONES DE POLÍTICA E INTERVENCIONES**

### **Esfera 1. Liderazgo, concienciación y compromiso**

18. Para que la acción sea sostenible, hace falta un firme liderazgo y una sólida base de concienciación, voluntad política y compromiso. La expresión ideal de esos compromisos sería adoptar políticas nacionales integrales e intersectoriales, suficientemente financiadas, en las que se definieran claramente la contribución y las responsabilidades de los distintos asociados. Las políticas deben estar basadas en la evidencia disponible, ajustarse a las circunstancias locales y comprender estrategias, metas y objetivos claros. Asimismo, la política de que se trate debe ir acompañada de un plan de acción concreto y tener el respaldo de mecanismos de aplicación y evaluación eficaces y sostenibles. La participación oportuna de la sociedad civil y los actores económicos es fundamental.

19. Las **opciones de política e intervenciones** en esta esfera comprenden:

- a)* formulación de estrategias, planes de acción y actividades nacionales y subnacionales integrales, o fortalecimiento de los existentes, para reducir el uso nocivo del alcohol;
- b)* establecimiento o designación de un organismo o institución principal, según proceda, que se encargue del seguimiento de las políticas, las estrategias y los planes nacionales;
- c)* coordinación de las estrategias relativas al alcohol con la labor de otros sectores pertinentes, lo que incluye la cooperación entre los distintos niveles de gobierno y con otros planes y estrategias pertinentes del sector de la salud;
- d)* fomento de un acceso amplio a información y programas eficaces de educación y concienciación a todos los niveles de la sociedad sobre toda la serie de daños relacionados con el alcohol que se registren en el país y sobre las medidas preventivas eficaces ya existentes o que se necesiten;
- e)* aumento del conocimiento sobre los daños que el consumo de alcohol causa a terceros y entre grupos vulnerables, evitando la estigmatización y desalentando de forma activa la discriminación de las personas y los grupos afectados.

### **Esfera 2. Respuesta de los servicios de salud**

20. Los servicios de salud son fundamentales para abordar los daños a nivel individual entre las personas con trastornos debidos al uso nocivo del alcohol y otros problemas de salud provocados por el alcohol. Los servicios de salud deben ofrecer intervenciones de prevención y tratamiento a los indivi-

duos y las familias que corren el riesgo de sufrir trastornos por el consumo de alcohol y afecciones asociadas, o que ya los padecen. Otro cometido importante de los servicios de salud y los profesionales sanitarios consiste en informar a la sociedad acerca de las repercusiones de salud pública y sociales del uso nocivo del alcohol, en ayudar a las comunidades en sus intentos por reducir el uso nocivo del alcohol y en preconizar la articulación de respuestas sociales eficaces. Los servicios de salud deben llegar a una amplia gama de actores ajenos al sector de la salud, movilizarlos y recabar su participación. La respuesta de los servicios de salud debe reforzarse y financiarse suficientemente, de manera que se ajuste a la magnitud de los problemas de salud pública ocasionados por el uso nocivo del alcohol.

21. Las **opciones de política e intervenciones** en esta esfera comprenden:

- a) ampliación de la capacidad de los sistemas de salud y bienestar social para ofrecer servicios de prevención, tratamiento y atención de los trastornos por consumo de alcohol o inducidos por el alcohol y las afecciones comórbidas, con inclusión de servicios de apoyo y tratamiento para las familias afectadas y respaldo de las actividades y los programas de ayuda mutua o autoayuda;
- b) apoyo a las iniciativas de detección y las intervenciones breves relacionadas con el consumo peligroso y nocivo de alcohol en la atención primaria de salud y otros entornos; esas iniciativas deben incluir la identificación precoz y la gestión del consumo nocivo de alcohol entre las embarazadas y las mujeres en edad de procrear;
- c) refuerzo de la capacidad para prevenir y detectar los casos de personas y familias que viven con el síndrome alcohólico fetal y toda una serie de trastornos asociados, y para llevar a cabo las intervenciones adecuadas;
- d) desarrollo y coordinación eficaz de estrategias y servicios integrados o vinculados de prevención, tratamiento y atención de los trastornos por consumo de alcohol y las afecciones comórbidas, incluidos los trastornos por consumo de drogas, la depresión, los suicidios, el VIH/sida y la tuberculosis;
- e) logro del acceso universal a la salud, en particular mediante un aumento de la disponibilidad, accesibilidad y asequibilidad de los servicios de tratamiento de grupos con un estatus socioeconómico bajo;
- f) creación y mantenimiento de un sistema de registro y vigilancia de la morbilidad y mortalidad atribuibles al alcohol, con mecanismos de presentación de informes periódicos;
- g) provisión de servicios de salud y sociales culturalmente adaptados cuando proceda.

### **Esfera 3. Acción comunitaria**

22. El impacto del uso nocivo del alcohol en las comunidades puede desencadenar y fomentar iniciativas y soluciones locales para problemas locales. Los gobiernos y otros interesados pueden ayudar a las comunidades y potenciar su capacidad para que utilicen conocimientos teóricos y prácticos locales para adoptar enfoques eficaces que permitan prevenir y reducir el uso nocivo del alcohol modificando el comportamiento colectivo, antes que el individual, sin dejar de respetar las normas culturales, las creencias y los sistemas de valores.

23. Las **opciones de política e intervenciones** en esta esfera comprenden:

- a) apoyo a la realización de evaluaciones rápidas para identificar las lagunas y las esferas de acción prioritarias en las intervenciones a nivel de las comunidades;

- b)* fomento de un mayor reconocimiento de los daños relacionados con el alcohol a nivel local y promoción de respuestas eficaces y costoeficaces adecuadas a los determinantes locales del uso nocivo del alcohol y de problemas conexos;
- c)* refuerzo de la capacidad de las autoridades locales para fomentar y coordinar una acción comunitaria concertada, respaldando e impulsando el desarrollo de políticas municipales destinadas a reducir el uso nocivo del alcohol, y su capacidad para robustecer las alianzas y las redes de instituciones comunitarias y organizaciones no gubernamentales;
- d)* suministro de información sobre las intervenciones comunitarias eficaces y creación de capacidad a nivel de las comunidades para su aplicación;
- e)* movilización de las comunidades para prevenir la venta de alcohol a los menores de edad y el consumo de bebidas alcohólicas entre ese grupo de población, y para crear y apoyar entornos sin alcohol, sobre todo para los jóvenes y otros grupos de riesgo;
- f)* prestación de atención y apoyo en las comunidades a las personas afectadas y sus familias;
- g)* desarrollo o respaldo de programas y políticas comunitarios para subpoblaciones en especial situación de riesgo, como jóvenes, desempleados y poblaciones indígenas, y referentes a problemas concretos como la producción y distribución de bebidas alcohólicas ilícitas o de producción informal y a eventos comunitarios, como acontecimientos deportivos y festivales locales.

#### **Esfera 4. Políticas y medidas contra la conducción bajo los efectos del alcohol**

24. La conducción bajo los efectos del alcohol afecta gravemente a la capacidad de juicio, la coordinación y otras funciones motrices. La conducción de vehículos bajo los efectos del alcohol es un importante problema de salud pública que afecta al bebedor y, en muchos casos, a partes inocentes. Existen intervenciones respaldadas por datos muy sólidos que permiten reducir la conducción bajo la influencia del alcohol. Las estrategias de reducción de los daños asociados al alcohol al volante deben incluir medidas disuasorias destinadas a disminuir las probabilidades de que una persona conduzca bajo los efectos del alcohol, así como medidas que creen un entorno de conducción más seguro gracias al cual serán menores la probabilidad y la gravedad de los daños por colisiones propiciadas por el alcohol.

25. En algunos países, el número de traumatismos por accidentes de tránsito relacionados con peatones ebrios es considerable, por lo que las intervenciones a este respecto deben ser consideradas de alta prioridad.

26. Las **opciones de política e intervenciones** en esta esfera comprenden:

- a)* implantación y exigencia del cumplimiento de un límite superior de la concentración de alcohol en sangre, que debe ser más bajo para los conductores profesionales y los conductores jóvenes o noveles;
- b)* incremento de los puntos de control y las pruebas de alcoholemia aleatorias;
- c)* suspensión administrativa del permiso de conducir;
- d)* permiso progresivo para conductores noveles con tolerancia cero para el alcohol al volante;

- e) uso de dispositivos de bloqueo del arranque, en los contextos en que sean asequibles, para reducir los incidentes de conducción bajo los efectos del alcohol;
- f) programas obligatorios de formación, asesoramiento y, cuando proceda, de tratamiento de conductores;
- g) promoción de formas de transporte alternativas, por ejemplo, servicios de transporte públicos tras el cierre de los lugares en que se sirve alcohol;
- h) organización de campañas de concienciación e información pública en apoyo de la política adoptada y con el fin de potenciar el efecto disuasorio general;
- i) organización de campañas cuidadosamente planificadas, de alta intensidad y bien ejecutadas en los medios de información, orientadas a situaciones concretas, como periodos de vacaciones, o un público determinado, como los jóvenes.

### **Esfera 5. Disponibilidad de alcohol**

27. Las estrategias de salud pública destinadas a regular la disponibilidad comercial o pública de alcohol mediante leyes, políticas y programas son un medio importante para reducir el nivel general de uso nocivo del alcohol. Esas estrategias prevén medidas esenciales para evitar el acceso fácil al alcohol por parte de grupos vulnerables o de alto riesgo. La disponibilidad comercial y pública de alcohol puede influir a su vez en la disponibilidad social de alcohol y contribuir así a modificar las normas sociales y culturales que favorecen el uso nocivo del alcohol. El grado de reglamentación de la disponibilidad de alcohol dependerá de las circunstancias locales, en particular el contexto social, cultural y económico, y de las obligaciones internacionales vinculantes en vigor. En algunos países en desarrollo y países de ingresos bajos y medios el alcohol se obtiene principalmente en mercados informales, por lo que los controles oficiales de las ventas se tienen que complementar con medidas dirigidas al alcohol ilícito o el alcohol de producción informal. Por otra parte, la imposición de restricciones demasiado severas a la disponibilidad de alcohol puede fomentar la aparición de un mercado ilícito paralelo. El suministro indirecto de alcohol, por ejemplo a través de padres o amigos, se debe tener en cuenta en las medidas sobre la disponibilidad de alcohol.

28. Las **opciones de políticas e intervenciones** en esta esfera comprenden:

- a) implantación, puesta en funcionamiento y exigencia del respeto de un sistema adecuado para regular la producción, la venta al por mayor y el servicio de bebidas alcohólicas y que imponga límites razonables a la distribución de alcohol y el funcionamiento de los puntos de venta de alcohol, de conformidad con las normas culturales, mediante la aplicación de las siguientes medidas posibles:
  - i) introducir cuando proceda un sistema de autorización de la comercialización al por menor o monopolios estatales orientados a la salud pública;
  - ii) regular el número y la ubicación de los puntos de venta de alcohol, situados o no en locales;
  - iii) regular los días y el horario de apertura de los puntos de venta minorista;
  - iv) regular las modalidades de venta de alcohol al por menor;



- v) regular la venta al por menor en determinados lugares o durante acontecimientos especiales;
- b) establecimiento de una edad mínima apropiada para comprar o consumir bebidas alcohólicas y adopción de otras políticas para dificultar la venta de bebidas alcohólicas a los adolescentes y su consumo por éstos;
- c) adopción de políticas para impedir la venta a personas ebrias y a las que no han cumplido la edad mínima legal, y consideración de la posibilidad de implantar mecanismos para exigir responsabilidad a vendedores y camareros de acuerdo con la legislación nacional;
- d) formulación de políticas relativas al consumo de alcohol en lugares públicos y en actividades y funciones oficiales de organismos públicos;
- e) adopción de políticas orientadas a reducir y eliminar la disponibilidad de bebidas alcohólicas producidas, vendidas y distribuidas de manera informal o ilícita, así como para regular o controlar el alcohol de producción informal.

## **Esfera 6. Marketing<sup>1</sup> de las bebidas alcohólicas**

29. La reducción del impacto del marketing, sobre todo entre los jóvenes y adolescentes, es un objetivo importante si se quiere reducir el uso nocivo del alcohol. El alcohol se comercializa mediante técnicas publicitarias y de promoción cada vez más sofisticadas, por ejemplo la vinculación de marcas de alcohol a actividades deportivas y culturales, el patrocinio y la colocación de productos, y nuevas técnicas de mercadotecnia como los correos electrónicos, los mensajes SMS y los podcast, la utilización de los medios sociales y otras técnicas de comunicación. La transmisión de los mensajes de mercadotecnia del alcohol más allá de fronteras y jurisdicciones nacionales por medios como la televisión por satélite y la Internet, y el patrocinio de eventos deportivos y culturales, se están perfilando como un grave motivo de preocupación en algunos países.

30. Es muy difícil orientar la mercadotecnia a consumidores adultos jóvenes sin exponer al mismo tiempo a ella a cohortes de adolescentes que no tienen la edad mínima legal para beber alcohol. La exposición de niños y jóvenes a técnicas de marketing cautivadoras causa especial inquietud, al igual que los proyectos de conseguir nuevos mercados en los países en desarrollo y los países de ingresos bajos y medios que actualmente presentan una baja prevalencia del consumo de alcohol o tasas de abstinencia elevadas. Tanto el contenido de marketing del alcohol como la magnitud de la exposición de los jóvenes a él son problemas fundamentales. Se debería estudiar la posibilidad de aplicar un criterio de precaución para proteger a los jóvenes contra esas técnicas.

31. Las **opciones de política e intervenciones** en esta esfera comprenden:

- a) establecimiento de marcos de regulación o corregulación, preferiblemente de carácter legislativo y apoyados, cuando proceda, por medidas de autorregulación, respecto del marketing del alcohol mediante las intervenciones siguientes:
  - i) reglamentación del contenido y la magnitud del marketing;

---

<sup>1</sup> El concepto de marketing puede abarcar, cuando proceda y así lo permita la legislación nacional, cualquier forma de comunicación o mensaje comercial destinado a potenciar o con el efecto de potenciar el reconocimiento, atractivo y/o consumo de determinados productos o servicios. Puede englobar todo cuanto actúe como publicidad u otra forma de promoción de un producto o servicio.

- ii)* reglamentación del marketing directo o indirecto en todos los medios de comunicación o en algunos de ellos;
  - iii)* reglamentación de las actividades de patrocinio que promuevan bebidas alcohólicas;
  - iv)* restricción o prohibición de las promociones en relación con actividades dirigidas a los jóvenes;
  - v)* reglamentación de las nuevas formas de mercadotecnia del alcohol, por ejemplo los medios sociales;
- b)* desarrollo por parte de los organismos públicos u órganos independientes de sistemas de vigilancia eficaces del marketing de los productos de alcohol;
- c)* establecimiento de regímenes administrativos y disuasorios eficaces respecto de las infracciones de las restricciones del marketing.

## **Esfera 7. Políticas de precios**

32. Los consumidores, en particular los grandes bebedores y los jóvenes, son sensibles a las variaciones del precio de las bebidas. Se pueden emplear políticas de fijación de precios para reducir el consumo de bebidas alcohólicas por menores de edad, detener la progresión hacia la ingestión de grandes cantidades de alcohol y/o episodios de borrachera, y ejercer influencia en las preferencias de los consumidores. El aumento del precio de las bebidas alcohólicas es una de las intervenciones más eficaces para reducir el uso nocivo del alcohol. Un factor clave para el éxito de las políticas de precios orientadas a reducir el uso nocivo del alcohol es un régimen eficaz y eficiente de imposición tributaria, con los mecanismos requeridos para recaudar impuestos y exigir el cumplimiento de la fiscalidad.

33. Factores como las preferencias y la libertad de elección de los consumidores, la variación de los ingresos, las fuentes alternativas de alcohol en el país o en los países vecinos, y la presencia o ausencia de otras medidas normativas respecto del alcohol, pueden todos ellos influir en la eficacia de esta opción de política. La demanda de las diferentes bebidas puede verse afectada en diversa medida. Los aumentos de impuestos pueden tener distinta repercusión en las ventas, según como afecten a los precios al consumidor. La existencia de un mercado ilícito importante para el alcohol complica las consideraciones de política sobre la imposición tributaria en muchos países. En esas circunstancias, los cambios de la fiscalidad deben ir acompañados de actividades encaminadas a someter los mercados ilícitos e informales a un efectivo control público. El aumento de los impuestos puede tropezar también con la resistencia de grupos de consumidores y operadores económicos, de modo que la política tributaria se beneficiará del apoyo de cualquier medida de información y concienciación tendente a vencer esa resistencia.

34. Las **opciones de política e intervenciones en esta esfera** comprenden:

- a)* establecimiento de un régimen de impuestos nacionales específicos sobre el alcohol, acompañado de medidas eficaces para exigir su cumplimiento, que puede tener en cuenta, si procede, el contenido alcohólico de la bebida;
- b)* revisión periódica de los precios en función de la inflación y de los ingresos;

- c) prohibición o restricción de toda forma directa o indirecta de precios promocionales, ventas con rebaja, precios inferiores al costo y precios únicos que dan derecho a beber ilimitadamente, u otras ofertas de venta en grandes cantidades;
- d) fijación de precios mínimos para el alcohol, cuando proceda;
- e) facilitación de incentivos de precios en relación con las bebidas no alcohólicas;
- f) disminución o interrupción de las subvenciones destinadas a los operadores económicos en el ramo del alcohol.

### **Esfera 8. Mitigación de las consecuencias negativas del consumo de alcohol y la intoxicación etílica**

35. Esta esfera de acción comprende opciones de política e intervenciones que se centran directamente en la reducción de los daños provocados por la intoxicación etílica y el consumo de alcohol, sin que se vea necesariamente afectado el consumo *per se*. La evidencia y las prácticas adecuadas actuales respaldan las intervenciones complementarias en el marco de una estrategia más amplia de prevención o reducción de los efectos negativos del consumo de alcohol y la intoxicación etílica. A la hora de aplicar estos enfoques a la gestión del entorno de consumo de alcohol o a la información de los consumidores, deberá evitarse que parezca que se está apoyando o promoviendo el consumo de alcohol.

36. Las **opciones de política e intervenciones en esta esfera** comprenden:

- a) regulación del contexto de consumo de alcohol para reducir al mínimo la violencia y los comportamientos perturbadores, que incluye el uso de recipientes de plástico o de vidrio inastillable para servir el alcohol y la gestión de los problemas relativos al alcohol en los eventos públicos de gran escala;
- b) exigencia del cumplimiento de las leyes que impiden servir alcohol hasta la intoxicación del bebedor y de responsabilidad legal por las consecuencias de los daños resultantes de la intoxicación causada por servir alcohol;
- c) adopción de políticas de gestión en relación con el servicio responsable de bebidas alcohólicas en locales y formación del personal de los sectores pertinentes sobre la mejor manera de evitar situaciones de bebedores ebrios y agresivos y de identificar y tratar a tales personas;
- d) reducción del contenido alcohólico de diferentes tipos de bebidas;
- e) provisión de la atención o el abrigo necesarios a las personas con intoxicación etílica grave;
- f) suministro de información a los consumidores acerca de los daños relacionados con el alcohol, y etiquetado de las bebidas alcohólicas que indique esos daños.

### **Esfera 9. Reducción del impacto en la salud pública del alcohol ilícito y el alcohol de producción informal**

37. El consumo de alcohol producido de manera ilícita o informal podría tener otras consecuencias negativas para la salud debido al mayor contenido de etanol y a la posible contaminación con sustancias tóxicas, como el metanol. También puede obstaculizar la capacidad de los gobiernos para gravar

y controlar el alcohol producido legalmente. Las medidas tendentes a reducir esos efectos negativos adicionales deberían adoptarse en función de la prevalencia del consumo de alcohol ilícito y/o de producción informal y de los daños asociados. Se debe disponer de una buena capacidad científica, técnica e institucional para planificar y aplicar oportunas medidas nacionales, regionales e internacionales. También son importantes un buen conocimiento del mercado y una correcta comprensión de la composición y la producción del alcohol informal o ilícito, además de un marco legislativo adecuado y medidas para su efectivo cumplimiento. Estas intervenciones deben complementar, que no reemplazar, las demás intervenciones encaminadas a la reducción del uso nocivo del alcohol.

