WHA68/2015/REC/1

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

# 68.ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD

**GINEBRA, 18-26 DE MAYO DE 2015**

**RESOLUCIONES Y DECISIONES**
**ANEXOS**

GINEBRA
2015

# 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 Alimentación y la Agricultura |
| 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 empleadas 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 68.ª Asamblea Mundial de la Salud se celebró en el Palais des Nations, Ginebra, del 18 al 26 de mayo de 2015, de acuerdo con la decisión adoptada por el Consejo Ejecutivo en su 135.ª reunión.[1]

---

[1] Decisión EB135(8).

# ÍNDICE


**Página**

Introducción ..... iii

Orden del día ..... ix

Lista de documentos ..... xv

Mesa de la Asamblea de la Salud y composición de sus comisiones ..... xxi

## RESOLUCIONES Y DECISIONES

### Resoluciones

WHA68.1 Presupuesto por programas 2016-2017 ..... 1

WHA68.2 Estrategia y metas técnicas mundiales contra la malaria 2016-2030 ..... 3

WHA68.3 Poliomielitis ..... 6

WHA68.4 Cartografía del riesgo de fiebre amarilla y recomendaciones de vacunación para los viajeros ..... 10

WHA68.5 Recomendaciones del Comité de Examen sobre las segundas prórrogas para establecer capacidades nacionales de salud pública y sobre la aplicación del RSI ..... 11

WHA68.6 Plan de acción mundial sobre vacunas ..... 12

WHA68.7 Plan de acción mundial sobre la resistencia a los antimicrobianos ..... 16

WHA68.8 Salud y medio ambiente: impacto sanitario de la contaminación del aire .... 19

WHA68.9 Marco para la colaboración con agentes no estatales ..... 26

WHA68.10 Informe financiero y estados financieros comprobados correspondientes al año terminado el 31 de diciembre de 2014 ..... 68

WHA68.11 Estado de la recaudación de las contribuciones señaladas, y Estados Miembros con atrasos de contribuciones de importancia bastante para que esté justificado aplicar el Artículo 7 de la Constitución ..... 69

WHA68.12 Escala de contribuciones para 2016-2017 ..... 70

WHA68.13 Informe del Comisario de Cuentas ..... 74

WHA68.14 Nombramiento de Comisario de Cuentas ..... 75

**Página**


| | | |
|---|---|---|
| WHA68.15 | Fortalecimiento de la atención quirúrgica esencial y de emergencia, y de la anestesia, como componentes de la cobertura sanitaria universal ..... | 75 |
| WHA68.16 | Sueldos de los titulares de puestos sin clasificar y de la Directora General ... | 81 |
| WHA68.17 | Modificaciones del Estatuto del Personal ..... | 82 |
| WHA68.18 | Estrategia mundial y plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual ..... | 82 |
| WHA68.19 | Resultados de la Segunda Conferencia Internacional sobre Nutrición ..... | 84 |
| WHA68.20 | Carga mundial de epilepsia y necesidad de medidas coordinadas en los países para abordar sus consecuencias sanitarias y sociales y su conocimiento por el público ..... | 85 |


## Decisiones


| | | |
|---|---|---|
| WHA68(1) | Composición de la Comisión de Credenciales ..... | 89 |
| WHA68(2) | Elección del Presidente y de los Vicepresidentes de la 68.ª Asamblea Mundial de la Salud ..... | 89 |
| WHA68(3) | Elección de la Mesa de las comisiones principales ..... | 89 |
| WHA68(4) | Constitución de la Mesa de la Asamblea ..... | 90 |
| WHA68(5) | Adopción del orden del día ..... | 90 |
| WHA68(6) | Verificación de credenciales ..... | 90 |
| WHA68(7) | Elección de Miembros facultados para designar una persona que forme parte del Consejo Ejecutivo ..... | 91 |
| WHA68(8) | Situación sanitaria en el territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental, y en el Golán sirio ocupado ..... | 91 |
| WHA68(9) | Poliomielitis ..... | 92 |
| WHA68(10) | Brote de enfermedad por el virus del Ebola de 2014 y seguimiento de la Reunión extraordinaria del Consejo Ejecutivo sobre la emergencia de ebola ..... | 93 |
| WHA68(11) | Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud ..... | 97 |
| WHA68(12) | Productos médicos de calidad subestándar, espurios, de etiquetado engañoso, falsificados o de imitación ..... | 97 |
| WHA68(13) | Nombramiento de representantes en el Comité de la Caja de Pensiones del Personal de la OMS ..... | 98 |

**Página**


WHA68(14) Nutrición de la madre, el lactante y el niño pequeño: elaboración del conjunto básico de indicadores ..... 98

WHA68(15) Selección del país en que se ha de reunir la 69.ª Asamblea Mundial de la Salud ..... 99


## ANEXOS


1. Estrategia técnica mundial contra la malaria 2016-2030 ..... 103

2. Recomendaciones incluidas en el informe para la Directora General del Comité de Examen sobre las segundas prórrogas para establecer capacidades nacionales de salud pública y sobre la aplicación del RSI ..... 131

3. Plan de acción mundial sobre la resistencia a los antimicrobianos ..... 135

4. Texto de los artículos modificados del Estatuto del Personal ..... 155

5. Estrategia mundial y plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual: mandato para la evaluación completa ..... 157

6. Resultados de la Segunda Conferencia Internacional sobre Nutrición ..... 159

7. Indicadores adicionales para el conjunto básico del marco de vigilancia mundial de la nutrición de la madre, el lactante y el niño pequeño ..... 175

8. Repercusiones financieras y adminstrativas para la Secretaría de las resoluciones y decisiones adoptadas por la Asamblea de la Salud ..... 176