38. La producción y la venta de alcohol informal están arraigadas en muchas culturas y a menudo no se controlan estrictamente. Así pues, las medidas de control podrían ser diferentes para el alcohol ilícito y el de producción informal, y deberían combinarse con la concienciación y la movilización de la comunidad. Son también importantes las iniciativas tendentes a propiciar fuentes de ingresos alternativas.

39. Las **opciones de política e intervenciones en esta esfera** comprenden:

- a) un buen control de la calidad por lo que respecta a la producción y la distribución de bebidas alcohólicas;
- b) regulación de la venta del alcohol de producción informal, sometiéndolo al régimen impositivo vigente;
- c) un régimen eficaz de medidas de control y de cumplimiento de la ley, incluidos los timbres fiscales;
- d) desarrollo o fortalecimiento de sistemas de seguimiento y localización del alcohol ilícito;
- e) medidas que faciliten la necesaria cooperación y el intercambio de información pertinente sobre la lucha contra el alcohol ilícito entre las autoridades a nivel nacional e internacional;
- f) emisión de las alertas públicas pertinentes sobre los contaminantes y otras amenazas para la salud asociadas al alcohol informal o ilícito.

## **Esfera 10. Seguimiento y vigilancia**

40. Los datos procedentes de la labor de seguimiento y vigilancia constituyen la base del éxito y de la apropiada ejecución de las otras nueve opciones de política. Se requieren medidas de seguimiento y vigilancia a nivel local, nacional e internacional para monitorear la magnitud y las tendencias de los daños relacionados con el alcohol, fortalecer las actividades de promoción, formular políticas, y evaluar el impacto de las intervenciones. Las actividades de seguimiento deberían permitir también conocer el perfil de las personas que acceden a los servicios y las razones por las cuales las más afectadas no recurren a los servicios de prevención y tratamiento. Como en otros sectores puede haber datos de interés, se requieren buenos sistemas de coordinación, intercambio de información y colaboración para recoger toda la gama de información posiblemente amplia que se necesita a efectos de un seguimiento y una vigilancia completos.

41. El desarrollo de sistemas de información nacionales sostenibles que usen indicadores, definiciones y procedimientos de recogida de datos compatibles con los sistemas de información mundiales y regionales de la OMS constituye una base importante para poder evaluar cabalmente las actividades nacionales de reducción del uso nocivo del alcohol y vigilar las tendencias a nivel subregional, regio-

nal y mundial. La recopilación, comparación y análisis sistemáticos y continuos de los datos, la difusión oportuna de la información y la retroalimentación a las instancias normativas y otros interesados directos, deben ser parte integrante de la aplicación de cualquier política e intervención tendente a reducir el uso nocivo del alcohol. La recopilación, el análisis y la difusión de información sobre el uso nocivo del alcohol son actividades que requieren muchos recursos.

42. Las **opciones de políticas e intervenciones en esta esfera** comprenden:

- a) establecimiento de marcos eficaces para las actividades de seguimiento y vigilancia, con inclusión de encuestas nacionales periódicas sobre el consumo de alcohol y los daños relacionados con el alcohol y un plan para el intercambio y la difusión de información;
- b) establecimiento o designación de una institución u otra entidad organizacional encargada de reunir, comparar, analizar y difundir los datos disponibles, incluida la publicación de informes nacionales;
- c) definición y seguimiento de un conjunto común de indicadores del uso nocivo del alcohol y de respuestas de política e intervenciones para prevenir y reducir ese uso;
- d) creación de un repositorio de datos a nivel nacional basado en indicadores internacionalmente acordados y comunicación de los datos en el formato acordado a la OMS y a otras organizaciones internacionales pertinentes;
- e) creación de mecanismos de evaluación con los datos recogidos para determinar la repercusión de las medidas, las intervenciones y los programas puestos en marcha para reducir el uso nocivo del alcohol.

### **ACCIÓN MUNDIAL: FUNCIONES Y COMPONENTES PRINCIPALES**

43. Dadas la magnitud y la complejidad del problema se necesita una acción mundial concertada para apoyar a los Estados Miembros en la resolución de los desafíos que afrontan a nivel nacional. Mediante la coordinación y la colaboración internacionales se crean las sinergias necesarias y se incrementan los medios a disposición de los Estados Miembros para aplicar medidas basadas en datos objetivos.

44. La OMS, en cooperación con otras organizaciones del sistema de las Naciones Unidas y otros asociados internacionales:

- a) proporcionará liderazgo;
- b) reforzará las actividades de promoción;
- c) formulará, en colaboración con los Estados Miembros, opciones de políticas con base científica;
- d) promoverá la creación de redes y el intercambio de experiencias entre los países;
- e) fortalecerá las alianzas y la movilización de recursos;
- f) coordinará el seguimiento de los daños relacionados con el alcohol y los progresos que realizan los países para resolver el problema.

45. La OMS y los demás asociados internacionales adoptarán medidas, conforme a sus respectivos mandatos, para apoyar la ejecución de la estrategia mundial. Las organizaciones internacionales no gubernamentales, las asociaciones profesionales, las instituciones de investigación y los operadores económicos en el ramo del alcohol, tienen todos importantes funciones que cumplir respaldando la acción mundial como se indica a continuación.

*a)* Se instará a los principales asociados dentro del sistema de las Naciones Unidas y organizaciones intergubernamentales como la OIT, el UNICEF, la OMC, el PNUD, el UNFPA, el ONUSIDA, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, y el grupo del Banco Mundial a que aumenten la colaboración y la cooperación para prevenir y reducir el uso nocivo del alcohol, especialmente en los países en desarrollo y los países de ingresos bajos y medios.

*b)* La sociedad civil tiene un importante papel que desempeñar advirtiendo acerca de las repercusiones del uso nocivo del alcohol en las personas, las familias y las comunidades, asumiendo un compromiso adicional y aportando más recursos para reducir los daños relacionados con el alcohol. Se alienta especialmente a las organizaciones no gubernamentales a que creen amplias redes y grupos de acción en apoyo de la ejecución de la estrategia mundial.

*c)* Las instituciones de investigación y las asociaciones profesionales desempeñan una función central en la generación de datos científicos adicionales para la acción y en su difusión entre los profesionales de la salud y el público en general. Los centros colaboradores de la OMS tienen un importante papel que cumplir prestando apoyo a la ejecución y la evaluación de la estrategia mundial.

*d)* Los operadores económicos que intervienen en la producción y el comercio de alcohol son actores importantes en su calidad de desarrolladores, productores, distribuidores, comercializadores y vendedores de bebidas alcohólicas. Se los exhorta especialmente a que estudien medios eficaces de prevenir y reducir el uso nocivo del alcohol en el marco de sus funciones básicas antes mencionadas, incluidas las medidas e iniciativas de autorregulación. También podrían contribuir proporcionando datos sobre la venta y el consumo de bebidas alcohólicas.

*e)* Los medios de comunicación desempeñan un papel cada vez más importante, no sólo como transmisores de noticias e información sino también como canal de comunicaciones comerciales, por lo que se los alentará a que presten apoyo a los fines y las actividades de la estrategia mundial.

### **Promoción y alianzas en materia de salud pública**

46. Se necesitan actividades de promoción y alianzas en materia de salud pública en el plano internacional para reforzar el compromiso y la capacidad de los gobiernos y de todas las partes pertinentes en todos los niveles a fin de reducir el uso nocivo del alcohol en el mundo entero.

47. La OMS está empeñada en crear mayor conciencia acerca de los problemas de salud pública causados por el uso nocivo del alcohol y de los pasos que pueden darse para prevenir y reducir ese uso a fin de salvar vidas y mitigar el sufrimiento. La OMS colaborará con otras organizaciones intergubernamentales internacionales y, cuando proceda, con los órganos internacionales que representan a las principales partes interesadas para que los actores pertinentes puedan contribuir a reducir el uso nocivo del alcohol.

48. La Secretaría prestará apoyo a los Estados Miembros de la siguiente manera:
- a) creando conciencia acerca de la magnitud de los problemas de salud pública causados por el uso nocivo del alcohol y promoviendo la adopción de las medidas apropiadas en todos los niveles para prevenir y paliar esos problemas;
  - b) preconizando que en los programas de las organizaciones internacionales e intergubernamentales pertinentes se preste atención al tema del uso nocivo del alcohol a fin de mantener la coherencia de las políticas entre el sector sanitario y otros sectores en los planos regional y mundial;
  - c) promoviendo y facilitando la coordinación, la colaboración las alianzas y el intercambio de información en el plano internacional con miras a la creación de las necesarias sinergias y la adopción de medidas concertadas entre todas las partes pertinentes;
  - d) velando por la coherencia, la solidez científica y la claridad de los mensajes fundamentales acerca de la prevención y reducción del uso nocivo del alcohol;
  - e) promoviendo la creación de redes y el intercambio de experiencias entre los países;
  - f) facilitando la creación de redes en el plano internacional con objeto de abordar problemas concretos y similares (por ejemplo, problemas específicos de grupos indígenas u otros grupos minoritarios, o cambios de los hábitos de bebida de los jóvenes);
  - g) propiciando la debida consideración por las partes en negociaciones comerciales internacionales, regionales y bilaterales de la necesidad y la posibilidad de que las administraciones nacionales y subnacionales regulen la distribución, la venta y el marketing del alcohol, y de ese modo gestionen los costos sanitarios y sociales relacionados con el alcohol;
  - h) velando por que la Secretaría de la OMS establezca procedimientos para trabajar con las organizaciones no gubernamentales y otros grupos de la sociedad civil, teniendo en cuenta cualquier conflicto de intereses que pueda plantearse en algunas organizaciones no gubernamentales;
  - i) prosiguiendo su diálogo con el sector privado sobre la manera en que éste puede contribuir mejor a reducir los daños relacionados con el alcohol. Se prestará la debida atención a los intereses comerciales en juego y a su posible conflicto con los objetivos de salud pública.

### **Apoyo técnico y creación de capacidad**

49. Muchos Estados Miembros necesitan una mayor capacidad para crear, aplicar y mantener los marcos normativos y jurídicos y los mecanismos de implementación que se precisan. Con la acción mundial se respaldarán las medidas nacionales mediante la elaboración de mecanismos sostenibles y la facilitación de la orientación normativa y los instrumentos técnicos que el apoyo técnico y la creación de capacidad requieren para ser eficaces, con especial referencia a los países en desarrollo y los países de ingresos bajos y medios. Esas medidas deben ser conformes con los contextos, las necesidades y las prioridades nacionales. La creación de la infraestructura necesaria para dar respuestas de política eficaces en los países con una carga más alta o creciente atribuible al alcohol es un requisito importante para alcanzar objetivos más amplios en materia de salud pública y desarrollo.

50. La OMS está resuelta a cooperar con otros actores pertinentes en los planos regional y mundial a fin de dar orientación y apoyo técnicos con miras al fortalecimiento de la capacidad institucional pa-

ra afrontar los problemas de salud pública causados por el uso nocivo del alcohol. La OMS se centrará especialmente en la prestación de apoyo y la creación de capacidad en los países en desarrollo y los países de ingresos bajos y medios.

51. La Secretaría prestará apoyo a los Estados Miembros de la siguiente manera:

- a) documentando y difundiendo modelos idóneos de respuestas de los servicios sanitarios a los problemas relacionados con el alcohol;
- b) documentando y difundiendo las mejores prácticas y modelos de respuesta de diferentes sectores a los problemas relacionados con el alcohol;
- c) aprovechando la competencia técnica en otras áreas, como seguridad vial, fiscalidad y justicia, junto con la competencia en salud pública a fin de diseñar modelos eficaces para prevenir y reducir los daños relacionados con el alcohol;
- d) facilitando orientación normativa sobre intervenciones de prevención y tratamiento efectivas y costoeficaces en diferentes entornos;
- e) estableciendo y fortaleciendo redes mundiales, regionales e interpaíses a fin de ayudar a compartir las mejores prácticas y facilitar la creación de capacidad;
- f) respondiendo a las solicitudes de apoyo de los Estados Miembros para sus actividades encaminadas a crear la capacidad necesaria para comprender las implicaciones del comercio internacional y los acuerdos comerciales para la salud.

### **Producción y difusión de conocimientos**

52. La vigilancia de las tendencias del consumo de alcohol de los daños atribuibles al alcohol y de las respuestas de la sociedad, así como el análisis de esa información y la facilitación de su oportuna difusión serán importantes esferas de acción a nivel mundial. Los conocimientos disponibles sobre la magnitud del uso nocivo del alcohol y la costoeficacia de las intervenciones preventivas y terapéuticas se seguirán consolidando y ampliando sistemáticamente a nivel mundial, especialmente la información sobre la epidemiología del uso de alcohol y los daños relacionados con éste, el impacto del uso nocivo del alcohol en el desarrollo económico y social, y la propagación de enfermedades infecciosas en los países en desarrollo y los países de ingresos bajos y medios.

53. La OMS concibió el Sistema Mundial de Información sobre el Alcohol y la Salud y sus componentes regionales para la presentación dinámica de los datos sobre los niveles y las pautas de consumo de alcohol, las consecuencias sanitarias y sociales atribuibles al alcohol, y las respuestas de política en todos los niveles. El mejoramiento de los datos mundiales y regionales sobre el alcohol y la salud requiere la elaboración de sistemas de seguimiento nacionales, la presentación sistemática de datos a la OMS por los puntos focales designados, y el fortalecimiento de las actividades de vigilancia pertinentes.

54. La OMS está decidida a colaborar con los socios que corresponda para definir el programa internacional de investigaciones sobre el alcohol y la salud, crear capacidad de investigación, y promover y apoyar las redes y proyectos internacionales de investigación a fin de generar y difundir datos que sirvan de base para la elaboración de políticas y programas.



55. La Secretaría prestará apoyo a los Estados Miembros de la siguiente manera:
- a) proporcionando un centro de intercambio internacional de información sobre intervenciones efectivas y costoeficaces para reducir el uso nocivo del alcohol, incluidas la promoción y facilitación del intercambio de información acerca de servicios de tratamiento eficaces;
  - b) fortaleciendo el Sistema Mundial de Información sobre el Alcohol y la Salud y la evaluación comparativa de riesgos en relación con la carga de morbilidad atribuible al alcohol;
  - c) elaborando o perfeccionando mecanismos apropiados de reunión de datos, utilizando datos comparables e indicadores y definiciones acordados, a fin de facilitar la recogida, la comparación, el análisis y la difusión de datos a nivel mundial, regional y nacional;
  - d) facilitando la creación de redes nacionales y mundiales que apoyen y complementen las actividades nacionales, con especial referencia a la producción de conocimientos y el intercambio de información;
  - e) prosiguiendo su colaboración con las redes internacionales de científicos y expertos en salud para promover las investigaciones sobre diversos aspectos del uso nocivo del alcohol;
  - f) facilitando estudios comparativos de la eficacia de diferentes medidas de política aplicadas en distintos contextos culturales y de desarrollo;
  - g) facilitando la investigación operacional para ampliar las intervenciones eficaces y las investigaciones sobre la relación entre el uso nocivo del alcohol y las inequidades sociales y sanitarias.

### **Mobilización de recursos**

56. La magnitud de la morbilidad y la carga social atribuibles al alcohol está en franca contradicción con la disponibilidad de recursos en todos los niveles para reducir el uso nocivo del alcohol. En las iniciativas mundiales de desarrollo se debe tener en cuenta que los países en desarrollo y los países de ingresos bajos y medios necesitan apoyo técnico - en forma de ayudas y competencias - para establecer y reforzar las políticas y los planes nacionales de prevención del uso nocivo del alcohol y crear infraestructuras apropiadas, en particular en los sistemas de atención de salud. Los organismos de desarrollo podrían considerar la reducción del uso nocivo del alcohol como una esfera prioritaria en los países en desarrollo y los países de ingresos bajos y medios con una alta carga de morbilidad atribuible al uso nocivo del alcohol. La asistencia oficial para el desarrollo brinda oportunidades de crear capacidad institucional sostenible en esta esfera en esos países, al igual que los mecanismos de colaboración entre los países en desarrollo. En este sentido, se exhorta a los Estados Miembros a apoyarse mutuamente en la aplicación de la estrategia mundial mediante la cooperación internacional y la asistencia financiera, incluida la asistencia oficial para el desarrollo en el caso de los países en desarrollo.

57. La OMS se ha comprometido a ayudar a los países que lo soliciten a movilizar recursos y poner en común los recursos disponibles en apoyo de la acción mundial y nacional encaminada a reducir el uso nocivo del alcohol en las esferas que se consideren prioritarias.

58. La Secretaría prestará apoyo a los Estados Miembros de la siguiente manera:

- a) promoviendo el intercambio de experiencias y prácticas idóneas en relación con la financiación de las políticas e intervenciones destinadas a reducir el uso nocivo del alcohol;

- b) estudiando medios nuevos o innovadores de conseguir financiación suficiente para la ejecución de la estrategia mundial;
- c) colaborando con los asociados internacionales, los asociados intergubernamentales y los donantes para movilizar los recursos necesarios a fin de prestar apoyo a los países en desarrollo y los países de ingresos bajos y medios en sus actividades de reducción del uso nocivo del alcohol.

## **EJECUCIÓN DE LA ESTRATEGIA**

59. Para aplicar con provecho la estrategia se requerirá una acción concertada por parte de los Estados Miembros, una gobernanza mundial eficaz y la adecuada participación de todos los interesados directos pertinentes. Todas las medidas enumeradas en la estrategia se proponen para facilitar el logro de los cinco objetivos.

60. La Secretaría informará regularmente sobre la carga mundial de daños relacionados con el alcohol, formulará recomendaciones basadas en la evidencia y preconizará la adopción de medidas en todos los niveles para prevenir y reducir el uso nocivo del alcohol. Colaborará con otras organizaciones intergubernamentales y, cuando corresponda, con otros órganos internacionales que representen a interesados directos clave, para conseguir que las medidas encaminadas a reducir el uso nocivo del alcohol reciban la prioridad y los recursos necesarios.

### **Vínculos e interfaces con otras estrategias, planes y programas**

61. Esta estrategia mundial aprovecha iniciativas regionales, como el Marco de política en materia de alcohol en la Región de Europa de la OMS (resolución EUR/RC55/R1), la Estrategia regional de reducción de los daños relacionados con el alcohol en la Región del Pacífico Occidental (resolución WPR/RC57.R5), el Control del consumo de alcohol - opciones de política en la Región de Asia Sudoriental (resolución SEA/RC59/R8), los Problemas de salud pública asociados al consumo de alcohol en la Región del Mediterráneo Oriental (resolución EM/RC53/R.5) y las Medidas destinadas de reducir el uso nocivo del alcohol en la Región de África (documento AFR/RC58/3).

62. El uso nocivo del alcohol es uno de los cuatro factores de riesgo principales destacados en el Plan de acción de la estrategia mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles (resolución WHA61.14). La estrategia de reducción del uso nocivo del alcohol tiene en cuenta, vinculándose a ellos, los demás factores de riesgo de enfermedades no transmisibles y los programas contra enfermedades específicas de este tipo, en especial la estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud (resolución WHA57.17), el control del tabaco (resolución WHA56.1), la promoción de la salud y modos de vida sanos (resolución WHA57.16), y la prevención y el control del cáncer (resolución WHA58.22).

63. La estrategia también está vinculada y armonizada con otras actividades afines llevadas a cabo en la OMS, en particular con el Programa de Acción Mundial en Salud Mental, incluyéndose aquí la prevención del suicidio y el manejo de otros trastornos por abuso de sustancias así como las actividades programáticas en materia de violencia y salud (resolución WHA56.24), seguridad vial y salud (resolución WHA57.10), salud y desarrollo del niño y del adolescente (resolución WHA56.21) y salud reproductiva (resolución WHA57.12).

64. A la luz de la evidencia más reciente, se está prestando mayor atención a la relación entre el uso nocivo del alcohol y algunas enfermedades infecciosas y entre el consumo nocivo de alcohol y el desarrollo. La estrategia también está vinculada con los programas actuales de la OMS sobre el VIH/sida y

la tuberculosis y con la labor de la Organización encaminada a reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud (resolución WHA62.14) y a alcanzar los objetivos de desarrollo relacionados con la salud, en particular los recogidos en la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas (resolución WHA58.30).