# ORDEN DEL DÍA[1]

## SESIONES PLENARIAS

1. Apertura de la Asamblea de la Salud

   1.1 Establecimiento de la Comisión de Credenciales

   1.2 Elección de Presidente

   1.3 Elección de cinco Vicepresidentes y de Presidentes de las comisiones principales, y establecimiento de la Mesa de la Asamblea

   1.4 Adopción del orden del día y distribución de su contenido entre las comisiones principales

2. Informe del Consejo Ejecutivo sobre sus 135.ª y 136.ª reuniones y de su reunión extraordinaria sobre la emergencia del ebola

3. Alocución de la Dra. Margaret Chan, Directora General

4. Orador invitado

5. [suprimido]

6. Consejo Ejecutivo: elección

7. Premios

8. Informes de las comisiones principales

9. Clausura de la Asamblea de la Salud

## COMISIÓN A

10. Apertura de la Comisión[2]

11. Reforma de la OMS

    11.1 Panorama general de la aplicación de la reforma

    11.2 Marco para la colaboración con agentes no estatales

12. Asuntos programáticos y presupuestarios

    12.1 Ejecución del presupuesto por programas 2014-2015: examen de mitad de periodo

---

[1] Adoptado en la segunda sesión plenaria.

[2] Incluida la elección de Vicepresidentes y de Relator.

12.2 Proyecto de presupuesto por programas 2016-2017

13. Enfermedades no transmisibles

13.1 Resultados de la Segunda Conferencia Internacional sobre Nutrición

13.2 Nutrición de la madre, el lactante y el niño pequeño: elaboración del conjunto básico de indicadores

13.3 Actualización sobre la Comisión para acabar con la obesidad infantil

13.4 Seguimiento de la reunión de alto nivel de 2014 de la Asamblea General de las Naciones Unidas para llevar a cabo un examen y una evaluación generales de los progresos realizados en la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles

13.5 Carga mundial de epilepsia y necesidad de medidas coordinadas en los países para abordar sus consecuencias sanitarias y sociales y su conocimiento por el público

14. Promoción de la salud a lo largo del ciclo de vida

14.1 Monitoreo del logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud

14.2 La salud en la agenda para el desarrollo después de 2015

14.3 Salud del adolescente

14.4 Mujer y salud: 20 años después de la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing

14.5 Contribución al desarrollo social y económico: la actuación multisectorial sostenible para mejorar la salud y la equidad sanitaria (seguimiento de la Octava Conferencia Mundial de Promoción de la Salud)

14.6 Salud y medio ambiente: impacto sanitario de la contaminación del aire

15. Preparación, vigilancia y respuesta

15.1 Resistencia a los antimicrobianos

15.2 Poliomielitis

15.3 Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005)

15.4 Respuesta de la OMS a las emergencias graves a gran escala

16. Enfermedades transmisibles

16.1 Brote de enfermedad por el virus del Ebola de 2014 y seguimiento de la Reunión extraordinaria del Consejo Ejecutivo sobre la emergencia del ebola[1]

16.2 Paludismo: proyecto de estrategia técnica mundial: después de 2015

16.3 Dengue: prevención y control

16.4 Plan de acción mundial sobre vacunas

17. [transferido a la Comisión B]

18. Informes sobre los progresos realizados

Enfermedades no transmisibles

A. Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020 (resolución WHA66.8)

B. Medidas integrales y coordinadas para gestionar los trastornos del espectro autista (resolución WHA67.8)

C. Pérdida de audición discapacitante (resolución WHA48.9)

Enfermedades transmisibles

D. Erradicación de la dracunculosis (resolución WHA64.16)

E. Eliminación de la esquistosomiasis (resolución WHA65.21)

F. Enfermedades tropicales desatendidas (resolución WHA66.12)

G. Prevención y control de las infecciones de transmisión sexual: estrategia mundial (resolución WHA59.19)

Promoción de la salud a lo largo del ciclo de vida

H. Salud del recién nacido (resolución WHA67.10)

I. Hacia la cobertura universal en las intervenciones de salud materna, del recién nacido y del niño (resolución WHA58.31)

J. Aplicación de las recomendaciones de la Comisión de las Naciones Unidas sobre Productos Básicos de Supervivencia para Mujeres y Niños (resolución WHA66.7)

[1] Resolución EBSS3.R1. Ebola: Extinción del brote actual, fortalecimiento de la preparación mundial y garantía de la capacidad de preparación y respuesta de la OMS ante futuros brotes y emergencias a gran escala con consecuencias sanitarias.

Sistemas de salud

K. Determinantes sociales de la salud (resolución WHA65.8)

L. Estructuras de financiación sostenible de la salud y cobertura universal (resolución WHA64.9)

M. Estrategia para incorporar el análisis y las acciones de género en las actividades de la OMS (resolución WHA60.25)

N. Progresos realizados en el uso racional de los medicamentos (resolución WHA60.16)

Preparación, vigilancia y respuesta

O. Preparación para una gripe pandémica: intercambio de virus gripales y acceso a las vacunas y otros beneficios (resolución WHA64.5)

P. Erradicación de la viruela: destrucción de las reservas de virus variólico (resolución WHA60.1)

## COMISIÓN B

19. Apertura de la Comisión[1]

20. Situación sanitaria en el territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental, y en el Golán sirio ocupado

21. Asuntos financieros

21.1 Informe financiero y estados financieros comprobados correspondientes al año terminado el 31 de diciembre de 2014

21.2 Estado de la recaudación de las contribuciones señaladas, y Estados Miembros con atrasos de contribuciones de importancia bastante para que esté justificado aplicar el Artículo 7 de la Constitución

21.3 [suprimido]

21.4 Escala de contribuciones para 2016-2017

21.5 [suprimido]

22. Asuntos de auditoría y supervisión

22.1 Informe del Comisario de Cuentas

[1] Incluida la elección de Vicepresidentes y de Relator.