65. La implementación de una estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol proporciona a las oficinas regionales de la OMS un marco propicio para formular, reexaminar y aplicar políticas específicas para cada región y, junto con las oficinas en los países, prestar apoyo técnico a los Estados Miembros. Se hará hincapié también en la coordinación dentro de la Secretaría para que todas las actividades que guardan relación con el uso nocivo del alcohol estén en consonancia con esta estrategia.

### **Vigilancia de los progresos y mecanismos de presentación de informes**

66. A fin de vigilar los progresos realizados, la estrategia debe incluir a diferentes niveles mecanismos apropiados para las tareas de evaluación, presentación de informes y reprogramación. Se necesita un marco con una perspectiva centrada en el impacto para evaluar la consecución de los objetivos de la estrategia.

67. La Encuesta Mundial de la OMS sobre el Alcohol y la Salud y el Sistema Mundial de Información sobre el Alcohol y la Salud serán componentes importantes de los mecanismos de vigilancia y presentación de informes. Se procederá a ajustar los instrumentos de recogida de datos de este último para incluir la información pertinente que se comunique sobre el proceso y los resultados de la aplicación de la estrategia a nivel nacional.

68. La celebración de reuniones periódicas de las redes mundiales y regionales de homólogos nacionales es de utilidad para las discusiones técnicas sobre la aplicación de la estrategia mundial a diferentes niveles. Además de hacer un balance sobre la marcha del proceso, los participantes en esas reuniones podrán analizar en detalle otros aspectos prioritarios y temas de interés para la aplicación.

69. Se informará a los Estados Miembros sobre la aplicación de la estrategia mundial mediante informes regulares que se presentarán a los comités regionales de la OMS y a la Asamblea de la Salud. También debería presentarse información sobre la aplicación y los progresos en los foros regionales e internacionales y en las reuniones intergubernamentales pertinentes.

---



## ANEXO 5

### **Organizaciones no gubernamentales con las que la OMS ha establecido o sigue manteniendo relaciones oficiales en virtud de la resolución EB126.R17 y la decisión EB126(5)**

[EB126/28, anexo - 22 de enero de 2010]

Alianza Internacional de Organizaciones de Pacientes<sup>1</sup>  
Asociación de Farmacéuticos del Commonwealth<sup>1,4</sup>  
Asociación de Institutos y Escuelas de Medicina Tropical en Europa  
Asociación Internacional de Epidemiología<sup>1</sup>  
Asociación Internacional de Hidatidología  
Asociación Internacional de Informática Médica<sup>1</sup>  
Asociación Internacional de la Lepra<sup>2</sup>  
Asociación Internacional de Logopedia y Foniatría  
Asociación Internacional de Médicos para la Prevención de la Guerra Nuclear<sup>3</sup>  
Asociación Internacional de Productos Biológicos<sup>1</sup>  
Asociación Internacional de Registros del Cáncer<sup>1</sup>  
Asociación Internacional de Técnicos Biólogos<sup>1</sup>  
Asociación Internacional para Investigación Dental<sup>2</sup>  
Asociación Internacional para los Desechos Sólidos<sup>2</sup>  
Asociación Mundial de Sociedades de Patología y Medicina de Laboratorio<sup>1</sup>  
Caritas Internationalis  
CMC - Acción de las Iglesias por la Salud<sup>1</sup>  
Colegio Internacional de Cirujanos<sup>1</sup>  
Collegium Internationale Neuro-Psychopharmacologicum  
Comisión Internacional de Protección Radiológica<sup>2</sup>  
Comité Internacional Católico de Enfermeras y de Asistentes Medicosociales<sup>1</sup>  
Conferencia Internacional de Decanos de Facultades de Medicina de Lengua Francesa<sup>1</sup>  
Consejo de Investigaciones Sanitarias para el Desarrollo<sup>1</sup>  
Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas<sup>1</sup>  
Consejo Internacional de Enfermeras<sup>1</sup>  
Consejo Internacional de Normalización en Hematología<sup>1</sup>  
Consumers International<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Las actividades se refieren al periodo 2007-2009.

<sup>2</sup> Las actividades se refieren al periodo 2006-2008.

<sup>3</sup> Las actividades se refieren al periodo 2005-2007.

<sup>4</sup> Antes Asociación Farmacéutica del Commonwealth.

Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco<sup>1</sup>  
CropLife International (2006-2008)<sup>2</sup>  
EuroSafe - Asociación Europea para la Prevención de Lesiones y la Promoción de la Seguridad<sup>1</sup>  
Federación Dental Internacional (2006-2008)<sup>2</sup>  
Federación Internacional de Asociaciones de Estudiantes de Medicina<sup>1</sup>  
Federación Internacional de Colegios de Cirugía<sup>1</sup>  
Federación Internacional de Estudiantes de Farmacia<sup>1</sup>  
Federación Internacional de Hospitales<sup>1</sup>  
Federación Internacional de Ingeniería Hospitalaria<sup>1</sup>  
Federación Internacional de Ingeniería Médica y Biológica<sup>1</sup>  
Federación Internacional de la Diabetes (2006-2008)<sup>2</sup>  
Federación Internacional de la Industria del Medicamento<sup>1</sup>  
Federación Internacional de Laboratorios de Ciencias Biomédicas  
Federación Internacional de Organizaciones de Registros Sanitarios<sup>1</sup>  
Federación Internacional de Química Clínica y Medicina de Laboratorio  
Federación Internacional de Sociedades de Fertilidad<sup>1</sup>  
Federación Internacional de Sociedades de Otorrinolaringología<sup>2</sup>  
Federación Internacional Farmacéutica<sup>1</sup>  
Federación Mundial de Asociaciones de Salud Pública<sup>1</sup>  
Federación Mundial de Educación Médica<sup>1</sup>  
Federación Mundial de Hidroterapia y Climatoterapia<sup>2</sup>  
Federación Mundial de Quiropráctica<sup>1</sup>  
Federación Mundial de Sociedades de Acupuntura y Moxibustión<sup>1</sup>  
Federación Mundial de Sociedades de Anestesiólogos<sup>1</sup>  
Federación Mundial de Ultrasonido en Medicina y Biología<sup>1</sup>  
Fundación Africana de Medicina e Investigaciones<sup>1</sup>  
Fundación Agha Khan<sup>1</sup>  
Global Forum for Health Research<sup>1</sup>  
Global Health Council, Inc.<sup>1</sup>  
Hellen Keller International<sup>2</sup>  
Industria Mundial de la Automedicación Responsable<sup>1</sup>  
International Association of Medical Regulatory Authorities  
International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technologies  
International Insulin Foundation  
International Life Saving Federation  
International Network for Cancer Treatment and Research  
International Network on Children's Health Environment and Safety<sup>2</sup>  
International Society on Thrombosis and Haemostasis<sup>1</sup>  
Liga Internacional contra la Epilepsia<sup>3</sup>  
Liga Internacional de Sociedades Dermatológicas<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Las actividades se refieren al periodo 2007-2009.

<sup>2</sup> Las actividades se refieren al periodo 2006-2008.

<sup>3</sup> Las actividades se refieren al periodo 2005-2007.

---

Medicus Mundi International - Organización Internacional de Cooperación en la Asistencia Sanitaria<sup>1</sup>  
Organismo Internacional de Prevención de la Ceguera<sup>2</sup>  
Organización Internacional contra el Tracoma  
Organización Internacional de Normalización<sup>1</sup>  
Organización Internacional de Parlamentarios Médicos<sup>1</sup>  
Organización Mundial de Médicos de Familia<sup>1</sup>  
OXFAM<sup>1</sup>  
Project ORBIS International, Inc. (ORBIS International)<sup>2</sup>  
Sociedad de Trasplante<sup>1</sup>  
Sociedad Internacional de Cirugía Ortopédica y Traumatología<sup>1</sup>  
Sociedad Internacional de Radiógrafos y Técnicos de Radiología<sup>1</sup>  
Sociedad Internacional de Radiología<sup>1</sup>  
Sociedad Internacional de Telemedicina y Cibersalud  
Sociedad Internacional de Transfusión de Sangre<sup>1</sup>  
Sociedad Internacional para el Estudio de las Quemaduras<sup>1</sup>  
Stichting Global Network of People Living with HIV/AIDS (GNP+)  
The International Society for Quality in Health Care Incorporated<sup>1</sup>  
The Network: Towards Unity For Health<sup>1</sup>  
The Save the Children Fund<sup>1</sup>  
Unión Internacional contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias<sup>2</sup>  
Unión Internacional de Arquitectos<sup>1</sup>  
Unión Internacional de Farmacología Básica y Clínica<sup>1</sup>  
Unión Internacional de las Sociedades de Microbiología  
Unión Internacional de Psicología Científica<sup>3</sup>  
Unión Internacional de Sociedades de Inmunología<sup>2</sup>  
Unión Internacional de Toxicología<sup>2</sup>  
Unión Internacional para la Conservación de la Naturaleza y sus Recursos  
Unión Mundial de Ciegos<sup>2</sup>  
Visión Mundial Internacional<sup>1</sup>  
World Medical Association, Inc.<sup>1</sup>

---

---

<sup>1</sup> Las actividades se refieren al periodo 2007-2009.

<sup>2</sup> Las actividades se refieren al periodo 2006-2008.

<sup>3</sup> Las actividades se refieren al periodo 2005-2007.

## ANEXO 6

# Orientaciones para el examen por la OMS de sustancias psicoactivas en el contexto de la fiscalización internacional<sup>1</sup>

[EB126/21, anexo - 17 de diciembre de 2009]

## ÍNDICE

	<b>Página</b>
I. Mandato .....	82
II. Principios básicos .....	83
III. Disposiciones de los tratados .....	84
IV. Procedimiento de examen por la OMS .....	85
Acopio de información .....	85
Examen previo .....	86
Examen crítico .....	86
Documento de examen crítico .....	87
Examen preliminar de preparados exentos que contengan sustancias psicotrópicas .....	88
Comité de Expertos en Farmacodependencia .....	89
Reunión de información .....	89
Expertos que colaboran en el examen por la OMS .....	90
Evaluación del Comité de Expertos sobre la inclusión en las listas .....	90
El proceso de evaluación .....	91
Evaluación por el Comité de Expertos de los preparados exentos .....	95
V. Comunicación de las recomendaciones de la OMS .....	95
VI. Publicación de los documentos relacionados con el examen por la OMS .....	96
VII. Abreviaturas y definiciones .....	96

---

<sup>1</sup> La aprobación de las presentes directrices figura en el documento EB126/2010/REC/2, acta resumida de la duodécima sesión.



---

Apéndice 1	Fragmentos de los tratados de las Naciones Unidas relativos a la fiscalización de drogas .....	98
	Convención Única sobre Estupefacientes, de 1961, enmendada por el Protocolo de 1972 (fragmentos) .....	98
	Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas, de 1971 (fragmentos) .....	100
	Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas, de 1988 (fragmentos) .....	102
Apéndice 2	Resolución I (S-VIII) de la Comisión de Estupefacientes de las Naciones Unidas .....	103
Apéndice 3	Diagrama de flujo del procedimiento de evaluación .....	105

## I. MANDATO

1. La Organización Mundial de la Salud (OMS) es el organismo especializado de las Naciones Unidas que evalúa los aspectos médicos, científicos y de salud pública de las sustancias psicoactivas en virtud de lo dispuesto en la Convención Única sobre Estupefacientes de 1961 (la Convención de 1961), modificada por el Protocolo de 1972, y en el Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas, de 1971 (el Convenio de 1971).<sup>1</sup> El documento de orientación para este examen se ha elaborado de conformidad con diversas resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud<sup>2</sup> y de la Comisión de Estupefacientes de las Naciones Unidas. En el presente documento se modifica la versión anterior de estas orientaciones, se establecen los principios básicos del procedimiento de examen, junto con disposiciones prácticas tanto en el ámbito de la Secretaría como en relación con diversos órganos externos, y se indica qué documentos han de prepararse. Las orientaciones se refieren a las responsabilidades que incumben a la OMS en virtud del artículo 3 de la Convención de 1961 y del artículo 2 del Convenio de 1971, sobre la necesidad de recomendar o no la fiscalización internacional de determinadas sustancias, y en virtud del artículo 3 del Convenio de 1971 en lo que respecta a la evaluación de los preparados exentos. En la sección VII figura una lista de definiciones y abreviaturas de uso frecuente.

2. La 33.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud, en su resolución WHA33.27 (1980), pidió al Director General que fomentara «la iniciación y el fortalecimiento de programas nacionales e internacionales de evaluación, inventario, fiscalización y uso apropiado de los estupefacientes y las sustancias psicotrópicas, inclusive las de origen vegetal» y que en apoyo de dichos programas preparara las orientaciones apropiadas; también le pidió que fortaleciera «la coordinación entre los programas de la OMS relativos a estupefacientes y sustancias psicotrópicas, los relativos a políticas y gestión farmacéuticas y otros programas afines y que intensificara la colaboración con las organizaciones no gubernamentales interesadas».

3. A partir de la experiencia acumulada en los próximos años y atendiendo a la orientación del Consejo Ejecutivo,<sup>3</sup> en 1986,<sup>4</sup> la OMS elaboró por primera vez, en consulta con la Comisión de Estupefacientes, un documento de orientación para la evaluación y el examen de los estupefacientes y las sustancias psicotrópicas como base para adoptar decisiones relativas a la fiscalización internacional, documento que se revisó en 1990.<sup>5</sup> Las enmiendas y decisiones adoptadas subsiguientemente por el Consejo Ejecutivo en 1994<sup>6</sup> y 1999<sup>7</sup> dieron lugar a una nueva revisión en 2000. Posteriormente, a petición del Comité de Expertos en Farmacodependencia (el Comité de Expertos), se presentaron al Consejo Ejecutivo orientaciones suplementarias para aclarar determinadas cuestiones.<sup>8</sup> El Consejo examinó el proyecto de orientaciones suplementarias en mayo de 2004<sup>9</sup> y, posteriormente, en enero de 2005,<sup>10</sup> cuando pidió a la Secretaría y al Comité de Expertos que siguiesen trabajando sobre esta cuestión. La presente revisión se ha preparado en respuesta a esa petición.

---

<sup>1</sup> En el apéndice 1 se reproducen los pasajes de estos tratados que presentan más interés a este respecto.

<sup>2</sup> Resolución WHA33.27.

<sup>3</sup> Resolución EB73.R11.

<sup>4</sup> Decisión EB77(3).

<sup>5</sup> Decisión EB85(10).

<sup>6</sup> Decisión EB93(16).

<sup>7</sup> Decisión EB103(5).

<sup>8</sup> Documentos EB114/7 y EB115/12.

<sup>9</sup> Documento EB114/2004/REC/1, acta resumida de la tercera sesión.

<sup>10</sup> Documento EB115/2005/REC/2, acta resumida de la sexta sesión.

## II. PRINCIPIOS BÁSICOS

4. En el Preámbulo de la Convención Única sobre Estupefacientes, de 1961, se establece lo siguiente:

*«Las Partes,  
Preocupadas por la salud física y moral de la humanidad,  
Reconociendo que el uso médico de los estupefacientes continuará siendo indispensable para mitigar el dolor y que deben adoptarse las medidas necesarias para garantizar la disponibilidad de estupefacientes con tal fin,  
Reconociendo que la toxicomanía constituye un mal grave para el individuo y entraña un peligro social y económico para la humanidad,  
Conscientes de su obligación de combatir y prevenir ese mal,  
Considerando que para ser eficaces las medidas contra el uso indebido de estupefacientes se hace necesaria una acción concertada y universal,  
Estimando que esa acción universal exige una cooperación internacional orientada por principios idénticos y objetivos comunes,  
Reconociendo que las Naciones Unidas tienen competencia en materia de fiscalización de estupefacientes y deseando que los órganos internacionales competentes pertenezcan a esa organización,  
Deseando concertar una convención internacional que sea de aceptación general, en sustitución de los tratados existentes sobre estupefacientes, por la que se limite el uso de estupefacientes a los fines médicos y científicos y se establezca una cooperación y una fiscalización internacionales constantes para el logro de tales finalidades y objetivos... »*

- En el Preámbulo del Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas, de 1971, se establece lo siguiente:

*«Las Partes,  
Preocupadas por la salud física y moral de la humanidad,  
Advirtiendo con inquietud los problemas sanitarios y sociales que origina el uso indebido de ciertas sustancias sicotrópicas,  
Decididas a prevenir y combatir el uso indebido de tales sustancias y el tráfico ilícito a que da lugar,  
Considerando que es necesario tomar medidas rigurosas para restringir el uso de tales sustancias a fines lícitos,  
Reconociendo que el uso de sustancias sicotrópicas para fines médicos y científicos es indispensable y que no debe restringirse indebidamente su disponibilidad para tales fines,  
Estimando que, para ser eficaces, las medidas contra el uso indebido de tales sustancias requieren una acción concertada y universal,  
Reconociendo la competencia de las Naciones Unidas en materia de fiscalización de sustancias sicotrópicas y deseosas de que los órganos internacionales interesados queden dentro del marco de dicha Organización,  
Reconociendo que para tales efectos es necesario un convenio internacional... »*

En el procedimiento de examen por la OMS, que debe fundarse en consideraciones de salud pública y en un enfoque basado en datos probatorios, se utilizará la información disponible más pertinente. En consonancia con lo dispuesto en la Convención de 1961 y el Convenio de 1971, la OMS formulará recomendaciones sobre la inclusión de sustancias en las listas guiándose por las disposiciones de estos tratados relativas a la modificación de la esfera de aplicación de la fiscalización de las sustancias y teniendo también en cuenta los preámbulos de dichos tratados y la necesidad de reducir el riesgo para la salud pública, incluido el riesgo de uso indebido y la necesidad de garantizar la disponibilidad médica, y las resoluciones pertinentes de sus órganos deliberantes. La Convención de 1961 y el Conve-

nio de 1971 son instrumentos jurídicos; la aplicación del procedimiento de examen por la OMS será conforme a la letra y el espíritu de estos tratados.

### III. DISPOSICIONES DE LOS TRATADOS

5. En la Convención de 1961 y en el Convenio de 1971 se asigna a la OMS la responsabilidad de examinar y evaluar sustancias para determinar si deben estar sujetas a fiscalización con arreglo a estos tratados. Ese examen puede iniciarse mediante una notificación dirigida al Secretario General de las Naciones Unidas por un Estado Parte en dichos tratados o por la propia OMS.<sup>1</sup> La OMS comunicará los resultados de dicho examen a la Comisión de Estupefacientes, a la que incumbe la responsabilidad de decidir si corresponde incluir las sustancias en las listas con arreglo a las disposiciones de los tratados.<sup>2</sup>

6. La OMS recomienda la inclusión de una sustancia en las listas después de haber evaluado si se cumplen los criterios específicos establecidos en los tratados. Con arreglo a las disposiciones de la Convención de 1961, la Comisión de Estupefacientes debe aceptar o rechazar las recomendaciones de la OMS en su totalidad, pero en caso de que la OMS recomiende la inclusión simultánea de una sustancia en la Lista I y en la Lista IV la Comisión puede decidir incluirla únicamente en la primera lista. En principio la Comisión debe aceptar las conclusiones de la OMS acerca de los aspectos médicos, científicos, químicos y farmacológicos y en caso de rechazar una recomendación debe basarse en otro tipo de consideraciones, por ejemplo, de carácter administrativo o social.<sup>3</sup> Con arreglo al Convenio de 1971, la Comisión puede aceptar la propuesta de la OMS, pero también puede incluir una sustancia en una lista distinta de la recomendada por la OMS. En lo que respecta a la fiscalización en el marco del Convenio de 1971, la evaluación de la OMS es decisiva en lo referente a los aspectos científicos y médicos, pero para adoptar una decisión la Comisión también puede tener en cuenta los aspectos jurídicos, administrativos, económicos, sociales y de otro y tipo.<sup>4</sup> Con arreglo a las disposiciones de ambos tratados, cualquier Parte que no esté de acuerdo con una decisión de la Comisión puede pedir su reconsideración por el Consejo Económico y Social, el cual puede confirmarla, modificarla o revocarla.