22.2 Informe del Auditor Interno

22.3 Nombramiento de Comisario de Cuentas

23. Asuntos de personal

23.1 Recursos humanos

23.2 Informe de la Comisión de Administración Pública Internacional

23.3 Modificaciones del Estatuto del Personal y del Reglamento de Personal

23.4 Informe del Comité Mixto de Pensiones del Personal de las Naciones Unidas

23.5 Nombramiento de representantes en el Comité de la Caja de Pensiones del Personal de la OMS

24. Asuntos administrativos

24.1 Bienes inmuebles: actualización sobre la estrategia de renovación de los edificios de Ginebra

25. Colaboración dentro del sistema de las Naciones Unidas y con otras organizaciones intergubernamentales

17. Sistemas de salud

17.1 Fortalecimiento de la atención quirúrgica esencial y de emergencia, y de la anestesia, como componentes de la cobertura sanitaria universal

17.2 Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud

17.3 Productos médicos de calidad subestándar, espurios, de etiquetado engañoso, falsificados o de imitación

17.4 Seguimiento del informe del Grupo consultivo de expertos en investigación y desarrollo: financiación y coordinación

17.5 Estrategia mundial y plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual

# LISTA DE DOCUMENTOS

| | |
|---|---|
| A68/1 Rev.1 | Orden del día[1] |
| A68/1 Add.1 | Propuesta de inclusión de un punto suplementario en el orden del día |
| A68/2 | Informe del Consejo Ejecutivo acerca de sus reuniones 135.ª y 136.ª y de su reunión extraordinaria sobre el ebola |
| A68/3 | Alocución de la Dra. Margaret Chan, Directora General, ante la 68.ª Asamblea Mundial de la Salud |
| A68/4 | Reforma de la OMS: panorama general de la aplicación de la reforma |
| A68/5 | Marco para la colaboración con agentes no estatales |
| A68/6 | Ejecución del presupuesto por programas 2014-2015: examen de mitad de periodo |
| A68/7 | Proyecto de presupuesto por programas 2016–2017 |
| A68/7 Add.1 | Proyecto de resolución: Presupuesto por programas 2016-2017 |
| A68/8 | Resultados de la Segunda Conferencia Internacional sobre Nutrición[2] |
| A68/9 | Nutrición de la madre, el lactante y el niño pequeño: elaboración del conjunto básico de indicadores[3] |
| A68/10 | Actualización sobre la Comisión para acabar con la obesidad infantil |
| A68/11 | Seguimiento de la reunión de alto nivel de 2014 de la Asamblea General de las Naciones Unidas para llevar a cabo un examen y una evaluación generales de los progresos realizados en la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles |
| A68/12 | Carga mundial de epilepsia y necesidad de medidas coordinadas en los países para abordar sus consecuencias sanitarias y sociales y su conocimiento por el público |
| A68/13 | Monitoreo del logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud |

[1] Véase p. ix.

[2] Véase el anexo 6.

[3] Véase el anexo 7.

| | |
|---|---|
| A68/14 | La salud en la agenda para el desarrollo después de 2015 |
| A68/15 | Salud del adolescente |
| A68/16 | Mujer y salud: 20 años después de la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing |
| A68/17 | Contribución al desarrollo social y económico: la actuación multisectorial sostenible para mejorar la salud y la equidad sanitaria (seguimiento de la Octava Conferencia Mundial de Promoción de la Salud) |
| A68/18 | Salud y medio ambiente<br>Impacto sanitario de la contaminación del aire |
| A68/19 | Resistencia a los antimicrobianos<br>Informe resumido sobre los progresos realizados en la aplicación de la resolución WHA67.25, relativa a la resistencia a los antimicrobianos |
| A68/20 y Corr.1 | Resistencia a los antimicrobianos<br>Proyecto de plan de acción mundial sobre la resistencia a los antimicrobianos[1] |
| A68/21 y A68/21 Add.1 | Poliomielitis |
| A68/21 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[2] |
| A68/21 Add.3 | Recomendaciones temporales sobre la propagación internacional de poliovirus salvajes: consideraciones acerca de su mantenimiento a tenor del artículo 15.3 del Reglamento Sanitario Internacional (2005) |
| A68/22 | Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005)<br>Respuesta a las emergencias de salud pública |
| A68/22 Add.1 | Informe del Comité de Examen sobre las segundas prórrogas para establecer capacidades nacionales de salud pública y sobre la aplicación del RSI[3] |
| A68/23 | Respuesta de la OMS a las emergencias graves a gran escala |

[1] Véase el anexo 3.

[2] Véase el anexo 8.

[3] Véanse el anexo 2 y el anexo 8.

| | |
|---|---|
| A68/24 | Brote de enfermedad por el virus del Ebola de 2014: contexto y retos actuales; detención de la epidemia, y preparación en los países y regiones no afectados |
| A68/25 | Grupo de expertos para la evaluación interina del ebola |
| A68/26 | Brote de enfermedad por el virus del Ebola de 2014 y seguimiento de la Reunión extraordinaria del Consejo Ejecutivo sobre el ebola: Opciones de un fondo para contingencias en apoyo de la capacidad de respuesta de la OMS en emergencias |
| A68/27 | Cuerpo mundial de profesionales sanitarios para emergencias |
| A68/28 | Paludismo: proyecto de estrategia técnica mundial: después de 2015[1] |
| A68/28 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[2] |
| A68/29 | Dengue: prevención y control |
| A68/30 | Plan de acción mundial sobre vacunas |
| A68/31 | Fortalecimiento de la atención quirúrgica esencial y de emergencia, y de la anestesia, como componentes de la cobertura sanitaria universal |
| A68/32 | Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud |
| A68/32 Add.1 | Informe del Grupo consultivo de expertos encargado de examinar la pertinencia y eficacia del Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud (2010) |
| A68/33 | Productos médicos de calidad subestándar, espurios, de etiquetado engañoso, falsificados o de imitación |
| A68/34 | Seguimiento del informe del Grupo consultivo de expertos en investigación y desarrollo: financiación y coordinación |
| A68/34 Add.1 | Proyectos de demostración de investigación y desarrollo sanitarios |
| A68/35 | Estrategia mundial y plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual[3] |

[1] Véase el anexo 1.