7. Conforme a lo dispuesto en el artículo 3 del Convenio de 1971, una Parte podrá decidir que un preparado que contenga una o más sustancias sicotrópicas quede exento de determinadas medidas de fiscalización si tiene una composición tal que el riesgo de uso indebido es nulo o insignificante y la sustancia no puede recuperarse por medios fácilmente aplicables en una cantidad que se preste a uso indebido, de modo que tal preparado no da lugar a un problema sanitario y social. La Parte que adopta esa decisión debe notificarla al Secretario General de las Naciones Unidas, quien a su vez transmitirá la notificación a las demás Partes, a la OMS y a la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE). Si una Parte o la OMS poseen información que a su juicio obligaría a poner fin a la exención de un preparado, habrán de notificar de ello al Secretario General de las Naciones Unidas, acompañando esa notificación de la información correspondiente. La OMS aplica las orientaciones específicas apro-

---

<sup>1</sup> El Director General representa a la OMS a los fines de la recepción de las notificaciones previstas en los tratados internacionales de fiscalización de estupefacientes y en lo que atañe a la formulación de recomendaciones sobre fiscalización internacional de sustancias psicoactivas con arreglo a dichos tratados, basadas en las recomendaciones y el asesoramiento que se le facilitan, según se describe en las presentes orientaciones.

<sup>2</sup> El proceso de inclusión en las listas se define en el artículo 3 de la Convención de 1961 y en el artículo 2 y el párrafo 2 del artículo 17 del Convenio de 1971. Este proceso se describe en detalle en los comentarios a estos tratados, publicados por las Naciones Unidas.

<sup>3</sup> Comentario a la Convención Única sobre Estupefacientes, de 1961, párrafos 16 a 18.

<sup>4</sup> Convenio de 1971, párrafo 5, artículo 2; véase también, Comentario al Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas (Convenio de 1971), párrafo 20.

badas por la Comisión de Estupefacientes para examinar los datos enviados por las Partes que desean acogerse a esta disposición del Convenio de 1971, relativa a la exención de determinados preparados.<sup>1</sup>

8. Con arreglo a las disposiciones de la Convención de 1961, los preparados de estupefacientes exentos de determinadas medidas de fiscalización se incluyen en la Lista III. Las nuevas exenciones sólo pueden aplicarse mediante la inscripción del preparado en dicha Lista; para examinar las propuestas correspondientes la OMS emplea el mismo procedimiento que en el caso de las sustancias que no forman parte de preparados.

9. La Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas, de 1988, (la Convención de 1988) entró en vigor en noviembre de 1990. En virtud del artículo 12 de este tratado se someten a fiscalización internacional las sustancias utilizadas con frecuencia en la fabricación ilícita de estupefacientes o sustancias sicotrópicas. Estas sustancias se incluyen en el Cuadro I o en el Cuadro II de la Convención de 1988. Si bien la OMS no desempeña ninguna función oficial en relación con la inclusión de esas sustancias en los cuadros de la Convención de 1988, es posible que una misma sustancia se someta a examen para determinar su posible fiscalización con arreglo a la Convención de 1961, el Convenio de 1971 o la Convención de 1988. En la subsección Evaluación del Comité de Expertos sobre la inclusión en las listas (véase *infra*) se proporciona orientación acerca del procedimiento que debe seguirse en esos casos.

#### **IV. PROCEDIMIENTO DE EXAMEN POR LA OMS<sup>2</sup>**

10. La finalidad del procedimiento de examen por la OMS consiste en evaluar sustancias en el contexto de la fiscalización internacional. El Comité de Expertos utiliza datos suministrados por la Secretaría para llevar a cabo exámenes previos y exámenes críticos a fin de prestar asesoramiento al Director General acerca de la inclusión de sustancias en las listas.

11. El examen de los preparados exentos que notifican las Partes abarca un examen previo por la Secretaría y una evaluación del Comité de Expertos.

12. La Secretaría debe fijar el calendario del procedimiento de examen teniendo presente el calendario y los procedimientos de la Comisión de Estupefacientes.

#### **Acopio de información**

13. La Secretaría debe recoger sistemáticamente datos pertinentes procedentes de publicaciones especializadas, programas y centros colaboradores de la OMS, autoridades nacionales de salud y de fiscalización de drogas, organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales, instituciones académicas y de investigación, y otras fuentes competentes, sobre sustancias psicoactivas que se usan, o pueden usarse, indebidamente, así como sobre sustancias susceptibles de ser transformadas a esos efectos.

---

<sup>1</sup> Los procedimientos específicos que debe aplicar la OMS para examinar los preparados exentos se elaboraron de conformidad con las orientaciones de la Comisión. Estas orientaciones, que se basaron en gran medida en recomendaciones de la OMS, fueron aprobadas por la Comisión de Estupefacientes en su octavo periodo extraordinario de sesiones y están recogidas en su resolución 1 (S-VIII). Véase el informe de la Comisión en: Consejo Económico y Social, documentos oficiales, 1984, suplemento n.º 3 (documento E/CN.7/1984/13).

<sup>2</sup> En el apéndice 3 figura el diagrama de flujo del procedimiento de evaluación.

### **Examen previo**

14. La finalidad del examen previo es determinar si la información disponible justifica un examen crítico por el Comité de Expertos.

15. Un examen previo se inicia cuando 1) la Secretaría, 2) un miembro del Comité de Expertos o 3) un representante de otras organizaciones invitadas a participar en el Comité de Expertos con arreglo al párrafo 35 (véase *infra*) ha presentado al Comité una propuesta acompañada de la información pertinente. La Secretaría introducirá la propuesta de examen previo de la sustancia en el orden del día de la primera reunión del Comité de Expertos en que ello sea posible.

16. Las categorías de información requeridas para evaluar las sustancias en los exámenes previos son las mismas que se utilizan en los exámenes críticos. La Secretaría presentará la información necesaria para los exámenes previos facilitando un breve resumen de la información pertinente. En esta etapa el Comité de Expertos debe decidir si la información disponible justifica la realización de un examen crítico. Si el Comité determina que el examen crítico no se justifica, debe recomendar que no se proceda a evaluar la sustancia. El examen previo es un examen preliminar y las conclusiones a que se llegue en esta etapa no son pertinentes para determinar si corresponde o no modificar la situación de una sustancia desde el punto de vista de la fiscalización. Se respetará el carácter confidencial de toda información que reciba la OMS con destino al examen, si así lo solicita quien proporciona la información. Se adoptarán las disposiciones apropiadas para mantener la confidencialidad de la información a la que tenga acceso el Comité de Expertos para preparar el examen previo.

17. Sobre la base de los criterios indicados en los párrafos 48 a 59 (véase *infra*), el Comité de Expertos recomendará la realización de un examen crítico si considera que la información facilitada acerca de una sustancia puede justificar su inclusión en una, o su traslado a otra, de las listas establecidas de conformidad con la Convención de 1961 o el Convenio de 1971.

### **Examen crítico**

18. La finalidad del examen crítico consiste en determinar si el Comité de Expertos debe aconsejar al Director General que recomiende la inclusión de una sustancia en una lista o su inclusión en una lista diferente.

19. Un examen crítico se inicia cuando:

- 1) una Parte en la Convención de 1961 o en el Convenio de 1971 presenta una notificación relativa a la inclusión de una sustancia en las listas;
- 2) el Comité de Estupefacientes ha solicitado expresamente el examen de una sustancia;
- 3) después de efectuar un examen previo de una sustancia, el Comité de Expertos recomienda que se lleve a cabo un examen crítico; o
- 4) se ha señalado a la atención de la OMS información según la cual una sustancia se fabrica clandestinamente, constituye un riesgo especialmente grave para la salud pública y la sociedad y no tiene utilidad terapéutica reconocida por ninguna Parte.

En relación con el caso 4), o si posteriormente se confirman usos terapéuticos de la sustancia en cuestión por cualquier Parte, la sustancia se someterá a un examen previo.

### Documento de examen crítico

20. La finalidad del documento de examen crítico es proporcionar datos integrales para la evaluación de una sustancia.

21. La Secretaría se encarga de recoger y recopilar datos sobre las sustancias que han de ser objeto de examen crítico. A tal efecto, utiliza un cuestionario para solicitar información de los ministros de salud de los Estados Miembros y de los órganos internacionales de fiscalización de drogas; también se encarga de distribuir el orden del día de la siguiente reunión del Comité.

22. El documento de examen crítico debe ser lo más exhaustivo posible y su presentación ha de ser equilibrada. Debe contener datos que sean adecuados y pertinentes, y que procedan, entre otras fuentes, de publicaciones médicas y estudios sobre el abuso de sustancias. A tal efecto, la Secretaría puede recabar la ayuda de asesores y de grupos de trabajo especiales.

23. Al preparar el proyecto de documento de examen crítico, incluido un informe aparte acerca del cuestionario, la Secretaría debe proporcionar información que, en lo posible, corresponda a las siguientes categorías:

- 1) identificación de las sustancias por su Denominación Común Internacional (DCI), denominación química u otras denominaciones comunes y comerciales, otras características de identificación, el número de registro del Servicio de Resúmenes Químicos (Chemical Abstracts Service - CAS);
- 2) características químicas, con inclusión de información general sobre síntesis, preparación y propiedades;
- 3) facilidad de transformación en sustancias fiscalizadas;
- 4) farmacología general, con inclusión de farmacocinética y farmacodinámica;
- 5) toxicología;
- 6) reacciones adversas en el ser humano;
- 7) posibilidad de crear dependencia;
- 8) posibilidad de uso indebido;
- 9) aplicaciones terapéuticas, grado de uso terapéutico y epidemiología del uso médico;
- 10) inclusión en la Lista Modelo OMS de Medicamentos Esenciales;
- 11) licencias de comercialización (como medicamento);
- 12) uso industrial;
- 13) uso no médico, abuso y dependencia;

- 14) naturaleza y magnitud de los problemas de salud pública relacionados con el abuso y la dependencia;
- 15) producción, consumo y comercio internacional lícitos;
- 16) fabricación y tráfico ilícitos e información conexas;
- 17) medidas de fiscalización vigentes y sus repercusiones;
- 18) medidas nacionales de fiscalización adoptadas en el pasado y actuales;
- 19) otras cuestiones médicas y científicas pertinentes para formular una recomendación relativa a la inclusión de una sustancia en las listas.

24. En el examen crítico los datos deben presentarse de manera que faciliten una evaluación por el Comité de Expertos basada en datos probatorios. El examen crítico contendrá un resumen y una sección dedicada a comparar directamente los datos con los criterios establecidos para la inclusión de sustancias en las listas.

25. El proyecto de documento de examen crítico y el informe sobre el cuestionario se distribuyen a los gobiernos, las instituciones, las organizaciones y otras partes interesadas que hayan colaborado de manera directa y sustancial en su preparación y lo hayan solicitado. Estos colaboradores pueden formular observaciones acerca del proyecto. Para contribuir a lograr que todo el material proporcionado al Comité de Expertos esté actualizado, la Secretaría distribuirá el orden del día de la siguiente reunión a los colaboradores en la preparación del informe.

26. Dos expertos pertenecientes a cuadros de expertos de la OMS realizarán un examen previo del proyecto de documento de examen crítico y del informe sobre el cuestionario en relación con cada sustancia, incluida una evaluación de su fuerza probatoria. Si se comprueban limitaciones u omisiones de datos, su existencia deberá señalarse para realizar el análisis o el ajuste que se estime necesario.

27. El documento de examen crítico y el informe sobre el cuestionario se distribuirán a todos los miembros del Comité de Expertos al menos 30 días antes de su reunión, y se publicarán en el sitio web de la OMS, con arreglo a las normas de la Organización en materia de publicación.

28. Se respetará el carácter confidencial de toda información que reciba la OMS con destino al examen, si así lo solicita quien proporciona la información. Se adoptarán las disposiciones apropiadas para mantener la confidencialidad de la información a la que tenga acceso el Comité de Expertos para preparar el examen previo y el examen crítico.

### **Examen preliminar de preparados exentos que contengan sustancias psicotrópicas**

29. La Secretaría debe examinar la notificación de exención recibida de una Parte en el Convenio de 1971 para determinar si el preparado que contiene una sustancia psicotrópica está destinado al consumo nacional únicamente en el país que goza de la exención o si se exporta a otros países. Si el preparado está destinado a uso interno únicamente y la Parte que goza de la exención asegura en su notificación que, a su leal saber y entender, no hay abuso significativo, la Secretaría dará por entendido que no es necesario someter la exención a la evaluación del Comité de Expertos. No obstante si la OMS recibe datos sobre abuso a nivel nacional o información indicativa de que el preparado puede dar lugar a un problema de salud pública y social para otra Parte (por ejemplo, tráfico ilícito y/o abuso), el Comité procede a evaluar la exención.



## Comité de Expertos en Farmacodependencia

30. De conformidad con el reglamento pertinente de la OMS, el Comité de Expertos se reúne cuando necesita analizar las cuestiones que son de su competencia. Por regla general, el Comité se reúne al menos una vez cada dos años.

31. **Composición.** Los miembros del Comité de Expertos son elegidos por el Director General con arreglo a lo dispuesto en el Reglamento de los cuadros y comités de expertos de la OMS. El Director General fijará el número de expertos que han de invitarse a una reunión del Comité de Expertos en Farmacodependencia, determinará la fecha y la duración de la reunión y la convocará.

32. **Funciones.** Las funciones del Comité de Expertos consisten en estudiar la información disponible sobre las sustancias que ha de examinar en el contexto de la fiscalización internacional y el establecimiento de exenciones, y en asesorar al Director General en materia de fiscalización. El asesoramiento del Comité se refiere a los datos científicos, médicos y de salud pública y debe ajustarse a los criterios fijados en los tratados. Las responsabilidades específicas del Comité son las siguientes:

- 1) en el examen previo, determinar si una sustancia debe someterse a examen crítico;
- 2) en el examen crítico, evaluar la capacidad de causar dependencia de cada una de las sustancias examinadas, la probabilidad de que sean objeto de abuso y de que causen problemas de salud pública y sociales, así como su utilidad médica terapéutica, y asesorar sobre su inclusión en la lista apropiada con arreglo a uno de los tratados;
- 3) en la evaluación de los preparados exentos, evaluar la necesidad de dar por terminadas las exenciones notificadas de los preparados con arreglo al Convenio de 1971.

33. **Procedimiento.** Se aplica el Reglamento de los cuadros y comités de expertos de la OMS.

34. **Secretaría.** El Comité de Expertos está secundado por una secretaría, en particular por el Secretario del Comité y por funcionarios de programas apropiados de la OMS, así como por consultores y asesores temporales, según proceda. Desempeña las funciones de Secretario un oficial técnico competente en esta materia.

35. **Otras organizaciones.** Podrán asistir como observadores a las reuniones del Comité de Expertos, previa invitación, representantes de organizaciones de las Naciones Unidas, como la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE) y organizaciones no gubernamentales apropiadas que mantengan relaciones oficiales con la OMS. En consulta con los miembros y con el Secretario, el Presidente del Comité de Expertos puede decidir celebrar una sesión en la que participen únicamente sus miembros.

36. El carácter confidencial de las recomendaciones y el asesoramiento del Comité de Expertos debe respetarse hasta que se apruebe su publicación con arreglo a la reglamentación interna de la OMS. Se pide a todos los participantes que respeten el carácter confidencial de la información recibida durante la actuación del Comité, así como del contenido de sus deliberaciones.

## Reunión de información

37. Las partes interesadas que tengan el propósito de presentar datos pueden solicitar que a tal efecto se convoque una reunión de información con el Comité de Expertos. Esas solicitudes deben presentarse a la Secretaría al menos 20 días antes del comienzo de la reunión del Comité. En la solicitud de-

be indicarse la naturaleza y el contenido de la exposición que se prevea realizar durante la reunión. Todos los participantes en la reunión del Comité son invitados a asistir a esta reunión de información.

38. El propósito de la reunión de información es ofrecer al Comité de Expertos, antes de su reunión, la oportunidad de escuchar exposiciones y formular preguntas a los representantes de las partes interesadas con respecto a los datos facilitados acerca de las sustancias objeto de examen.

39. La reunión de información se celebrará antes de que se convoque la reunión del Comité de Expertos. La Secretaría podrá fijar el orden del día de la reunión de información teniendo en cuenta la naturaleza de las exposiciones propuestas y las limitaciones de tiempo para la reunión del Comité. Las decisiones de la Secretaría con respecto a las reuniones de información se comunicarán a las partes interesadas que las hayan solicitado al menos 10 días antes de la reunión del Comité.

### **Expertos que colaboran en el examen por la OMS**

40. Los expertos que colaboran en el examen deben tener una formación científica de alto nivel y una experiencia profesional reconocidas en las disciplinas pertinentes en materia de estudio del comportamiento, farmacología, farmacia, medicina, biología o epidemiología, así como en administración de salud pública. Si bien es posible invitar a especialistas que representen servicios de investigación de la industria para que colaboren como consultores en los distintos grupos de trabajo especiales de la OMS, estos expertos no podrán participar en las reuniones del Comité de Expertos.

41. Para evitar conflictos de intereses la selección de los expertos que hayan de participar en el examen por la OMS deben ajustarse a criterios rigurosos. Estas consideraciones también se aplican a todas las demás personas que intervienen en el proceso. A este respecto, los expertos invitados a participar en el examen por la OMS, y en particular en la labor del Comité de Expertos, suscriben una declaración sobre posibles conflictos de intereses.

### **Evaluación del Comité de Expertos sobre la inclusión en las listas**

42. El Comité de Expertos basa sus deliberaciones principalmente en la documentación suministrada por la Secretaría, que consiste en el documento de examen crítico, el informe sobre el cuestionario y las observaciones que haya recibido acerca del examen crítico. El Comité también puede examinar información adicional facilitada en la reunión de información. Se deberá poner a disposición del Comité la información en que se basa el examen crítico. Si fuera necesario podrán adoptarse medidas adicionales para restringir el acceso a esta información a fin de observar las disposiciones relativas a la confidencialidad mencionadas en el párrafo 28 (véase *supra*).

43. Las propuestas relativas a la modificación del régimen de fiscalización de una sustancia deben ser objeto de la misma evaluación que se aplica a las sustancias que se propone incluir por primera vez en las listas; también a los efectos de esta evaluación se han de aplicar los criterios mencionados en los párrafos 46 a 59 (véase *infra*).

44. A fin de facilitar la administración eficaz del sistema internacional de fiscalización, no se considera conveniente incluir a una sustancia en las listas de más de un tratado. Esto se aplica también a las sustancias que se han incluido en uno de los cuadros de la Convención de 1988 o que la JIFE ha recomendado para su inclusión en ellos.

45. La recomendación de suprimir una sustancia de un tratado y la recomendación simultánea de incorporarla a otro tratado puede afectar a la administración del sistema internacional de reglamentación. Como ocurre con todas las recomendaciones, la posibilidad de introducir esos cambios debe estudiarse a la luz de nueva información que pueda justificar su introducción. Las propuestas de traslado

de una sustancia de un tratado a otro sólo deben hacerse cuando sean necesarias nuevas medidas de control específicas para reducir la magnitud o la probabilidad de abuso o el uso de la sustancia en la fabricación de drogas ilícitas, y no deben limitar indebidamente la disponibilidad para fines médicos y científicos legítimos.