[2] Véase el anexo 8.

[3] Véase el anexo 5.

| | |
|---|---|
| A68/36 | Informes sobre los progresos realizados |
| A68/37 | Situación sanitaria en el territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental, y en el Golán sirio ocupado |
| A68/38 | Informe financiero y estados financieros comprobados correspondientes al año terminado el 31 de diciembre de 2014 |
| A68/39 | Estado de la recaudación de las contribuciones señaladas, y Estados Miembros con atrasos de contribuciones de importancia bastante para que esté justificado aplicar el Artículo 7 de la Constitución |
| A68/40 | Escala de contribuciones para 2016-2017 |
| A68/41 | Informe del Comisario de Cuentas |
| A68/42 | Informe del Auditor Interno |
| A68/43 | Nombramiento de Comisario de Cuentas |
| A68/44 | Recursos humanos: actualización |
| A68/45 | Informe de la Comisión de Administración Pública Internacional |
| A68/46 | Modificaciones del Estatuto del Personal y del Reglamento de Personal[1] |
| A68/47 | Informe del Comité Mixto de Pensiones del Personal de las Naciones Unidas |
| A68/48 | Nombramiento de representantes en el Comité de la Caja de Pensiones del Personal de la OMS |
| A68/49 | Bienes inmuebles: actualización sobre la estrategia de renovación de los edificios de Ginebra |
| A68/50 | Colaboración dentro del sistema de las Naciones Unidas y con otras organizaciones intergubernamentales |
| A68/51 Rev.1 | Brote de enfermedad por el virus del Ebola de 2014 y seguimiento de la Reunión extraordinaria del Consejo Ejecutivo sobre el ebola<br>Proyecto de decisión presentado por la Secretaría |
| A68/52 | Panorama general de la aplicación de la reforma<br>Informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 68.ª Asamblea Mundial de la Salud |

[1] Véase el anexo 4.

| | |
|---|---|
| A68/53 | Marco para la colaboración con agentes no estatales<br>Informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 68.ª Asamblea Mundial de la Salud |
| A68/54 | Ejecución del presupuesto por programas 2014-2015: examen de mitad de periodo<br>Informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 68.ª Asamblea Mundial de la Salud |
| A68/55 | Proyecto de presupuesto por programas 2016-2017<br>Informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 68.ª Asamblea Mundial de la Salud |
| A68/56 | Brote de enfermedad por el virus del Ebola de 2014 y seguimiento de la Reunión extraordinaria del Consejo Ejecutivo sobre el ebola: Opciones de un fondo para contingencias en apoyo de la capacidad de respuesta de la OMS en emergencias<br>Informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 68.ª Asamblea Mundial de la Salud |
| A68/57 | Informe financiero y estados financieros comprobados correspondientes al año terminado el 31 de diciembre de 2014<br>Informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 68.ª Asamblea Mundial de la Salud |
| A68/58 | Estado de la recaudación de las contribuciones señaladas, y Estados Miembros con atrasos de contribuciones de importancia bastante para que esté justificado aplicar el Artículo 7 de la Constitución<br>Informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 68.ª Asamblea Mundial de la Salud |
| A68/59 | Informe del Comisario de Cuentas<br>Informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 68.ª Asamblea Mundial de la Salud |
| A68/60 | Informe del Auditor Interno<br>Informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 68.ª Asamblea Mundial de la Salud |
| A68/61 | Recursos humanos<br>Informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 68.ª Asamblea Mundial de la Salud |
| A68/62 | Bienes inmuebles: actualización sobre la estrategia de renovación de los edificios de Ginebra<br>Informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 68.ª Asamblea Mundial de la Salud |
| A68/63 | Comisión de Credenciales |

| | |
|---|---|
| A68/64 | Elección de Miembros facultados para designar una persona que forme parte del Consejo Ejecutivo |
| A68/65 | Primer informe de la Comisión A |
| A68/66 | Primer informe de la Comisión B |
| A68/67 | Segundo informe de la Comisión A |
| A68/68 | Segundo informe de la Comisión B |
| A68/69 | Tercer informe de la Comisión A |
| A68/70 | Tercer informe de la Comisión B |
| A68/71 | Cuarto informe de la Comisión A |
| A68/72 Rev.1 | Cuarto informe de la Comisión B |
| A68/73 | Quinto informe de la Comisión A |
| A68/74 | Quinto informe de la Comisión B |
| A68/75 | Sexto informe de la Comisión A |

**Documentos de información**

| | |
|---|---|
| A68/INF./1 | Anexo del informe financiero correspondiente al año terminado el 31 de diciembre de 2014<br>Contribuciones voluntarias, por fondo y por contribuidor |
| A68/INF./2 | Situación sanitaria en el territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental, y en el Golán sirio ocupado<br>Informe del Ministerio de Salud de la República Árabe Siria |
| A68/INF./3 | Situación sanitaria en el territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental, y en el Golán sirio ocupado<br>Declaración del Gobierno de Israel |
| A68/INF./4 | Situación sanitaria en el territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental, y en el Golán sirio ocupado<br>Informe del Director de Salud del OOPS |
| A68/INF./5 | Situación sanitaria en el territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental, y en el Golán sirio ocupado<br>Informe presentado a petición del Observador Permanente de Palestina ante la Oficina de las Naciones Unidas y Otras Organizaciones Internacionales en Ginebra |

| | |
|---|---|
| A68/INF./6 | [documento cancelado] |
| A68/INF./7 | Proyecto de presupuesto por programas 2016-2017<br>Proceso, determinación de los costos y financiación |

**Documentos varios**

| | |
|---|---|
| A68/DIV./1 Rev.1 | Lista de delegados y otros participantes |
| A68/DIV./2 | Guía para los delegados en la Asamblea Mundial de la Salud |
| A68/DIV./3 | Decisiones y lista de resoluciones |
| A68/DIV./4 | Lista de documentos |
| A68/DIV./5 | Alocución de la Excma. Sra. Angela Merkel, Canciller Federal de la República Federal de Alemania, ante la 68.ª Asamblea Mundial de la Salud |

# MESA DE LA ASAMBLEA DE LA SALUD Y COMPOSICIÓN DE SUS COMISIONES

**Presidente**
Sr. Jagat Prakash NADDA (India)

**Vicepresidentes**
Dr. LI Bin (China)
Sr. John David Edward BOYCE (Barbados)
Dr. Ferozudin FEROZ (Afganistán)
Sr. Francesco MUSSONI (San Marino)
Dra. Awa Marie COLL SECK (Senegal)

**Secretario**
Dra. Margaret CHAN, Directora General

### Comisión de Credenciales

La Comisión de Credenciales estuvo integrada por delegados de los Estados Miembros siguientes: Bélgica, Colombia, Djibouti, Gabón, Guinea-Bissau, Honduras, Lesotho, Singapur, Suiza, Tayikistán, Timor-Leste y Tonga.

**Presidente:** Sra. Muriel PENEVEYRE (Suiza)
**Vicepresidente:** Dr. Médard TOUNG MVE (Gabón)
**Secretario:** Sra. Joanne McKEOUGH, Asesora Jurídica Principal

### Mesa de la Asamblea

La Mesa de la Asamblea estuvo integrada por el Presidente y los Vicepresidentes de la Asamblea de la Salud, los Presidentes de las comisiones principales y delegados de los Estados Miembros siguientes: Burkina Faso, Burundi, Comoras, Cuba, Estados Unidos de América, Federación de Rusia, Francia, Ghana, Indonesia, Letonia, Montenegro, Omán, Perú, Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, República Árabe Siria, Sudán del Sur y Viet Nam.

**Presidente:** Sr. Jagat Prakash NADDA (India)
**Secretario:** Dra. Margaret CHAN, Directora General

### COMISIONES PRINCIPALES

En virtud de lo dispuesto en el artículo 33 del Reglamento Interior de la Asamblea Mundial de la Salud, cada delegación estuvo representada por uno de sus miembros en cada una de las comisiones principales.

### Comisión A

**Presidente:** Dr. Eduardo JARAMILLO NAVARRETE (México)
**Vicepresidentes:** Sra. Dorcas MAKGATO (Botswana) y Sr. Bahar Idreiss ABUGARADA ABULGASSIM (Sudán)
**Relatora:** Dra. Liis ROOVÄLI (Estonia)
**Secretario:** Dr. Timothy ARMSTRONG, Coordinador, Vigilancia y Prevención de base Poblacional

### Comisión B

**Presidente:** Sr. Michael MALABAG (Papua Nueva Guinea)
**Vicepresidentes:** Dr. Raymond BUSUTTIL (Malta) y Sr. Khaga Raj ADHIKARI (Nepal)
**Relator:** Dr. Guy FONES (Chile)
**Secretario:** Dr. Clive ONDARI, Coordinador, Seguridad y Vigilancia

### REPRESENTANTES DEL CONSEJO EJECUTIVO

Dra. Mariyam SHAKEELA (Maldivas)
Dr. Dirk CUYPERS (Bélgica)
Dr. Walid AMMAR (Lebanon)
Dr. Yankalbe Paboung MATCHOCK MAHOURI (Chad)

# RESOLUCIONES

## WHA68.1 Presupuesto por programas 2016-2017

La 68.ª Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el proyecto de presupuesto por programas 2016-2017;[1]

Reconociendo las circunstancias excepcionales relativas a la crisis del ebola y el trabajo adicional que será preciso realizar para garantizar que la OMS esté preparada para responder eficazmente a emergencias sanitarias y llevar a cabo reformas encaminadas a mejorar la rendición de cuentas, la transparencia, la gestión financiera, la eficiencia y la presentación de informes sobre los resultados en la Organización,

1. APRUEBA el programa de trabajo, consignado en el proyecto de presupuesto por programas 2016-2017;

2. APRUEBA el presupuesto para el ejercicio 2016-2017, con cargo a fondos de todas las procedencias, esto es, contribuciones señaladas y contribuciones voluntarias, por valor de US$ 4385 millones;

3. DISTRIBUYE el presupuesto para el ejercicio 2016-2017 entre las siguientes categorías y otras áreas:

1) Enfermedades transmisibles US$ 765 millones;

2) Enfermedades no transmisibles US$ 340 millones;

3) Promoción de la salud a lo largo del ciclo de vida US$ 382 millones;

4) Sistemas de salud US$ 594 millones;

5) Preparación, vigilancia y respuesta US$ 380 millones;

6) Servicios corporativos/funciones instrumentales US$ 734 millones;

Otras áreas:

Poliomielitis, investigaciones sobre enfermedades tropicales e investigaciones sobre reproducción humana US$ 986 millones;

Respuesta a brotes epidémicos y crisis US$ 204 millones;

[1] Documento A68/7.