## **El proceso de evaluación**

### **Orientación**

46. Tanto en la Convención de 1961 como en el Convenio de 1971 se prevé la fiscalización de sustancias que se prestan a «un abuso semejante y pueden producir efectos nocivos similares» a los de sustancias que ya son objeto de fiscalización con arreglo a esos tratados. Muchas sustancias presentan esas semejanzas en cuanto al «uso indebido» y los «efectos nocivos». Las anfetaminas, los barbitúricos y los tranquilizantes suelen estar sujetos al Convenio de 1971 en virtud de un entendimiento entre las Partes en dichos tratados, en virtud del cual la Convención de 1961 no debía aplicarse a estas sustancias, pese a que se reconoció que en algunos aspectos eran similares a la cocaína y la morfina.<sup>1</sup> Al considerar otras sustancias, que con respecto a las posibilidades de abuso presentan características similares a las sustancias fiscalizadas con arreglo a ambos tratados, el Comité de Expertos debe aplicar la secuencia analítica establecida en las orientaciones para todas las sustancias; es decir, examinar primero la aplicabilidad de la Convención de 1961 y, en caso negativo, examinar luego la del Convenio de 1971. En consecuencia, el Comité debe evaluar primero (sobre la base de estudios en animales y seres humanos) si la sustancia examinada presenta posibilidades semejantes de uso indebido y tiene propiedades causantes de dependencia similares a drogas ya fiscalizadas en el marco de la Convención de 1961. Esta evaluación no debe limitarse a la consideración de una sola propiedad farmacológica. Si la sustancia en cuestión presenta suficientes semejanzas en cuanto a la posibilidad de abuso y a las propiedades causantes de dependencia con otras drogas ya fiscalizadas con arreglo a la Convención de 1961, debe recomendarse su inclusión en las listas de este tratado; en caso contrario, se debe llevar a cabo un análisis basado en los criterios establecidos en el Convenio de 1971.

47. En la Convención de 1961 se prevé la fiscalización de las sustancias que es posible convertir en estupefacientes. En el Convenio de 1971 no se establece la fiscalización de los precursores. La Convención de 1988 colma esta laguna con respecto a la fiscalización de los precursores de sustancias psicotrópicas y de otras sustancias químicas utilizadas frecuentemente en la fabricación ilícita de las sustancias sujetas a fiscalización. La JIFE debe examinar a los precursores de estupefacientes y de sustancias psicotrópicas a fin de determinar si deben someterse a fiscalización. Podría pedirse al Comité de Expertos que evaluase la sustancia para determinar si es convertible en una sustancia fiscalizada con arreglo a la Convención de 1961. De ser así, el Comité debe determinar si la sustancia es «convertible» en el sentido del párrafo 49 de las presentes orientaciones y posteriormente determinar si es convertible en una sustancia fiscalizada con arreglo a la Convención de 1961.

### **Paso 1: Convención de 1961**

48. Al decidir si debe recomendar la fiscalización internacional, o la modificación de la fiscalización internacional, de una sustancia, el Comité de Expertos, una vez concluidas sus deliberaciones, determina en primer lugar si, con arreglo al subpárrafo *iii*) del párrafo 3 del artículo 3 de la Convención de 1961, la sustancia: 1) se presta a uso indebido o puede producir efectos nocivos parecidos a los de los estupefacientes de las Listas I o II, o 2) puede ser transformada en una sustancia ya incluida en dichas listas.

---

<sup>1</sup> Comentario a la Convención de 1961, subpárrafo *iii*), del párrafo 3, del artículo 3, comentario 6.

49. Además del principio de « semejanza » dispuesto en el párrafo 3(iii) del artículo 3 de esa Convención y mencionado en el párrafo 48, la Convención también contiene el principio de « convertibilidad ». Una sustancia es convertible cuando por la facilidad y rendimiento del proceso a un fabricante clandestino le resulta viable y rentable transformarla en drogas sujetas a fiscalización.<sup>1</sup>

50. La Secretaría comunicará con prontitud a la Secretaría de la JIFE todas las evaluaciones del Comité de Expertos sobre sustancias que podrían ser convertibles en estupefacientes. En caso de que el Comité de Expertos considere que una sustancia, ya sea psicoactiva o convertible en una sustancia psicoactiva incluida en los cuadros I o II de la Convención de 1988, debe incluirse en las listas, la Secretaría adoptará las medidas necesarias para coordinar su actuación con la de la Secretaría de la JIFE. De esta manera la JIFE podrá examinar la posibilidad de recomendar la supresión de la sustancia en cuestión del cuadro correspondiente de la Convención de 1988 antes de que la OMS comunique su recomendación a las Naciones Unidas. Si tanto la OMS como la JIFE formulan esas recomendaciones, la Comisión de Estupefacientes podría examinar las dos propuestas simultáneamente.

51. Si una sustancia satisface los criterios de inclusión en la Lista I de la Convención de 1961, el Comité de Expertos debe considerar además si la sustancia reúne los requisitos para la inclusión en la Lista IV, de conformidad con el párrafo 5 del artículo 3 de dicho tratado, relativo a las sustancias particularmente susceptibles de uso indebido y de producir efectos nocivos, y determinar si tal susceptibilidad no está compensada por ventajas terapéuticas apreciables que no posean otras sustancias sino los estupefacientes de la Lista IV.

52. En caso de que el Comité de Expertos llegue a la conclusión de que una sustancia no satisface los criterios para la fiscalización establecidos en la Convención de 1961, procede a evaluarla con arreglo al Convenio de 1971.

### **Paso 2: Convenio de 1971**

53. Al considerar la inclusión de una sustancia en una lista del Convenio de 1971, el Comité de Expertos determina, de conformidad con el párrafo 4 del artículo 2, si:

- a) la sustancia puede producir:
  - i) 1) un estado de dependencia,<sup>2</sup> y
  - 2) una estimulación o depresión del sistema nervioso central que den lugar a alucinaciones o a trastornos de la función motora, del pensamiento, del comportamiento, de la percepción o del estado de ánimo, o
  - ii) la sustancia se presta a abuso de forma semejante a alguna de las sustancias incluidas en las Listas I, II, III o IV y puede tener efectos nocivos análogos, y

---

<sup>1</sup> Comentario a la Convención de 1961, párrafo 13.

<sup>2</sup> En su 28.ª reunión, el Comité de Expertos en Farmacodependencia definió la dependencia como: «Un conglomerado de fenómenos fisiológicos, de la conducta y cognoscitivos de variable intensidad en los que el uso de una droga o drogas psicoactivas adquiere un alto grado de prioridad. Las características descriptivas necesarias son preocupación con el deseo de obtener y tomar la droga y conducta persistente de búsqueda de la droga. Los factores determinantes y las consecuencias problemáticas de la farmacodependencia pueden ser biológicos, psicológicos o sociales y operan generalmente en forma recíproca.» El Comité también señaló que, en su opinión, esta definición es compatible con las pautas para el diagnóstico de la CIE-10. (Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia. 28.º informe. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1993 (OMS, Serie de Informes Técnicos, n.º 836)).

- b) hay pruebas suficientes de que la sustancia es o puede ser objeto de un abuso que constituya un problema de salud pública y social, pruebas que justifican la fiscalización internacional de la sustancia.
54. En relación con el párrafo 53 de las presentes Orientaciones, el principio de semejanza enunciado en el inciso ii) del apartado a) del párrafo 4 del artículo 2 del Convenio de 1971 sólo se aplica cuando la sustancia no produce un estado de dependencia. Si nada indica que la sustancia cause dependencia, el principio de semejanza cobra importancia; de no ser así, sólo tiene un valor secundario.
55. En el Comentario al Convenio de 1971 se formulan las siguientes consideraciones, que habrán de tenerse en cuenta al efectuar la evaluación:
- i) «La evaluación de las sustancias (...) no debe comprender sólo los resultados fácticos [del] examen [por la OMS] (...) sino también *los datos que haya comprobado habida cuenta de las consideraciones de orden sanitario que considere apropiadas* (...)» Comentario al Convenio de 1971, párr. 41;
- ii) «La OMS debe establecer también *el grado de uso indebido efectivo o probable* (...) para que pueda determinarse si (...) constituye un problema sanitario y social que justifique la fiscalización internacional de la sustancia.» Id., párr. 42;
- iii) La OMS debe «evaluar *el grado de gravedad del problema sanitario y social* (...). Puesto que para llegar a su decisión la [Comisión de Estupefacientes deberá] ponderar las propiedades peligrosas de la sustancia en el contexto de las consideraciones no médicas... le sería útil conocer la opinión de la OMS sobre el *grado de gravedad del problema sanitario y social* que ha de tener en cuenta. Párrafo 5 del artículo 2...» Id., párr. 43;
- iv) La OMS tiene que evaluar «*el grado de utilidad de la sustancia en terapéutica médica*... basándose en dos consideraciones: a) la magnitud del riesgo para la salud pública, y b) la utilidad de la droga en terapéutica médica... [lo cual significa] que hay que tener en cuenta no sólo sus posibles efectos beneficiosos, su valor en caso de graves indicaciones médicas, y la amplitud y la frecuencia de su empleo, sino también la intensidad de sus propiedades peligrosas (...) y otros efectos nocivos secundarios» Id., párr. 44;
- v) Se puede afirmar que al recomendar para una sustancia una determinada lista la OMS *se orientará por sus puntos de vista sobre el grado de riesgo para la salud pública que la sustancia presenta y sobre su utilidad en terapéutica médica*» Id., párr. 49.
56. Sobre la base de estas consideraciones, el Comité de Expertos, en su 17.<sup>a</sup> reunión,<sup>1</sup> elaboró criterios más específicos para proponer la inclusión de una sustancia en una lista determinada. Esos criterios son los siguientes:

Para la inclusión en la Lista I:

Sustancias cuyo consumo puede ser abusivo y significar un riesgo especialmente grave para la salud pública, y cuyo valor terapéutico es muy limitado o nulo.

---

<sup>1</sup> Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia. 17.º informe. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1970 (OMS, Serie de Informes Técnicos, n.º 437).

Para su inclusión en la Lista II:

Sustancias cuyo consumo puede ser abusivo y significar un riesgo notable para la salud pública, y cuyo valor terapéutico es débil o moderado.

Para su inclusión en la Lista III:

Sustancias cuyo consumo puede ser abusivo y significar un riesgo notable para la salud pública, y cuyo valor terapéutico es moderado o grande.

Para su inclusión en la Lista IV:

Sustancias cuyo consumo puede ser abusivo y significar un riesgo débil, pero aún significativo para la salud pública, y cuyo valor terapéutico varía entre escaso y grande.

En los casos en que los criterios arriba indicados se aplican sólo de manera parcial, la recomendación de la inclusión en las listas se debe hacer dando más importancia al riesgo relacionado con el aspecto de la salud pública que se refiere específicamente a la posibilidad de abuso.

No obstante, las recomendaciones de inclusión en la Lista I sólo se deben hacer cuando se reúnan cabalmente los criterios arriba indicados, con respecto tanto al valor terapéutico como al riesgo para la salud pública.

57. Los criterios indicados en el párrafo anterior no se refieren específicamente a la dimensión de los problemas sociales, los cuales, sin embargo, se abordan en el Comentario al Convenio de 1971. También es evidente que dichos criterios no abarcan todos los casos. La expresión «riesgo para la salud pública» allí empleada debe interpretarse como referencia tanto a los problemas sociales como a los de salud pública. Cabe señalar que, con arreglo al apartado *b*) del párrafo 4 del artículo 2 de dicho tratado debe haber pruebas que justifiquen la fiscalización «internacional» de la sustancia en cuestión, lo cual significa que las medidas de fiscalización previstas en él son adecuadas para resolver o aliviar el problema y que su falta de aplicación en un país, con independencia de que en él exista un problema de salud pública y social provocado por dicha sustancia, debilitará la fiscalización en otros países en los que sí exista ese problema. La fiscalización internacional también se justifica cuando se trata de un problema de salud pública y social que sólo existe en un país, en caso de que las medidas de fiscalización en dicho país resulten debilitadas por la falta de fiscalización en otros países.

58. Si el Comité de Expertos recomienda incluir en una lista una sustancia que ya figure en el Cuadro I o el Cuadro II de la Convención de 1988, la Secretaría de la OMS adoptará las medidas necesarias para coordinar su procedimiento con el de la secretaría de la JIFE. De esa manera la JIFE podrá examinar la posibilidad de recomendar la supresión de la sustancia del cuadro correspondiente de la Convención de 1988 antes de que la OMS comunique su recomendación a las Naciones Unidas. Si tanto la OMS como la JIFE formulan tales recomendaciones, la Comisión de Estupefacientes podrá examinar simultáneamente ambas propuestas.

59. El Comité de Expertos formulará su recomendación sobre la inclusión en las listas de todas las drogas o sustancias objeto de examen conforme al procedimiento indicado en el párrafo 60 (véase *infra*). En caso de que el Comité no pueda formular una recomendación acerca de las sustancias obje-

to de examen, solicitará que se lleve a cabo otro examen crítico con miras a abordar dicha cuestión en una futura reunión del Comité.<sup>1</sup>

### **Paso 3: El informe**

60. El Comité de Expertos prepara un resumen de la evaluación de cada sustancia examinada. En este resumen debe indicar sus conclusiones con respecto a la semejanza (propiedades farmacológicas, abuso y efectos nocivos) con sustancias ya incluidas en las listas I y II de la Convención de 1961 y, en el caso de una sustancia «convertible», una evaluación de la posibilidad de transformarla en una sustancia ya sujeta a medidas de fiscalización de estupefacientes. Si se recomienda la fiscalización de la sustancia con arreglo al Convenio de 1971, en el resumen también debe indicarse si esa fiscalización se recomienda por tratarse de una sustancia que provoca dependencia o bien por las semejanzas que presenta con sustancias ya sujetas a fiscalización. Con respecto a todas las sustancias examinadas, el resumen de la evaluación debe abarcar una descripción de las conclusiones del Comité de Expertos sobre el grado y la probabilidad de abuso, el grado de gravedad del problema de salud pública y social, y el grado de utilidad de la sustancia en terapéutica médica, junto con las medidas de fiscalización que considere oportuno adoptar a la luz de dicha evaluación. El Comité asesorará al Director General con respecto a su evaluación y recomendación. El informe se publicará y estará disponible en el sitio web de la OMS de conformidad con las normas de la Organización relativas a la publicación de los informes de los comités de expertos.

### **Evaluación por el Comité de Expertos de los preparados exentos**

61. El Comité de Expertos debe evaluar los preparados exentos en función de lo siguiente: 1) la conformidad con los requisitos establecidos en el párrafo 2 del artículo 3 del Convenio de 1971, relativo a la posibilidad de uso indebido y la recuperabilidad de las sustancias psicotrópicas, y con la resolución 1 (S-VIII) de la Comisión de Estupefacientes; y 2) las pruebas que tenga la OMS de que el preparado pueda constituir un problema de salud pública y social para un país importador o para un país donde sea objeto de comercio ilícito. Una vez concluida la evaluación, el Comité de Expertos presta el correspondiente asesoramiento al Director General.<sup>2</sup>

## **V. COMUNICACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES DE LA OMS**

62. Después de recibir el asesoramiento del Comité de Expertos acerca de la inclusión, o la modificación de la inclusión, de una sustancia en las listas, el Director General comunica a las Naciones Unidas, de la forma apropiada, la recomendación en nombre de la OMS. Las recomendaciones se publican en el sitio web de la Organización.

63. Toda recomendación de poner término a una exención en forma total o parcial es comunicada por el Director General a la Parte que goza de la exención, si el problema de abuso se limita al país de origen del preparado, o a las Naciones Unidas, si el alcance de los problemas es mayor.

---

<sup>1</sup> Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia. 34.º informe. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2007 (OMS, Serie de Informes Técnicos, n.º 942), p. 18.

<sup>2</sup> Véase también el apéndice 2.

## VI. PUBLICACIÓN DE LOS DOCUMENTOS RELACIONADOS CON EL EXAMEN POR LA OMS

64. El Director General presentará al Consejo Ejecutivo un informe sobre las reuniones del Comité de Expertos en Farmacodependencia con arreglo a lo dispuesto en el párrafo 4.23 del Reglamento de los cuadros y comités de expertos de la OMS; de conformidad con las normas de la Organización, el informe del Comité de Expertos se publica en la Serie de Informes Técnicos de la OMS y en el sitio web de la Organización. La publicación de cualquier otro documento preparado por el Comité de Expertos está sujeta a las disposiciones del párrafo 4.15 del mencionado Reglamento, donde se establece que el Director General podrá publicar o autorizar la publicación de cualquier documento preparado por un comité de expertos, con el debido reconocimiento de autoría cuando así proceda.

## VII. ABREVIATURAS Y DEFINICIONES

Comité de Estupefacientes	La comisión del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas que se ocupa de los estupefacientes.
Comité de Expertos	En el presente documento, por «el Comité de Expertos» se entiende el Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia. En 1948 la Primera Asamblea Mundial de la Salud, en virtud de su resolución WHA1.25, decidió establecer el Comité de Expertos en Drogas que Engendran Hábito; a partir de su 16.ª reunión (1968) este comité pasó a llamarse, Comité de Expertos en Farmacodependencia.
Convención de 1961	Convención Única sobre Estupefacientes, de 1961, enmendada por el Protocolo de 1972.
Convención de 1988	Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas, de 1988.
Convenio de 1971	Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas, de 1971.
Estado Miembro	Un Estado que es un Miembro de la OMS.
Estupefaciente	Toda sustancia que figure en las listas I o II de la Convención Única sobre Estupefacientes, de 1961, enmendada por el Protocolo de 1972 de Modificación de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes, sea natural o sintética.
JIFE	Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes establecida por la Convención Única de Estupefacientes, de 1961, enmendada por el Protocolo de 1972.
Notificación	Una comunicación oficial dirigida al Secretario General de las Naciones Unidas por una Parte en un tratado de fiscalización internacional de Estupefacientes, por la OMS o por el Secretario General de las Naciones Unidas a una Parte en un tratado sobre fiscalización internacional de estupefacientes o a la OMS. En el contexto de las presentes orientaciones, la referencia a una notifi-



---

	<p>cación alude a una notificación relativa a la inclusión de una sustancia en una lista al amparo de las disposiciones del artículo 3 de la Convención Única o de los artículos 2 y 3 del Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas.</p>
Parte	<p>Un Estado que haya pasado a ser Parte en un tratado de fiscalización internacional de estupefacientes mediante la firma, la ratificación, la adhesión o la sucesión.</p>
Secretaría	<p>La Secretaría de la OMS.</p>
Sustancia psicoactiva	<p>Toda sustancia natural o de síntesis o todo material que tenga propiedades psicoactivas.</p>
Sustancia psicotrópica	<p>Toda sustancia natural o de síntesis o todo material natural incluido en las listas I, II, III o IV del Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas, de 1971.</p>
UNODC	<p>Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito.</p>

## APÉNDICE 1

**FRAGMENTOS DE LOS TRATADOS DE LAS NACIONES UNIDAS RELATIVOS  
A LA FISCALIZACIÓN DE DROGAS****Convención Única sobre Estupefacientes, de 1961, enmendada  
por el Protocolo de 1972 (fragmentos)<sup>1</sup>***Artículo 3*

## MODIFICACIONES DE LA ESFERA DE APLICACIÓN DE LA FISCALIZACIÓN

1. Siempre que una de las Partes o la Organización Mundial de la Salud posean datos que, a su parecer, puedan exigir una modificación de cualquiera de las Listas, lo notificarán al Secretario General y le facilitarán los datos en que se base la notificación.
2. El Secretario General comunicará la notificación y los datos que considere pertinentes a las Partes, a la Comisión y, cuando la notificación proceda de alguna de las Partes, a la Organización Mundial de la Salud.
3. Cuando una notificación se refiera a una sustancia que no esté ya incluida en las Listas I o II,
  - i)* Las Partes examinarán, teniendo en cuenta la información de que se disponga, la posibilidad de aplicar provisionalmente a la sustancia de que se trate todas las medidas de fiscalización que rigen para los estupefacientes de la Lista I;
  - ii)* Antes de tomar una decisión de conformidad con el apartado *iii)* de este párrafo, la Comisión podrá decidir que las Partes, apliquen provisionalmente a dicha sustancia todas las medidas de fiscalización aplicables a los estupefacientes de la Lista I. Las Partes aplicarán tales medidas a la referida sustancia con carácter provisional;
  - iii)* Si la Organización Mundial de la Salud comprueba que dicha sustancia se presta a uso indebido o puede producir efectos nocivos parecidos a los de los estupefacientes de las Listas I o II, o que puede ser transformada en un producto que se preste a un uso indebido similar o que pueda producir efectos nocivos semejantes, comunicará su dictamen a la Comisión, la cual podrá, de conformidad con la recomendación de la Organización Mundial de la Salud, decidir que se incluya dicha sustancia en la Lista I o en la Lista II.
4. Si la Organización Mundial de la Salud comprueba que un preparado, dadas las sustancias que contiene, no se presta a uso indebido y no puede producir efectos nocivos (inciso 3), y que su contenido de estupefaciente no se puede recuperar con facilidad, la Comisión podrá, de conformidad con la recomendación de la Organización Mundial de la Salud, incluir este preparado en la Lista III.
5. Si la Organización Mundial de la Salud comprueba que un estupefaciente de la Lista I es particularmente susceptible de uso indebido y de producir efectos nocivos (inciso 3) y que tal susceptibilidad no está compensada por ventajas terapéuticas apreciables que no posean otras sustancias sino los

---

<sup>1</sup> Convención Única sobre Estupefacientes, de 1961. Nueva York, Naciones Unidas, 1977.

estupefacientes de la Lista IV, la Comisión podrá, de conformidad con la recomendación de la Organización Mundial de la Salud, incluir este estupefaciente en la Lista IV.

6. Cuando una notificación se refiera a un estupefaciente de las Listas I o II o a un preparado de la Lista III, la Comisión, sin perjuicio de las medidas previstas en el inciso 5, podrá, de conformidad con la recomendación de la Organización Mundial de la Salud, modificar cualquiera de las Listas:

- a) transfiriendo un estupefaciente de la Lista I a la Lista II o de la Lista II a la Lista I; o
- b) retirando un estupefaciente o preparado, según el caso, de una de las Listas.

7. Toda decisión que tome la Comisión al aplicar este artículo, será comunicada por el Secretario General a todos los Estados Miembros de las Naciones Unidas, a los Estados no miembros que sean Parte en la Convención, a la Organización Mundial de la Salud y a la Junta. Dicha decisión entrará en vigor respecto a cada una de las Partes en la fecha en que reciba tal comunicación, y las Partes adoptarán entonces las medidas requeridas por esta Convención.

8. a) Las decisiones de la Comisión que modifiquen cualesquiera de las Listas estarán sujetas a revisión por el Consejo, previa solicitud de cualesquiera de las Partes presentada dentro de un plazo de noventa días contados a partir de la fecha de recibo de la notificación de la decisión. La solicitud de revisión será presentada al Secretario General junto con toda la información pertinente en que se base dicha solicitud de revisión.

b) El Secretario General transmitirá copias de la solicitud de revisión y de la información pertinente a la Comisión, a la Organización Mundial de la Salud y a todas las Partes y las invitará a que formulen sus observaciones dentro de un plazo de noventa días. Todas las observaciones que se reciban serán sometidas al Consejo para que éste las examine.

c) El Consejo podrá confirmar, modificar o revocar la decisión de la Comisión y la decisión del Consejo será definitiva. La notificación de la decisión del Consejo será transmitida a los Estados Miembros de las Naciones Unidas, a los Estados no miembros Partes en la Convención, a la Comisión, a la Organización Mundial de la Salud y a la Junta.

d) Mientras se tramite la revisión, seguirá vigente la decisión original de la Comisión.

9. Las decisiones de la Comisión adoptadas de conformidad con este artículo no estarán sujetas al procedimiento de revisión previsto en el artículo 7.

**Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas, de 1971 (fragmentos)<sup>1</sup>***Artículo 2*

## ALCANCE DE LA FISCALIZACIÓN DE LAS SUSTANCIAS

...

4. Si la Organización Mundial de la Salud comprueba:
  - a) Que la sustancia puede producir:
    - i) 1) Un estado de dependencia y
    - 2) Estimulación o depresión del sistema nervioso central, que tengan como resultado alucinaciones o trastornos de la función motora o del juicio o del comportamiento o de la percepción o del estado de ánimo, o
  - ii) Un uso indebido análogo y efectos nocivos parecidos a los de una sustancia de las Listas I, II, III o IV, y
- b) Que hay pruebas suficientes de que la sustancia es o puede ser objeto de un uso indebido tal que constituya un problema sanitario y social que justifique la fiscalización internacional de la sustancia,

la Organización Mundial de la Salud comunicará a la Comisión un dictamen sobre la sustancia, incluido el alcance o probabilidad del uso indebido, el grado de gravedad del problema sanitario y social y el grado de utilidad de la sustancia en terapéutica médica, junto con cualesquier recomendaciones sobre las medidas de fiscalización, en su caso, que resulten apropiadas según su dictamen.

5. La Comisión, teniendo en cuenta la comunicación de la Organización Mundial de la Salud, cuyos dictámenes serán determinantes en cuestiones médicas y científicas, y teniendo presentes los factores económicos, sociales, jurídicos, administrativos y de otra índole que considere oportunos, podrá agregar la sustancia a las Listas I, II, III o IV. La Comisión podrá solicitar ulterior información de la Organización Mundial de la Salud o de otras fuentes adecuadas.

...

*Artículo 3*

## DISPOSICIONES ESPECIALES RELATIVAS A LA FISCALIZACIÓN DE LOS PREPARADOS

1. Salvo lo dispuesto en los párrafos siguientes del presente artículo, todo preparado estará sujeto a las mismas medidas de fiscalización que la sustancia sicotrópica que contenga y, si contiene más de una de tales sustancias, a las medidas aplicables a la sustancia que sea objeto de la fiscalización más rigurosa.

---

<sup>1</sup> Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas, de 1971. Nueva York, Naciones Unidas, 1977.

2. Si un preparado que contenga una sustancia sicotrópica distinta de las de la Lista I tiene una composición tal que el riesgo de uso indebido es nulo o insignificante y la sustancia no puede recuperarse por medios fácilmente aplicables en una cantidad que se preste a uso indebido, de modo que tal preparado no da lugar a un problema sanitario y social, el preparado podrá quedar exento de algunas de las medidas de fiscalización previstas en el presente Convenio conforme a lo dispuesto en el párrafo 3.

3. Si una Parte emite un dictamen en virtud del párrafo anterior acerca de un preparado, podrá decidir que tal preparado quede exento, en su país o en una de sus regiones, de todas o algunas de las medidas de fiscalización previstas en el presente Convenio, salvo en lo prescrito respecto a:

- a) artículo 8 (Licencias), en lo que se refiere a la fabricación;
- b) artículo 11 (Registros), en lo que se refiere a los preparados exentos;
- c) artículo 13 (Prohibición y restricciones a la exportación e importación);
- d) artículo 15 (Inspección), en lo que se refiere a la fabricación;
- e) artículo 16 (Informes que deben suministrar las Partes), en lo que se refiere a los preparados exentos; y
- f) artículo 22 (Disposiciones penales) en la medida necesaria para la represión de actos contrarios a las leyes o reglamentos dictados de conformidad con las anteriores obligaciones.

Dicha Parte notificará al Secretario General tal decisión, el nombre y la composición del preparado exento y las medidas de fiscalización de que haya quedado exento. El Secretario General transmitirá la notificación a las demás Partes, a la Organización Mundial de la Salud y a la Junta.

4. Si alguna de las Partes o la Organización Mundial de la Salud tuvieran información acerca de un preparado exento conforme al párrafo 3, que a su juicio exija que se ponga fin, total o parcialmente, a la exención, hará una notificación al Secretario General y le facilitarán información en apoyo de la misma. El Secretario General transmitirá esa notificación y los datos que considere pertinentes a las Partes, a la Comisión y, cuando la notificación proceda de una de las Partes, a la Organización Mundial de la Salud. La Organización Mundial de la Salud comunicará a la Comisión un dictamen sobre el preparado, en relación con los puntos mencionados en el párrafo 2, junto con una recomendación sobre las medidas de fiscalización, en su caso, de que deba dejar de estar exento el preparado. La Comisión, tomando en consideración la comunicación de la Organización Mundial de la Salud, cuyo dictamen será determinante en cuestiones médicas y científicas, y teniendo en cuenta los factores económicos, sociales, jurídicos, administrativos y de otra índole que estime pertinentes, podrá decidir poner fin a la exención del preparado de una o de todas las medidas de fiscalización. Toda decisión que tome la Comisión de conformidad con este párrafo será comunicada por el Secretario General a todos los Estados Miembros de las Naciones Unidas, a los Estados no miembros que sean Partes en el presente Convenio, a la Organización Mundial de la Salud y a la Junta. Todas las Partes dispondrán lo necesario para poner fin a la exención de la medida o medidas de fiscalización en cuestión en un plazo de 180 días a partir de la fecha de la comunicación del Secretario General.

**Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes  
y Sustancias Sicotrópicas, de 1988 (fragmentos)<sup>1</sup>**

*Artículo 12*

SUSTANCIAS QUE SE UTILIZAN CON FRECUENCIA EN LA FABRICACIÓN ILÍCITA  
DE ESTUPEFACIENTES O SUSTANCIAS SICOTRÓPICAS

1. Las Partes adoptarán las medidas que estimen adecuadas para evitar la desviación de las sustancias que figuran en el Cuadro I y el Cuadro II, utilizadas en la fabricación ilícita de estupefacientes o sustancias sicotrópicas, y cooperarán entre ellas con este fin.

2. Si una de las Partes o la Junta posee datos que, a su juicio, puedan requerir la inclusión de una sustancia en el Cuadro I o el Cuadro II, lo notificará al Secretario General y le facilitará los datos en que se base la notificación. El procedimiento descrito en los párrafos 2 a 7 del presente artículo también será aplicable cuando una de las Partes o la Junta posea información que justifique suprimir una sustancia del Cuadro I o del Cuadro II o trasladar una sustancia de un cuadro a otro.

3. El Secretario General comunicará esa notificación y los datos que considere pertinentes a las Partes, a la Comisión y, cuando la notificación proceda de alguna de las Partes, a la Junta. Las Partes comunicarán al Secretario General sus observaciones acerca de la notificación y toda la información complementaria que pueda serle útil a la Junta para elaborar un dictamen y a la Comisión para adoptar una decisión.

4. Si la Junta, teniendo en cuenta la magnitud, importancia y diversidad del uso lícito de esa sustancia, y la posibilidad y facilidad del empleo de otras sustancias tanto para la utilización lícita como para la fabricación ilícita de estupefacientes o de sustancias sicotrópicas, comprueba:

*a)* Que la sustancia se emplea con frecuencia en la fabricación ilícita de un estupefaciente o de una sustancia sicotrópica;

*b)* Que el volumen y la magnitud de la fabricación ilícita de un estupefaciente o de una sustancia sicotrópica crean graves problemas sanitarios o sociales, que justifican la adopción de medidas en el plano internacional,

comunicará a la Comisión un dictamen sobre la sustancia, en el que se señale el efecto que tendría su incorporación al Cuadro I o al Cuadro II tanto sobre su uso lícito como sobre su fabricación ilícita, junto con recomendaciones de las medidas de vigilancia que, en su caso, sean adecuadas a la luz de ese dictamen.

5. La Comisión, teniendo en cuenta las observaciones presentadas por las Partes y las observaciones y recomendaciones de la Junta, cuyo dictamen será determinante en cuanto a los aspectos científicos, y tomando también debidamente en consideración otros factores pertinentes, podrá decidir, por una mayoría de dos tercios de sus miembros, incorporar una sustancia al Cuadro I o al Cuadro II.

...

---

<sup>1</sup> Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas, 1988.

## APÉNDICE 2

**RESOLUCIÓN 1 (S-VIII) DE LA COMISIÓN DE ESTUPEFACIENTES  
DE LAS NACIONES UNIDAS<sup>1</sup>**Directrices para la exención de preparados de determinadas medidas de fiscalización en virtud de las disposiciones del artículo 3 del Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas, de 1971La Comisión de Estupefacientes,

Habiendo tomado nota de los documentos MNH/78.1 y MNH/82.51 que contienen propuestas de grupos de consultas de la Organización Mundial de la Salud concernientes a directrices para la concesión de exenciones en virtud de las disposiciones del artículo 3 del Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971,

Habiendo examinado el informe del Secretario General, de 16 de diciembre de 1983, titulado «Examen del establecimiento de directrices para la exención de preparados en virtud de las disposiciones del artículo 3 del Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas» (E/CN.7/1984/4),

Recordando sus resoluciones 2 (S-VI), de 19 de febrero de 1980, y 5 (XXX), de 16 de febrero de 1983,

Teniendo presente que en las decisiones tomadas por la Comisión con respecto a la terminación de una exención deben considerarse las condiciones sociales y económicas existentes en el país que otorga la exención, incluido el nivel de desarrollo de sus servicios nacionales médicos y de su sistema nacional de distribución de drogas,

Convencida de la necesidad de que los Gobiernos contribuyan a la elaboración de nuevas directrices, a la luz de la experiencia obtenida durante la aplicación de las que actualmente están en vigor,

Aprueba las siguientes directrices para su aplicación por las autoridades nacionales, la Organización Mundial de la Salud y la Comisión de Estupefacientes:

Directrices cuya aplicación se propone a las autoridades nacionales

- a) No debe concederse exención a los preparados que contengan una sustancia sicotrópica en unión con *i*) otras sustancias sicotrópicas, *ii*) un estupefaciente o *iii*) una sustancia psicoactiva no sometida a fiscalización internacional de la que se sepa que puede ser objeto de uso indebido; no obstante, puede contemplarse la exención de un preparado incluido en cualquiera de las tres categorías anteriores pero cuya composición sea tal que el riesgo de uso indebido sea insignificante;
- b) No debe concederse exención a los preparados que contengan una sustancia sicotrópica en unión de un estupefaciente de las Listas I o II de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes; la exención sólo podrá autorizarse si la Comisión ha incluido el preparado en la

---

<sup>1</sup> Véase el documento de las Naciones Unidas E/CN.7/1984/13(1984).

Lista III de esa Convención, de acuerdo con el procedimiento de enmienda establecido en virtud de lo dispuesto en el párrafo 4 del artículo 3 de la Convención;

- c)* No debe concederse exención a los preparados inyectables que contengan sustancias sicotrópicas;
- d)* Los preparados que contengan sustancias sicotrópicas no deben quedar eximidos de lo dispuesto en el párrafo 1 del artículo 10 del Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971;
- e)* Los preparados que contengan sustancias sicotrópicas no deben quedar eximidos de lo dispuesto en el párrafo 2 del artículo 10 del Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas, a menos que esa exención esté hecha en conformidad con los requisitos reglamentarios nacionales;
- f)* Los preparados que contengan sustancias sicotrópicas no deben quedar eximidos de los requisitos del artículo 12 del Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971;
- g)* A reserva de lo dispuesto en las directrices *d)*, *e)* y *f)*, los reactivos para los diagnósticos *in vitro*, los amortiguadores y los patrones analíticos que contengan sustancias sicotrópicas pueden quedar eximidos de lo dispuesto en los artículos 10 y 12 del Convenio;

Directrices cuya aplicación se propone a la Organización Mundial de la Salud

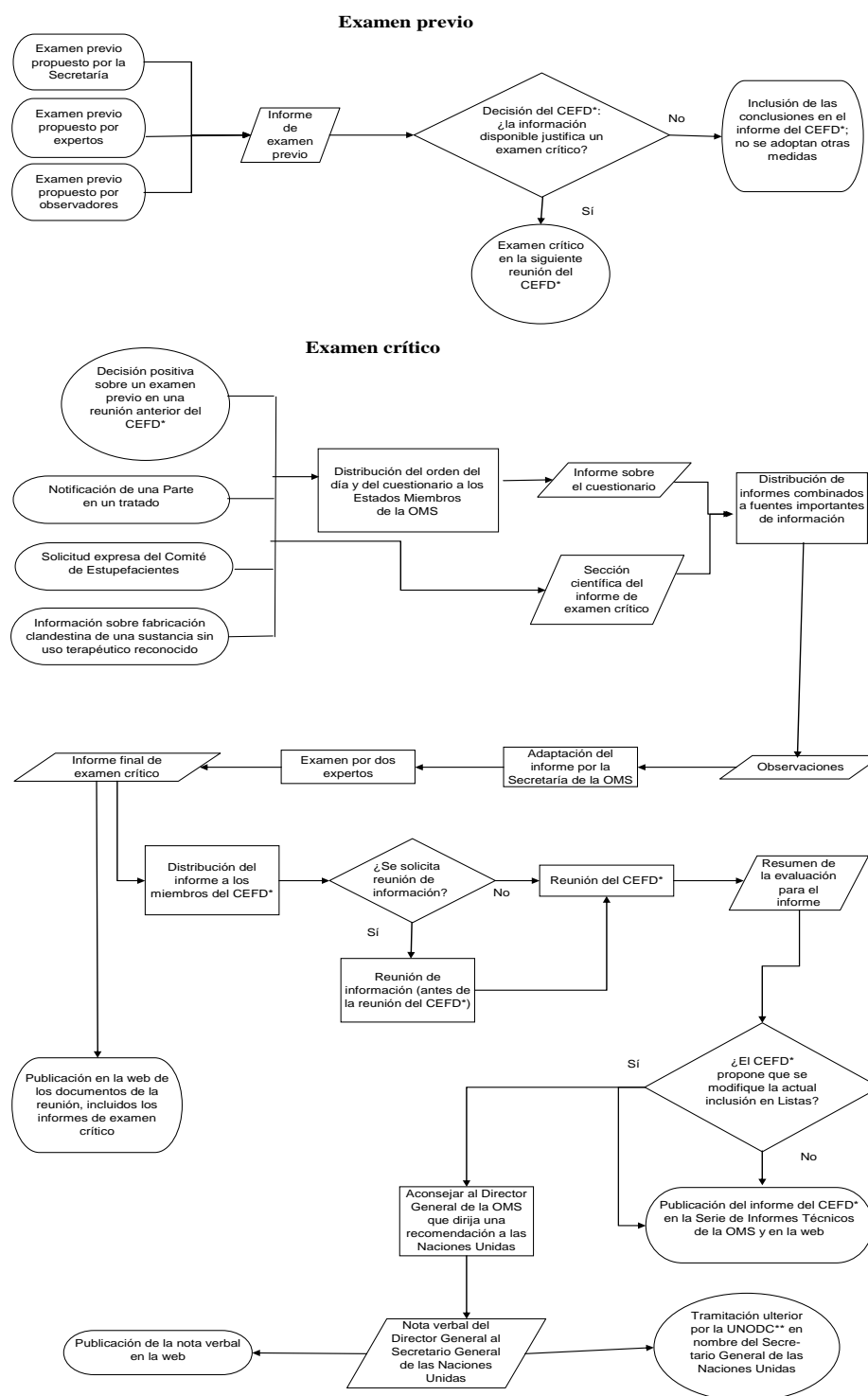
*h)* La Organización Mundial de la Salud no examinará habitualmente las notificaciones de exenciones de las Partes destinadas sólo a uso nacional; no obstante, cuando existan pruebas de que una exención específica concedida por un organismo nacional competente no cumple con las directrices *a)* a *e)* *supra*, y pudiese constituir un peligro para la salud pública del país de que se trate, la Organización Mundial de la Salud deberá inmediatamente llamar a la atención de la autoridad nacional competente el posible peligro sanitario público y asesorar a la Comisión de Estupefacientes acerca de su acción a ese respecto. Si, no obstante, existen pruebas de que esa exención constituye un peligro para otro país, la Organización Mundial de la Salud deberá proceder a examinar la exención con carácter de urgencia.



## APÉNDICE 3

## DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN

## Examen por la OMS de sustancias psicoactivas en el contexto de la fiscalización internacional



\* CEFD: Comité de Expertos en Farmacodependencia. \*\* UNODC: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito.