4. RESUELVE que el presupuesto se financie del siguiente modo:

1) mediante las contribuciones netas de los Estados Miembros ajustadas en función de los ingresos no señalados procedentes de los Estados Miembros, por un total de US$ 929 millones;

2) mediante contribuciones voluntarias por un total de US$ 3456 millones;

5. RESUELVE ADEMÁS que del monto bruto de la contribución señalada para cada Estado Miembro se deduzcan las cantidades abonadas en su favor en el Fondo de Iguala de Impuestos; que esa deducción se ajuste en el caso de los Miembros que gravan con impuestos los sueldos percibidos por los funcionarios de la OMS, impuestos que la Organización reembolsa a ese personal; el monto total de esos reembolsos se estima en US$ 27 millones, lo que eleva las contribuciones de los Miembros a un total de US$ 956 millones;

6. DECIDE que el Fondo de Operaciones se mantenga en su actual nivel de US$ 31 millones;

7. AUTORIZA a la Directora General a utilizar las contribuciones señaladas y las contribuciones voluntarias, con sujeción a la disponibilidad de recursos, para financiar el presupuesto según se ha distribuido en el párrafo 3, sin exceder las cantidades aprobadas;

8. AUTORIZA ADEMÁS a la Directora General a efectuar transferencias, cuando sea necesario, entre las seis categorías, hasta por un monto que no supere el 5% de la cantidad asignada a la categoría desde la que se haga la transferencia. Todas esas transferencias se consignarán en los informes reglamentarios a los órganos deliberantes correspondientes;

9. AUTORIZA ADEMÁS a la Directora General a realizar gastos, cuando sea necesario, con cargo al componente de respuesta a brotes epidémicos y crisis del presupuesto por encima del monto asignado a dicho componente, con sujeción a la disponibilidad de recursos, y pide a la Directora General que informe a los órganos deliberantes sobre la disponibilidad de recursos y los gastos en ese componente;

10. AUTORIZA ADEMÁS a la Directora General a realizar, cuando sea necesario, gastos con cargo a los componentes presupuestarios de poliomielitis, investigaciones sobre enfermedades tropicales e investigaciones sobre reproducción humana por encima del monto asignado a dichos componentes, de resultas de mecanismos adicionales de gobernanza y de movilización de recursos, así como de su ciclo presupuestario, que informan los presupuestos anuales/bienales de estos programas especiales, y con sujeción a la disponibilidad de recursos, y pide a la Directora General que informe a los órganos deliberantes sobre la disponibilidad de recursos y los gastos en esos componentes;

11. PIDE a la Directora General que, por conducto del Consejo Ejecutivo y de su Comité de Programa, Presupuesto y Administración, presente de forma periódica a la Asamblea Mundial de la Salud informes sobre la financiación y ejecución del presupuesto presentado en el documento A68/7, así como acerca del resultado del diálogo sobre la financiación, la asignación estratégica de recursos flexibles y los resultados de la estrategia de movilización coordinada de recursos.

(Octava sesión plenaria, 22 de mayo de 2015 -
Comisión A, primer informe)

## WHA68.2 Estrategia y metas técnicas mundiales contra la malaria 2016-2030[1]

La 68.ª Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo considerado el informe Paludismo: proyecto de estrategia técnica mundial: después de 2015;[2]

Recordando las resoluciones WHA58.2 sobre control del paludismo, WHA60.18 sobre paludismo, incluida la propuesta de establecimiento de un Día Mundial del Paludismo, y WHA64.17 sobre paludismo, así como las resoluciones 65/273, 66/289, 67/299 y 68/308 de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la consolidación de los logros y aceleración de la labor destinada a combatir y erradicar la malaria en los países en desarrollo, en particular en África, para 2015;

Reconociendo los progresos realizados para alcanzar el Objetivo de Desarrollo del Milenio 6 (Combatir el VIH/sida, el paludismo y otras enfermedades) y las metas establecidas por la Asamblea de la Salud en la resolución WHA58.2 en lo que se refiere al control del paludismo;

Reconociendo que esos avances, si se complementan con más inversiones en nuevas intervenciones costoeficaces, brindan la oportunidad de reducir aún más la elevada carga de paludismo y de acelerar los progresos hacia la eliminación;

Tomando nota de que, según estimaciones, en 2013 se produjeron unos 200 millones de casos de paludismo y más de 580 000 defunciones por esa enfermedad, de las cuales la mayor parte fueron niños africanos menores de 5 años, y que el paludismo representa una carga importante para los hogares, las comunidades y los servicios de salud en los países con alta carga de morbilidad, y de que el número de casos y de defunciones aumentará a menos que se redoblen los esfuerzos por reducir la carga de morbilidad;

Reconociendo que las intervenciones contra el paludismo son sumamente costoeficaces, pero que se deben abordar y superar con urgencia los obstáculos que dificultan a las poblaciones expuestas el acceso universal a medidas de lucha antivectorial, terapias de prevención, pruebas de diagnóstico y tratamiento antipalúdico de calidad asegurada;

Reconociendo también que la morbilidad y la mortalidad relacionadas con la malaria en todo el mundo pueden reducirse en gran medida con voluntad política y recursos acordes si se educa y se sensibiliza a la población sobre la malaria y se dispone de servicios de salud adecuados, particularmente en los países en que la enfermedad es endémica;

Hondamente preocupada por la amenaza regional y mundial que representan la aparición y propagación de la resistencia a los insecticidas y los medicamentos, incluida la resistencia a la artemisinina, así como los problemas sistémicos que impiden seguir avanzando, entre ellos la debilidad de los sistemas de salud y de vigilancia de la morbilidad en muchos de los países afectados;

Consciente de la pesada carga económica y social que la malaria impone a las comunidades más vulnerables y pobres de los países en los que esa enfermedad es endémica y de la carga desproporcionada que soportan los países del África subsahariana y los grupos de alto riesgo, en particular las poblaciones migrantes y nómadas;

---

[1] Véase el anexo 1; en el anexo 8 se exponen las repercusiones financieras y administrativas de esta resolución para la Secretaría.

[2] Documento A68/28.

Consciente asimismo de que una reducción de la carga de paludismo puede mejorar las condiciones sociales y sacar a las comunidades de la pobreza, y tiene un impacto económico y social positivo;

Reconociendo que los recientes logros alcanzados en materia de prevención y control del paludismo son frágiles y que los futuros progresos dependen de las medidas que se adopten en el sector sanitario y fuera de él, que requieren compromisos políticos y financieros a largo plazo, una sólida colaboración regional, el fortalecimiento de los sistemas de salud y la inversión en innovación e investigación;

Reconociendo que en un mundo interconectado e interdependiente no hay países sin riesgo de paludismo, ni siquiera los que han eliminado recientemente la enfermedad ni aquellos en que esta no es endémica,

1. ADOPTA la estrategia técnica mundial contra la malaria 2016-2030, dotada de:

1) una visión audaz de un mundo sin paludismo y metas para reducir la incidencia del paludismo y las tasas de mortalidad por paludismo en todo el mundo al menos en un 90% para 2030; eliminar el paludismo por lo menos en otros 35 países respecto de 2015; e impedir su reaparición en países exentos de paludismo en 2015;

2) hitos conexos para 2020 y 2025;

3) cinco principios, relativos a la aceleración de las actividades orientadas a la eliminación; el sentido de pertenencia y el liderazgo de los países, con el compromiso y la participación de las comunidades; el refuerzo de los sistemas de vigilancia, seguimiento y evaluación; la equidad en el acceso a servicios de salud; y la innovación en lo relativo a instrumentos y criterios de aplicación;

4) tres pilares, consistentes en asegurar el acceso universal a servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento del paludismo; acelerar las actividades destinadas a eliminar el paludismo y conseguir la condición de exento de paludismo; y transformar la vigilancia del paludismo en una intervención básica;

5) dos elementos de apoyo, a saber, el aprovechamiento de la innovación y la ampliación de la investigación; y el fortalecimiento del entorno propicio;

2. INSTA a los Estados Miembros:[1]

1) a que actualicen las estrategias y los planes operacionales nacionales contra el paludismo de manera compatible con las recomendaciones de la estrategia técnica mundial contra la malaria 2016-2030;

2) a que intensifiquen los esfuerzos nacionales y regionales orientados a reducir la morbilidad y mortalidad en los países con alta carga de morbilidad, acelerar los progresos hacia la eliminación y, según proceda, mantener la condición de exento de paludismo;

3) a que fortalezcan los sistemas de salud, tanto del sector público como del privado, y elaboren planes para alcanzar y mantener el acceso universal a las intervenciones básicas contra el paludismo recomendadas por la OMS para las poblaciones en riesgo;

[1] Y, cuando proceda, a las organizaciones de integración económica regional.

4) a que intensifiquen los esfuerzos nacionales, transfronterizos, regionales y subregionales destinados a abordar la amenaza que supone la creciente resistencia a los insecticidas y los medicamentos, incluida la resistencia a la artemisinina;

5) a que promuevan la colaboración multisectorial, los programas educativos y la participación comunitaria a fin de reforzar las actividades de control y eliminación del paludismo;

6) a que establezcan y fortalezcan, según proceda, sistemas nacionales de vigilancia del paludismo y de respuesta a la enfermedad con miras a mejorar la calidad de los datos y la eficacia y eficiencia de las respuestas nacionales al paludismo;

7) a que elaboren un modelo integral de carácter transfronterizo para el control y el tratamiento del paludismo, cuando sea oportuno, a que intensifiquen la colaboración transfronteriza, a que refuercen la eficacia de las intervenciones destinadas a la eliminación del paludismo utilizando la atención primaria como principal plataforma y a que integren el modelo en los sistemas de atención de salud en general;

8) a que promuevan la investigación básica y aplicada relativa al paludismo y aceleren el desarrollo y la adopción de instrumentos de buena calidad y costoeficaces, especialmente vacunas, medicamentos, medios de diagnóstico, vigilancia, insecticidas e instrumentos de control de vectores para prevenir y controlar el paludismo y colaborar en nuevos enfoques;

9) a que refuercen la capacidad de los recursos humanos y la infraestructura a fin de mejorar la eficacia, eficiencia y sostenibilidad de las respuestas al paludismo y, al mismo tiempo, aseguren la integración y las sinergias con el sistema de salud en su conjunto;

10) a que consideren las repercusiones financieras de la presente resolución en el contexto más amplio del desarrollo del sector sanitario, e incrementen la financiación nacional, regional e internacional de las intervenciones contra el paludismo y de las iniciativas transfronterizas y regionales;

3. INVITA a los asociados internacionales, regionales y nacionales del sector sanitario y de otros sectores, en particular a los de la Alianza para Hacer Retroceder el Paludismo, a que participen en la aplicación de la estrategia técnica mundial contra la malaria 2016-2030 y le presten su apoyo;

4. EXHORTA a los asociados internacionales de la OMS, entre ellos las organizaciones intergubernamentales e internacionales, las instituciones de financiación, las instituciones de investigación, la sociedad civil y el sector privado, a que presten apoyo a los Estados Miembros,[1] según proceda; con miras:

1) a movilizar fondos suficientes y previsibles que permitan una reducción acelerada de la carga de morbilidad por paludismo, especialmente en los países con alta carga de morbilidad, y respaldar los progresos hacia la eliminación, en consonancia con las metas y los hitos propuestos en la estrategia técnica mundial contra la malaria 2016-2030;

2) a apoyar la generación de conocimientos, la investigación y la innovación a fin de acelerar el desarrollo de nuevos instrumentos antivectoriales, medios de diagnóstico, medicamentos y vacunas, y de nuevas soluciones para la vigilancia, la gestión de datos, los trabajos operacionales y la aplicación;

[1] Y, cuando proceda, a las organizaciones de integración económica regional.