## ANEXO 7

# Repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de las resoluciones adoptadas por el Consejo Ejecutivo

**1. Resolución EB126.R4** Monitoreo del logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud

**2. Relación con el presupuesto por programas**

Objetivos estratégicos:	Resultados previstos a nivel de toda la Organización:
2. Combatir el VIH/sida, la tuberculosis y el paludismo	Todos los resultados previstos para este objetivo estratégico
4. Reducir la morbilidad y mortalidad y mejorar la salud en etapas clave de la vida, como el embarazo, el parto, el periodo neonatal, la infancia y la adolescencia, y mejorar la salud sexual y reproductiva y promover el envejecimiento activo y saludable de todas las personas	Todos los resultados previstos, salvo el 4.8
10. Mejorar los servicios de salud mediante el fortalecimiento de la gobernanza, la financiación, la dotación de personal y la gestión, respaldadas por datos probatorios e investigaciones fiables y accesibles	Todos los resultados previstos, salvo los 10.6, 10.7 y 10.9

**(Indicar brevemente la relación con los resultados previstos, los indicadores, los objetivos y los niveles de base)**

La resolución es particularmente pertinente para el objetivo estratégico 10, relativo a la vez a la mejora de la gestión y la coordinación de la prestación de servicios de salud mediante un planteamiento basado en la atención primaria de salud, y a la mejora del monitoreo y la evaluación de los progresos realizados. Asimismo, la resolución es muy pertinente para todos los objetivos estratégicos que se refieren a la consecución de resultados sanitarios específicos, especialmente los objetivos estratégicos 1-4. Del último grupo interesa en particular al objetivo estratégico 2 y al objetivo estratégico 4. Otros objetivos estratégicos de interés para la resolución son el 5, sobre emergencias y crisis (resultados previstos 5.1-5.3), el 6, sobre reducción de los factores de riesgo relacionados con afecciones vinculadas a los estilos de vida insalubres (resultado previsto 6.6), el 7, sobre los determinantes sociales y económicos subyacentes a la salud y el mejoramiento de la equidad sanitaria (resultado previsto 7.3), el 8, sobre la promoción de un entorno más saludable (resultados previstos 8.1 y 8.2), el 9, sobre la nutrición y la inocuidad y seguridad de los alimentos (resultados previstos 9.1-9.4), el 11, sobre el aseguramiento del acceso a los productos y las tecnologías médicas (resultados previstos 11.1-11.3), y el 12, sobre liderazgo, alianzas y colaboración con los países (resultados previstos 12.1-12.3)

**3. Repercusiones presupuestarias**

- a) Costo total estimado de la ejecución de las actividades de la Secretaría solicitadas en la resolución en todo su periodo de vigencia (redondeado a la decena de millar de US\$ más próxima; incluir los gastos correspondientes a personal y actividades):**

Las dos principales líneas de actividades y costos asociados se refieren a lo siguiente: *i*) la producción del informe anual sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud; y *ii*) la prestación de apoyo técnico a los países para mejorar la aplicación, el monitoreo y la evaluación de los programas. La primera se lleva a cabo principalmente en la Sede, y la segunda por conducto de las oficinas regionales.

Total de costos de producción del informe anual (en el marco de la publicación *Estadísticas sanitarias mundiales*): US\$ 350 000.

Gastos de personal: 33% del equivalente de un puesto a tiempo completo de grado P6; 40% del equivalente de un puesto a tiempo completo de grado P4; y 50% del equivalente de un puesto a tiempo completo de grado P3. Total: US\$ 1,9 millones.

Total de costos para las aportaciones de las oficinas regionales: US\$ 2 millones.

Total de los costos: US\$ 4 250 000.

- b) Costo estimado para el bienio 2010-2011 (redondeado a la decena de millar de US\$ más próxima; incluir los gastos correspondientes a personal y actividades e indicar en qué niveles de la Organización se realizarían los gastos y en qué regiones, cuando corresponda):**

Total de costos de la aplicación: US\$ 1,7 millones (US\$ 900 000 a escala de Sede y US\$ 800 000 a escala de oficinas regionales).

- c) ¿Está incluido el costo estimado que se indica en el apartado b) en el presupuesto por programas para el bienio 2010-2011 aprobado?**

Sí.

**4. Repercusiones financieras**

- ¿Cómo se financiará el costo indicado en el apartado 3 b) (indicar las posibles fuentes de financiación)?**

Sede: 50% con cargo a contribuciones señaladas, 50% con cargo a contribuciones voluntarias.

Oficinas regionales: 100% con cargo a contribuciones voluntarias.

**5. Repercusiones administrativas**

- a) Ámbitos de aplicación (indicar a qué niveles de la Organización se tomarían medidas y en qué regiones, cuando corresponda)**

Las actividades de aplicación relativas al informe anual sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud se realizarán en la Sede. Se organizarán en función de las necesidades las actividades de colaboración con todas las oficinas regionales para mejorar la disponibilidad de información actualizada y la prestación de apoyo a los países para el análisis, la conciliación y la estimación de los datos.

- b) ¿Puede el personal actual aplicar la resolución? En caso negativo, explique los motivos en el apartado c) *infra***

Sede: sí, siempre y cuando se siga disponiendo de financiación.

Oficinas regionales: no, en el caso de la Oficina Regional para África y la Oficina Regional para Asia Sudoriental.

- c) Necesidades adicionales de personal (indicar las necesidades adicionales en el equivalente de puestos a tiempo completo, por niveles de la Organización, especificando la región, cuando corresponda, y el perfil de ese personal)**

La Oficina Regional para África y la Oficina Regional para Asia Sudoriental necesitarán un funcionario (equivalente a un puesto a tiempo completo) para trabajar con los países.

- d) Plazos (indicar plazos amplios para las actividades de aplicación)**

De 2010 a 2015.

**1. Resolución EB126.R5** Nutrición del lactante y del niño pequeño: informe cuatrienal sobre los progresos realizados

**2. Relación con el presupuesto por programas**

Objetivos estratégicos:

2. Combatir el VIH/sida, la tuberculosis y el paludismo

4. Reducir la morbilidad y mortalidad y mejorar la salud en etapas clave de la vida, como el embarazo, el parto, el periodo neonatal, la infancia y la adolescencia, y mejorar la salud sexual y reproductiva y promover el envejecimiento activo y saludable de todas las personas

Resultados previstos a nivel de toda la Organización:

2.1 Se habrán elaborado directrices, políticas, estrategias y otros instrumentos en materia de prevención del VIH/sida, la tuberculosis y el paludismo, y el tratamiento y la atención de los pacientes de esas enfermedades, incluidos métodos innovadores de aumentar la cobertura de las intervenciones entre los pobres y las poblaciones vulnerables y de difícil acceso.

2.2 Se habrá prestado apoyo político y técnico a los países con miras a extender la realización de intervenciones - que tengan en cuenta las cuestiones de género - en materia de prevención, tratamiento y atención del VIH/sida, la tuberculosis y el paludismo, con inclusión de la capacitación y la prestación de servicios integrados, la ampliación de las redes de proveedores de servicios, el fortalecimiento de la capacidad de laboratorio, y mejores vínculos con otros servicios de salud, como los de salud sexual y reproductiva, salud de la madre, el recién nacido y el niño, infecciones de transmisión sexual, nutrición, tratamiento de la drogodependencia, atención respiratoria, enfermedades desatendidas e higiene del medio.

2.4 Se habrán fortalecido y ampliado los sistemas de vigilancia, evaluación y seguimiento en los planos mundial, regional y nacional para seguir de cerca los progresos en la consecución de los objetivos y la asignación de recursos para la lucha contra el VIH/sida, la tuberculosis y el paludismo, y para determinar las repercusiones de las medidas de lucha y la evolución de la farmacorresistencia.

4.4 Se estarán utilizando a nivel de país directrices, enfoques e instrumentos destinados a mejorar la supervivencia y salud neonatal, mediante la prestación de apoyo técnico a los Estados Miembros para reforzar las medidas encaminadas al logro de la cobertura universal, intervenciones eficaces y el seguimiento de los avances realizados.

4.5 Se estarán utilizando a nivel de país directrices, enfoques e instrumentos destinados a mejorar la salud y el desarrollo del niño, ofreciendo apoyo técnico a los Estados Miembros para que intensifiquen sus esfuerzos encaminados al logro de la cobertura universal de la población con intervenciones eficaces y el seguimiento de los avances realizados, teniendo en cuenta las normas y criterios internacionales y de derechos humanos, en particular los previstos en la Convención sobre los Derechos del Niño.

7. Abordar los determinantes sociales y económicos subyacentes de la salud mediante políticas y programas que permitan mejorar la equidad sanitaria e integrar enfoques favorables a los pobres, sensibles a las cuestiones de género y basados en los derechos humanos

9. Mejorar la nutrición, la salubridad de los alimentos y la seguridad alimentaria a lo largo de todo el ciclo de vida y en apoyo de la salud pública y el desarrollo sostenible

7.2 La OMS habrá tomado la iniciativa de facilitar oportunidades y medios de colaboración intersectorial en los planos nacional e internacional para abordar los determinantes sociales y económicos de la salud, por ejemplo en lo referente a la comprensión de las repercusiones del comercio y de los acuerdos comerciales en la salud pública y la adopción de medidas al respecto, y alentar la reducción de la pobreza y el desarrollo sostenible.

9.1 Se habrán establecido fórmulas de asociación y alianzas, formado líderes y desarrollado la coordinación y la creación de redes con todas las partes interesadas en los planos nacional, regional y mundial para fomentar las actividades de promoción y comunicación, alentar actividades intersectoriales, aumentar la inversión en intervenciones relativas a la nutrición, la inocuidad de los alimentos y la seguridad alimentaria, y elaborar y apoyar un programa de investigación.

9.2 Se habrán elaborado normas, con inclusión de referencias, requisitos, prioridades de investigación, directrices, manuales de capacitación y estándares, y se habrán difundido entre los Estados Miembros a fin de aumentar su capacidad para evaluar y responder a todas las formas de malnutrición y a las enfermedades zoonóticas y no zoonóticas transmitidas por los alimentos, y promover prácticas de alimentación saludables.

9.3 Se habrá fortalecido el seguimiento y la vigilancia de las necesidades así como la evaluación de las respuestas en la esfera de la nutrición y las enfermedades crónicas relacionadas con la alimentación, y se habrá perfeccionado la capacidad para determinar las mejores opciones de política, tanto en situaciones de estabilidad como de emergencia.

9.4 Se habrá creado capacidad y prestado apoyo a los Estados Miembros destinatarios para la elaboración, el fortalecimiento y la ejecución de planes, políticas y programas de nutrición encaminados a mejorar la nutrición a lo largo de toda la vida, tanto en situaciones estables como de emergencia.

**(Indicar brevemente la relación con los resultados previstos, los indicadores, los objetivos y los niveles de base)**

- Se habrán revisado y formulado directrices sobre intervenciones nutricionales, pasando de 10 a 40 directrices.
- Se habrá procedido al seguimiento del crecimiento infantil, de las prácticas alimentarias del lactante y del niño pequeño y del estado de los micronutrientes, así como a la aplicación de intervenciones nutricionales, aumentando de 50 a 70 los países que apliquen los patrones de crecimiento; se habrán realizado 5 encuestas sobre micronutrientes, y se habrán recopilado datos sobre la aplicación en 150 países.
- Se habrán desarrollado iniciativas de colaboración interinstitucional a nivel mundial y de país con el fin de ampliar los programas de nutrición: 5 iniciativas.
- Se habrá prestado a 20 países apoyo técnico para la expansión de intervenciones nutricionales y en otros 15 países se habrá procedido a la creación de capacidades.
- Se habrá prestado apoyo técnico a los Estados Miembros para que refuercen y apliquen políticas y estrategias nutricionales nacionales destinadas a ampliar las medidas para hacer frente a la doble carga de la malnutrición: se habrá prestado apoyo a 15 países más.
- Se habrá ofrecido orientación técnica sobre medidas nutricionales prioritarias destinadas a la prevención de la tuberculosis y al apoyo frente al VIH: se habrá prestado apoyo a 15 países más.

**3. Repercusiones presupuestarias**

- a) Costo total estimado de la ejecución de las actividades de la Secretaría solicitadas en la resolución en todo su periodo de vigencia (redondeado a la decena de millar de US\$ más próxima; incluir los gastos correspondientes a personal y actividades):**  
US\$ 12 millones (personal: US\$ 5 millones, actividades: US\$ 7 millones) para tres años.
- b) Costo estimado para el bienio 2010-2011 (redondeado a la decena de millar de US\$ más próxima; incluir los gastos correspondientes a personal y actividades e indicar en qué niveles de la Organización se realizarían los gastos y en qué regiones, cuando corresponda):**  
US\$ 8,5 millones (personal: US\$ 4 millones, actividades: US\$ 4,5 millones; desglose por niveles de la Organización: Sede - US\$ 2,5 millones, regiones - US\$ 6 millones).
- c) ¿Está incluido el costo estimado que se indica en el apartado b) en el presupuesto por programas para el bienio 2010-2011 aprobado?**  
Sí.

**4. Repercusiones financieras**

**¿Cómo se financiará el costo indicado en el apartado 3 b) (indicar las posibles fuentes de financiación)?**

Se está preparando un plan mundial de movilización de recursos para abordar los potenciales donantes. Los Gobiernos de España, los Estados Unidos de América, Italia, el Japón y Luxemburgo y entidades filantrópicas han aportado una financiación parcial.

**5. Repercusiones administrativas**

- a) Ámbitos de aplicación (indicar a qué niveles de la Organización se tomarían medidas y en qué regiones, cuando corresponda)**  
Aunque la labor normativa (con inclusión de la elaboración de directrices y de las revisiones científicas) será llevada a cabo en la Sede, la mayoría de las actividades se desarrollarán a nivel regional y de los países. Se dará prioridad a los 36 países identificados por la OMS como los de mayor carga de mortalidad y morbilidad por malnutrición.
- b) ¿Puede el personal actual aplicar la resolución? En caso negativo, explique los motivos en el apartado c) *infra***  
Como ya se ha recomendado en el examen de la labor de la OMS en materia de nutrición, hay que reforzar el personal, especialmente en los países y en algunas oficinas regionales.
- c) Necesidades adicionales de personal (indicar las necesidades adicionales en el equivalente de puestos a tiempo completo, por niveles de la Organización, especificando la región, cuando corresponda, y el perfil de ese personal)**  
Es necesario reforzar el personal en todas las regiones, y en particular en las de África, Asia Sudoriental y el Mediterráneo Oriental. Hay una necesidad especial de personal técnico en materia de nutrición a nivel de P2 y P3.
- d) Plazos (indicar plazos amplios para las actividades de aplicación)**  
La ejecución de algunas de las actividades contempladas en esta resolución ha comenzado ya en el bienio en curso. La mayoría de las actividades se ejecutarán en el primer trimestre de 2011.

**1. Resolución EB126.R7 Fomento de las iniciativas en materia de inocuidad de los alimentos****2. Relación con el presupuesto por programas**

Objetivos estratégicos:

1. Reducir la carga sanitaria, social y económica de las enfermedades transmisibles.

Resultados previstos a nivel de toda la Organización:

1.3 Se habrá asegurado una coordinación eficaz y prestado apoyo a los Estados Miembros para ofrecer a todas las poblaciones un acceso a intervenciones de prevención, control, eliminación y erradicación de enfermedades tropicales desatendidas, como por ejemplo las enfermedades zoonóticas.

5. Reducir las consecuencias sanitarias de las emergencias, desastres, crisis y conflictos y minimizar su impacto social y económico.

9. Mejorar la nutrición, la salubridad de los alimentos y la seguridad alimentaria a lo largo de todo el ciclo de vida y en apoyo de la salud pública y el desarrollo sostenible.

5.5 Se habrá facilitado apoyo a los Estados Miembros para fortalecer la preparación nacional y para establecer mecanismos de alerta y respuesta para las emergencias sanitarias relacionadas con la inocuidad de los alimentos y el medio ambiente.

9.1 Se habrán establecido fórmulas de asociación y alianzas, formado líderes y desarrollado la coordinación y la creación de redes con todas las partes interesadas en los planos nacional, regional y mundial para fomentar las actividades de promoción y comunicación, alentar actividades intersectoriales, aumentar la inversión en intervenciones relativas a la nutrición, la inocuidad de los alimentos y la seguridad alimentaria, y elaborar y apoyar un programa de investigación.

9.2 Se habrán elaborado normas, con inclusión de referencias, requisitos, prioridades de investigación, directrices, manuales de capacitación y estándares, y se habrán difundido entre los Estados Miembros a fin de aumentar su capacidad para evaluar y responder a todas las formas de malnutrición y a las enfermedades zoonóticas y no zoonóticas transmitidas por los alimentos, y promover prácticas de alimentación saludables.

9.5 Se habrán fortalecido los sistemas de vigilancia, prevención y control de las enfermedades zoonóticas y no zoonóticas transmitidas por los alimentos; se habrán establecido programas de vigilancia y evaluación de los peligros alimentarios e integrado en los sistemas nacionales de vigilancia existentes, y se habrán difundido los resultados entre todos los actores principales.

9.6 Se habrá creado capacidad y prestado apoyo a los Estados Miembros, incluida su participación en el establecimiento de normas a nivel internacional, para incrementar su capacidad de evaluación de riesgos en las esferas de las enfermedades zoonóticas y no zoonóticas de transmisión alimentaria y de la inocuidad de los alimentos, así como para idear y aplicar sistemas nacionales de control bromatológico, con vínculos con los sistemas internacionales para casos de emergencia.

**(Indicar brevemente la relación con los resultados previstos, los indicadores, los objetivos y los niveles de base)**

La resolución proporcionará un marco actualizado para la labor normativa de la OMS en materia de inocuidad de los alimentos dentro de los resultados previstos vigentes, y permitirá hacer más hincapié en el fortalecimiento de la orientación científica, el cálculo de la carga que imponen a la salud las enfermedades de transmisión alimentaria, el apoyo a la Red Internacional de Autoridades en materia de Inocuidad de los Alimentos (INFOSAN) y la prevención transectorial de las enfermedades zoonóticas.

**3. Repercusiones presupuestarias**

**a) Costo total estimado de la ejecución de las actividades de la Secretaría solicitadas en la resolución en todo su periodo de vigencia (redondeado a la decena de millar de US\$ más próxima; incluir los gastos correspondientes a personal y actividades):**

US\$ 29,1 millones en los próximos seis años (personal: US\$ 16,5 millones; actividades: US\$ 12,6 millones).

- b) Costo estimado para el bienio 2010-2011 (redondeado a la decena de millar de US\$ más próxima; incluir los gastos correspondientes a personal y actividades e indicar en qué niveles de la Organización se realizarían los gastos y en qué regiones, cuando corresponda):**

US\$ 9,7 millones en la Sede.

- c) ¿Está incluido el costo estimado que se indica en el apartado b) en el presupuesto por programas para el bienio 2010-2011 aprobado?**

US\$ 8 millones están incluidos en el presupuesto por programas.

#### **4. Repercusiones financieras**

**¿Cómo se financiará el costo indicado en el apartado 3 b) (indicar las posibles fuentes de financiación)?**

Mediante fondos extrapresupuestarios de los Estados Miembros interesados y las organizaciones no gubernamentales pertinentes.

#### **5. Repercusiones administrativas**

- a) Ámbitos de aplicación (indicar a qué niveles de la Organización se tomarían medidas y en qué regiones, cuando corresponda)**

La aplicación se organizará en la Sede, en coordinación con las seis oficinas regionales y determinados países de cada región.

- b) ¿Puede el personal actual aplicar la resolución? En caso negativo, explique los motivos en el apartado c) *infra***

No.

- c) Necesidades adicionales de personal (indicar las necesidades adicionales en el equivalente de puestos a tiempo completo, por niveles de la Organización, especificando la región, cuando corresponda, y el perfil de ese personal)**

Dos funcionarios de la categoría profesional en la Sede.

- d) Plazos (indicar plazos amplios para las actividades de aplicación)**

Las iniciativas de inocuidad de los alimentos son actividades continuas. El próximo informe sobre los progresos logrados se presentará a la 65.ª Asamblea Mundial de la Salud; por lo tanto, las nuevas iniciativas de envergadura deberían evaluarse al final del periodo 2010-2011.

#### **1. Resolución EB126.R12 Mejora de la salud mediante una gestión de desechos segura y ecológicamente racional**

#### **2. Relación con el presupuesto por programas**

Objetivo estratégico:

8. Promover un entorno más saludable, intensificar la prevención primaria y ejercer influencia sobre las políticas públicas en todos los sectores, con miras a combatir las causas fundamentales de las amenazas ambientales para la salud

Resultado previsto a nivel de toda la Organización:

8.2 Se habrá facilitado a los Estados Miembros apoyo técnico y orientación para realizar intervenciones de prevención primaria que reduzcan los riesgos ambientales para la salud, aumenten la seguridad y promuevan la salud pública, en particular en entornos específicos (p. ej., el lugar de trabajo, el hogar o entornos urbanos) y entre grupos de población vulnerables (p. ej., los niños).

**(Indicar brevemente la relación con los resultados previstos, los indicadores, los objetivos y los niveles de base)**

La resolución es coherente con el resultado previsto y la aplicación facilitaría el logro de la meta para 2011 de que 12 Estados Miembros realicen intervenciones de prevención primaria que reduzcan los riesgos ambientales para la salud, con apoyo técnico de la OMS, en por lo menos uno de los entornos siguientes: el lugar de trabajo, el hogar, o el entorno urbano. La cifra de referencia para 2010 no se modifica respecto de 2009 (es decir, 8).



<p><b>3. Repercusiones presupuestarias</b></p> <p><b>a) Costo total estimado de la ejecución de las actividades de la Secretaría solicitadas en la resolución en todo su periodo de vigencia (redondeado a la decena de millar de US\$ más próxima; incluir los gastos correspondientes a personal y actividades):</b> No se incurrirá en gastos adicionales en relación con las actividades. En la resolución se pide a la Secretaría que preste apoyo a la aplicación de las medidas previstas en la Declaración de Bali, dentro del mandato de la Organización y de los recursos disponibles. El plan de trabajo para el bienio 2010-2011 ya prevé actividades encaminadas a responder al problema de los desechos peligrosos, en particular los sanitarios, en conjunción con otros órganos pertinentes, incluidos el PNUMA y la secretaría del Convenio de Basilea.</p> <p><b>b) Costo estimado para el bienio 2010-2011 (redondeado a la decena de millar de US\$ más próxima; incluir los gastos correspondientes a personal y actividades e indicar en qué niveles de la Organización se realizarían los gastos y en qué regiones, cuando corresponda):</b> No se prevén costos adicionales específicamente en esta resolución.</p> <p><b>c) ¿Está incluido el costo estimado que se indica en el apartado b) en el presupuesto por programas para el bienio 2010-2011 aprobado?</b> No se aplica.</p>		
<p><b>4. Repercusiones financieras</b> <b>¿Cómo se financiará el costo indicado en el apartado 3 b) (indicar las posibles fuentes de financiación)?</b> No se aplica.</p>		
<p><b>5. Repercusiones administrativas</b></p> <p><b>a) Ámbitos de aplicación (indicar a qué niveles de la Organización se tomarían medidas y en qué regiones, cuando corresponda)</b> Las actividades de prevención primaria se realizarán principalmente a escala de país; se llevarán a cabo proyectos multipaíses por conducto de la Sede y las oficinas regionales; el enlace con el PNUMA y el Convenio de Basilea se gestionará principalmente a través de la Sede y las oficinas regionales.</p> <p><b>b) ¿Puede el personal actual aplicar la resolución? En caso negativo, explique los motivos en el apartado c) <i>infra</i></b> Sí.</p> <p><b>c) Necesidades adicionales de personal (indicar las necesidades adicionales en el equivalente de puestos a tiempo completo, por niveles de la Organización, especificando la región, cuando corresponda, y el perfil de ese personal)</b> No se aplica.</p> <p><b>d) Plazos (indicar plazos amplios para las actividades de aplicación)</b> Habrá continuamente necesidad de afrontar el problema de los desechos sanitarios y de otra índole para velar por que se reduzca al mínimo la generación de desechos de modo duradero. Por consiguiente, los plazos iniciales previstos en la resolución se atenderán al Plan Estratégico a Plazo Medio hasta 2013. Posteriormente se revisarán según proceda.</p>		
<p><b>1. Resolución EB126.R13</b> Mejora de la salud mediante la gestión racional de los plaguicidas y otras sustancias químicas en desuso</p>		
<p><b>2. Relación con el presupuesto por programas</b></p> <table border="0"> <tr> <td data-bbox="287 1809 766 2033"> <p>Objetivo estratégico: 8. Promover un entorno más saludable, intensificar la prevención primaria y ejercer influencia sobre las políticas públicas en todos los sectores, con miras a combatir las causas fundamentales de las amenazas ambientales para la salud</p> </td> <td data-bbox="798 1809 1441 2033"> <p>Resultados previstos a nivel de toda la Organización: 8.1 Se habrán realizado evaluaciones y formulado y actualizado normas y patrones basadas en datos probatorios sobre los principales riesgos ambientales para la salud (p. ej., la mala calidad del aire, las sustancias químicas, los campos electromagnéticos, el radón, la mala calidad del agua de bebida, y la reutilización de las aguas residuales).</p> </td> </tr> </table>	<p>Objetivo estratégico: 8. Promover un entorno más saludable, intensificar la prevención primaria y ejercer influencia sobre las políticas públicas en todos los sectores, con miras a combatir las causas fundamentales de las amenazas ambientales para la salud</p>	<p>Resultados previstos a nivel de toda la Organización: 8.1 Se habrán realizado evaluaciones y formulado y actualizado normas y patrones basadas en datos probatorios sobre los principales riesgos ambientales para la salud (p. ej., la mala calidad del aire, las sustancias químicas, los campos electromagnéticos, el radón, la mala calidad del agua de bebida, y la reutilización de las aguas residuales).</p>
<p>Objetivo estratégico: 8. Promover un entorno más saludable, intensificar la prevención primaria y ejercer influencia sobre las políticas públicas en todos los sectores, con miras a combatir las causas fundamentales de las amenazas ambientales para la salud</p>	<p>Resultados previstos a nivel de toda la Organización: 8.1 Se habrán realizado evaluaciones y formulado y actualizado normas y patrones basadas en datos probatorios sobre los principales riesgos ambientales para la salud (p. ej., la mala calidad del aire, las sustancias químicas, los campos electromagnéticos, el radón, la mala calidad del agua de bebida, y la reutilización de las aguas residuales).</p>	

8.2 Se habrá facilitado a los Estados Miembros apoyo técnico y orientación para realizar intervenciones de prevención primaria que reduzcan los riesgos ambientales para la salud, aumenten la seguridad y promuevan la salud pública, en particular en entornos específicos (p. ej., el lugar de trabajo, el hogar o entornos urbanos) y entre grupos de población vulnerables (p. ej., los niños).

8.3 Se habrá facilitado a los Estados Miembros asistencia técnica y apoyo para fortalecer los sistemas, las funciones y los servicios nacionales de gestión de los riesgos de salud ocupacional y ambiental.

8.5 Se habrá reforzado el liderazgo del sector de la salud para promover un entorno más saludable y modificar las políticas públicas en todos los sectores, con miras a combatir las causas fundamentales de los riesgos ambientales para la salud, por ejemplo atendiendo las consecuencias emergentes y reemergentes del desarrollo en la salud ambiental y la modificación de las pautas de consumo y producción, así como a los efectos nocivos asociados a la evolución tecnológica.

**(Indicar brevemente la relación con los resultados previstos, los indicadores, los objetivos y los niveles de base)**

La resolución es congruente con los resultados previstos indicados y apoya los indicadores relacionados con los Estados Miembros que están evaluando los riesgos ambientales para la salud, aplicando intervenciones de prevención primaria de riesgos ambientales para la salud y ejecutando planes de acción o políticas nacionales para la gestión de la salud ocupacional. Los puntos de partida siguen siendo los mismos.

**3. Repercusiones presupuestarias**

**a) Costo total estimado de la ejecución de las actividades de la Secretaría solicitadas en la resolución en todo su periodo de vigencia (redondeado a la decena de millar de US\$ más próxima; incluir los gastos correspondientes a personal y actividades):**

No se especifica un cronograma y está previsto que la aplicación de la resolución prosiga puesto que, probablemente, las medidas de gestión de riesgos lograrán que otros plaguicidas y productos químicos caigan en desuso. Las actividades previstas de la Secretaría están principalmente destinadas a sustancias específicas que resultan más preocupantes, como la eliminación gradual del uso del plomo, el mercurio y el amianto. El nivel actual de actividad en la Sede con relación a estos productos supone un costo de unos US\$ 500 000 por bienio. Se estima que la realización de actividades integrales en materia de plaguicidas y productos químicos en desuso en general necesitará una suma adicional de aproximadamente la misma cantidad.

**b) Costo estimado para el bienio 2010-2011 (redondeado a la decena de millar de US\$ más próxima; incluir los gastos correspondientes a personal y actividades e indicar en qué niveles de la Organización se realizarían los gastos y en qué regiones, cuando corresponda):**

Véase el apartado 3 a) *supra*.

**c) ¿Está incluido el costo estimado que se indica en el apartado b) en el presupuesto por programas para el bienio 2010-2011 aprobado?**

El nivel de actividad actual relativo a sustancias de interés específicas, estimado en US\$ 500 000, está incluido en el presupuesto por programas vigente.

**4. Repercusiones financieras**

**¿Cómo se financiará el costo indicado en el apartado 3 b) (indicar las posibles fuentes de financiación)?**

Con cargo a contribuciones voluntarias de Estados Miembros interesados y recursos no gubernamentales pertinentes.

**5. Repercusiones administrativas****a) Ámbitos de aplicación (indicar a qué niveles de la Organización se tomarían medidas y en qué regiones, cuando corresponda)**

En la Sede (coordinación de la aplicación y suministro de orientación general a las oficinas regionales y en los países) y las oficinas regionales en consulta con los países.

**b) ¿Puede el personal actual aplicar la resolución? En caso negativo, explique los motivos en el apartado c) *infra***

El presente nivel de actividad se puede mantener con la dotación de personal actual. Para la aplicación de actividades integrales en materia de plaguicidas y productos químicos en desuso en general se necesitará más personal (véase el apartado c) *infra*).

**c) Necesidades adicionales de personal (indicar las necesidades adicionales en el equivalente de puestos a tiempo completo, por niveles de la Organización, especificando la región, cuando corresponda, y el perfil de ese personal)**

Para las actividades integrales se necesitará un funcionario de la categoría profesional (con dedicación equivalente al 25% del tiempo completo).

**d) Plazos (indicar plazos amplios para las actividades de aplicación)**

No se especifica un cronograma y está previsto que la aplicación prosiga (véase el apartado 3 a) *supra*).

**1. Resolución EB126.R15** Acelerar los progresos hacia el logro del Objetivo de Desarrollo del Milenio 4 para reducir la mortalidad infantil: prevención y tratamiento de la neumonía**2. Relación con el presupuesto por programas**

## Objetivos estratégicos:

1. Reducir la carga sanitaria, social y económica de las enfermedades transmisibles

4. Reducir la morbilidad y mortalidad y mejorar la salud en etapas clave de la vida, como el embarazo, el parto, el periodo neonatal, la infancia y la adolescencia, y mejorar la salud sexual y reproductiva y promover el envejecimiento activo y saludable de todas las personas

## Resultados previstos a nivel de toda la Organización:

1.1 Se habrá facilitado a los Estados Miembros apoyo normativo y técnico para asegurar en la mayor medida posible a todas las personas un acceso equitativo a vacunas de calidad garantizada, incluidos nuevos productos y tecnologías de inmunización, y para integrar otras intervenciones esenciales de salud del niño con la inmunización.

4.5 Se estarán utilizando a nivel de país directrices, enfoques e instrumentos destinados a mejorar la salud y el desarrollo del niño, ofreciendo apoyo técnico a los Estados Miembros para que intensifiquen sus esfuerzos encaminados al logro de la cobertura universal de la población con intervenciones eficaces y el seguimiento de los avances realizados, teniendo en cuenta las normas y criterios internacionales y de derechos humanos, en particular los previstos en la Convención sobre los Derechos del Niño.

**(Indicar brevemente la relación con los resultados previstos, los indicadores, los objetivos y los niveles de base)**

La resolución es congruente con los resultados previstos indicados y apoya los indicadores siguientes: para el objetivo estratégico 1 - *i*) número de Estados Miembros con una cobertura inmunitaria nacional de al menos un 90% (DTP3); y *ii*) número de Estados Miembros que han integrado la vacuna contra *Haemophilus influenzae* de tipo b en sus planes nacionales de inmunización; y para el objetivo estratégico 4 - *i*) número de Estados Miembros destinatarios que cuentan con una política integrada de acceso universal a intervenciones eficaces para mejorar la salud de la madre, del recién nacido y del niño; y *ii*) número de Estados Miembros que aplican estrategias para aumentar la cobertura con intervenciones relacionadas con la salud y el desarrollo del niño.

**3. Repercusiones presupuestarias**

- a) Costo total estimado de la ejecución de las actividades de la Secretaría solicitadas en la resolución en todo su periodo de vigencia (redondeado a la decena de millar de US\$ más próxima; incluir los gastos correspondientes a personal y actividades):**

Se requieren US\$ 110 millones para el periodo 2010-2015 respecto de los costos en la Sede y a escala regional y de las oficinas en los países.

- b) Costo estimado para el bienio 2010-2011 (redondeado a la decena de millar de US\$ más próxima; incluir los gastos correspondientes a personal y actividades e indicar en qué niveles de la Organización se realizarían los gastos y en qué regiones, cuando corresponda):**

Respecto del objetivo estratégico 1: Sede - un total de US\$ 5,9 millones (US\$ 900 000 para personal, US\$ 5 millones para actividades); oficinas regionales y en los países - un total de US\$ 27,4 millones (US\$ 5 millones para personal, US\$ 22,4 millones para actividades).

Respecto del objetivo estratégico 4: Sede - un total de US\$ 600 000 (US\$ 450 000 para personal, US\$ 150 000 para actividades); oficinas regionales y en los países - un total de US\$ 8 millones (US\$ 2,4 millones para personal; US\$ 5,6 millones para actividades).

- c) ¿Está incluido el costo estimado que se indica en el apartado b) en el presupuesto por programas para el bienio 2010-2011 aprobado?**

Sí.

**4. Repercusiones financieras**

- ¿Cómo se financiará el costo indicado en el apartado 3 b) (indicar las posibles fuentes de financiación)?**

Respecto del objetivo estratégico 1: se dispone de la financiación para 2010 por conducto de la Alianza GAVI y la Fundación Gates. Parte de la financiación necesaria para 2011 podría obtenerse de las mismas procedencias, pero es posible que en 2011 se registre un déficit de financiación.

Respecto del objetivo estratégico 4: se buscarán contribuciones voluntarias para financiar esas actividades.

**5. Repercusiones administrativas**

- a) Ámbitos de aplicación (indicar a qué niveles de la Organización se tomarían medidas y en qué regiones, cuando corresponda)**

En todos los niveles de la OMS, centrándose específicamente en los 68 países prioritarios que son objetivos de la iniciativa «Cuenta regresiva para 2015», que soportan una elevada carga de morbilidad. La mayoría de esos países tienen también derecho a subvenciones de la Alianza GAVI.

- b) ¿Puede el personal actual aplicar la resolución? En caso negativo, explique los motivos en el apartado c) *infra***

No. Se precisará personal adicional para aplicar la resolución, especialmente en los países que soportan una elevada carga de morbilidad.

- c) Necesidades adicionales de personal (indicar las necesidades adicionales en el equivalente de puestos a tiempo completo, por niveles de la Organización, especificando la región, cuando corresponda, y el perfil de ese personal)**

Tres funcionarios (equivalentes de puestos a tiempo completo) de grado P4: 1 en la Sede, 1 en la Oficina Regional para Asia Sudoriental, y 1 a escala de país.

- d) Plazos (indicar plazos amplios para las actividades de aplicación)**

El periodo 2010-2015.

<b>1. Resolución EB126.R16 Hepatitis viral</b>	
<b>2. Relación con el presupuesto por programas</b>	
Objetivo estratégico:	Resultados previstos a nivel de toda la Organización:
1. Reducir la carga sanitaria, social y económica de las enfermedades transmisibles	1.1 Se habrá facilitado a los Estados Miembros apoyo normativo y técnico para asegurar en la mayor medida posible a todas las personas un acceso equitativo a vacunas de calidad garantizada, incluidos nuevos productos y tecnologías de inmunización, y para integrar otras intervenciones esenciales de salud del niño con la inmunización.  1.4 Se habrá prestado a los Estados Miembros apoyo normativo y técnico para aumentar su capacidad de vigilancia y supervisión de todas las enfermedades transmisibles de importancia para la salud pública.  1.5 Se habrán formulado y validado nuevos instrumentos y estrategias de gestión de conocimientos e intervención acordes con las necesidades prioritarias en materia de prevención y control de las enfermedades transmisibles, asegurándose de que los científicos de países en desarrollo desempeñen cada vez más un papel protagonista en las investigaciones conexas.
<b>(Indicar brevemente la relación con los resultados previstos, los indicadores, los objetivos y los niveles de base)</b>	
La resolución es congruente con el resultado previsto. Según sea necesario, se idearán indicadores específicos de la prevención de la hepatitis viral.	
<b>3. Repercusiones presupuestarias</b>	
<b>a) Costo total estimado de la ejecución de las actividades de la Secretaría solicitadas en la resolución en todo su periodo de vigencia (redondeado a la decena de millar de US\$ más próxima; incluir los gastos correspondientes a personal y actividades):</b>	
Se necesitarán US\$ 30 millones en los próximos cinco años. De este monto, una tercera parte (US\$ 10 millones) se necesitan en la Sede para la planificación y coordinación mundiales entre partes interesadas, para la orientación mundial en materia de políticas y para brindar apoyo a las oficinas regionales y las oficinas en los países; el resto (US\$ 20 millones) se necesita para apoyar las actividades en las regiones y los países.	
<b>b) Costo estimado para el bienio 2010-2011 (redondeado a la decena de millar de US\$ más próxima; incluir los gastos correspondientes a personal y actividades e indicar en qué niveles de la Organización se realizarían los gastos y en qué regiones, cuando corresponda):</b>	
El costo estimado total es de US\$ 6 millones por año.	
<b>c) ¿Está incluido el costo estimado que se indica en el apartado b) en el presupuesto por programas para el bienio 2010-2011 aprobado?</b>	
En las actividades de la Organización de prevención de la hepatitis participan muchas unidades técnicas. Resulta difícil conocer la cantidad exacta de recursos disponibles para estas actividades porque tal vez no se mencionen expresamente en el presupuesto por programas y, por ejemplo, pueden estar consideradas en las referencias a la seguridad de la sangre, la seguridad de las inyecciones, la inocuidad de los alimentos, la prevención del cáncer, la vacunación infantil o el tratamiento de las infecciones oportunistas en las personas infectadas por el VIH.	
<b>4. Repercusiones financieras</b>	
<b>¿Cómo se financiará el costo indicado en el apartado 3 b) (indicar las posibles fuentes de financiación)?</b>	
Se espera recaudar más fondos de contribuciones voluntarias mediante la movilización activa de recursos.	

**5. Repercusiones administrativas****a) Ámbitos de aplicación (indicar a qué niveles de la Organización se tomarían medidas y en qué regiones, cuando corresponda)**

Actualmente, la mayoría de las actividades se realizan en la Sede (orientación normativa y técnica, promoción de la causa y coordinación mundial de los interesados directos, y recaudación de fondos) y en dos regiones de la OMS (Región del Mediterráneo Oriental y Región del Pacífico Occidental)

**b) ¿Puede el personal actual aplicar la resolución? En caso negativo, explique los motivos en el apartado c) *infra***

No.

**c) Necesidades adicionales de personal (indicar las necesidades adicionales en el equivalente de puestos a tiempo completo, por niveles de la Organización, especificando la región, cuando corresponda, y el perfil de ese personal)**

En la Sede se necesitarán por lo menos dos funcionarios de la categoría profesional (o su equivalente a tiempo completo) y un funcionario de la categoría de servicios generales (o su equivalente a tiempo completo). En el bienio 2010-2011 hará falta otro funcionario de la categoría profesional (o su equivalente a tiempo completo) en cada una de las tres oficinas regionales, más el apoyo administrativo correspondiente; en el bienio 2012-2013 se necesitarán tres funcionarios de la categoría profesional más (o su equivalente a tiempo completo) en las otras oficinas regionales, más el apoyo administrativo correspondiente. Por lo tanto, harán falta en total ocho funcionarios de la categoría profesional (o su equivalente a tiempo completo) y tres o cuatro funcionarios de la categoría de servicios generales (o su equivalente a tiempo completo). Al menos en 10 países se necesitará un oficial de programa nacional dedicado a estas cuestiones.

**d) Plazos (indicar plazos amplios para las actividades de aplicación)**

El programa mundial se ampliará a las regiones de África, Europa y el Mediterráneo Oriental en 2010; y alcanzará todas las regiones en el bienio 2010-2011.