3) a coordinar e integrar la prestación de apoyo a los programas nacionales de lucha contra el paludismo para que adopten y apliquen las políticas y estrategias recomendadas por la OMS y promuevan la sostenibilidad a largo plazo de las respuestas al paludismo;

5. PIDE a la Directora General:

1) que proporcione asistencia técnica y orientación a los Estados Miembros[1] para la aplicación, la adaptación nacional y la puesta en práctica de la estrategia técnica mundial contra la malaria 2016-2030;

2) que actualice periódicamente la orientación técnica sobre prevención, atención y eliminación del paludismo a medida que se obtengan nuevas pruebas científicas y se disponga de nuevos instrumentos y enfoques innovadores;

3) que supervise la aplicación de la estrategia técnica mundial contra la malaria 2016-2030 y evalúe su repercusión en relación con el logro de los progresos orientados al establecimiento de hitos y metas;

4) que fortalezca las capacidades de la Secretaría para permitirle aumentar su asistencia técnica a los Estados Miembros[1] con miras a alcanzar los hitos y las metas;

5) que asegure la participación activa y coordinada de todas las partes pertinentes de la Organización, en la Sede, las regiones y los países, en la promoción y aplicación de la estrategia técnica mundial contra la malaria 2016-2030;

6) que informe de los progresos alcanzados a las Asambleas Mundiales de la Salud 70.ª y 72.ª, y posteriormente a intervalos periódicos, por conducto del Consejo Ejecutivo.

(Octava sesión plenaria, 22 de mayo de 2015 -
Comisión A, primer informe)

## WHA68.3 Poliomielitis[2]

La 68.ª Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe sobre la poliomielitis[3] y la línea de actuación decidida por el Consejo Ejecutivo en su 136.ª reunión;[4]

Recordando la resolución WHA65.5 (Poliomielitis: intensificación de la iniciativa de erradicación mundial) y que la 66.ª Asamblea Mundial de la Salud tomó nota del Plan estratégico para la erradicación de la poliomielitis y la fase final 2013-2018 y subsiguientemente examinó los progresos realizados hacia su aplicación;[5]

---

[1] Y, cuando proceda, a las organizaciones de integración económica regional.

[2] En el anexo 8 se exponen las repercusiones financieras y administrativas de esta resolución para la Secretaría.

[3] Documento A68/21.

[4] Véase el documento EB136/2015/REC/2, acta resumida de la 136.ª reunión del Consejo Ejecutivo, séptima sesión.

[5] Véase el documento WHA66/2013/REC/3, actas resumidas de la Comisión A de la 66.ª Asamblea Mundial de la Salud, novena sesión, sección 1.

Recordando que el 5 de mayo de 2014 la Directora General declaró que la propagación internacional de poliovirus salvajes constituía una emergencia de salud pública de importancia internacional y formuló recomendaciones temporales de conformidad con el Reglamento Sanitario Internacional (2005);[1]

Observando que más del 85% del total de casos nuevos registrados en 2014 y 2015 se han dado en el Pakistán, encomiando los esfuerzos heroicos desplegados por el personal de salud de primera línea, el Gobierno, la población y los líderes civiles y religiosos del Pakistán, y felicitándolos por su reforzado compromiso con la erradicación de la poliomielitis, como testimonia su empeño en aplicar el plan para la estación de baja transmisión correspondiente a la primera mitad de 2015 haciendo frente a retos sin parangón;

Recordando la resolución 69/132 de la Asamblea General de las Naciones Unidas, sobre salud mundial y política exterior, en la que se «[i]nsta a que se respeten plenamente las normas y los principios aplicables del derecho internacional humanitario» y se «destaca la obligación [...] de respetar y proteger en todas las circunstancias al personal médico y al personal humanitario» y se «insta a los Estados a que elaboren medidas eficaces para prevenir y combatir la violencia contra ese personal»;

Consciente de las conclusiones de la reunión del Grupo de Expertos de Asesoramiento Estratégico sobre inmunización (Ginebra, 21 a 23 de octubre de 2014), según las cuales van por buen camino los preparativos para la retirada mundial del componente de tipo 2 de la vacuna antipoliomielítica oral en abril de 2016; y tomando nota de los progresos realizados en la introducción de una vacuna con poliovirus inactivado para el final de 2015, en particular en coordinación con asociados tales como la Alianza GAVI,

1. INSTA a los Estados Miembros donde hay transmisión de poliovirus:

1) a que pongan fin a toda transmisión de poliovirus salvajes aplicando plenamente la totalidad de los planteamientos estratégicos expuestos en el Plan estratégico para la erradicación de la poliomielitis y la fase final 2013-2018 y los planes de acción nacionales;

2) a que velen por que se establezcan todas las medidas necesarias para el acceso seguro del personal de salud a todas las comunidades y garanticen la seguridad del personal de salud, recurriendo también a la participación apropiada y el apoyo de los líderes comunitarios y las entidades de la fuerza pública, militares, no militares y no estatales pertinentes;

3) a que apliquen plenamente las recomendaciones temporales emitidas de conformidad con el Reglamento Sanitario Internacional (2005) con el fin de reducir el riesgo de propagación internacional de poliovirus salvajes;

4) a que intensifiquen la colaboración transfronteriza para mejorar a la vez la vacunación y las actividades de vigilancia;

[1] Declaración de la OMS sobre la reunión del Comité de Emergencias del Reglamento Sanitario Internacional para examinar la propagación internacional de poliovirus, disponible en http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2014/polio-20140505/es/ (consultado el 16 de marzo de 2015).

2. INSTA a todos los Estados Miembros que en la actualidad utilizan la vacuna antipoliomielítica oral a que se preparen para la retirada mundial del componente de tipo 2 de esa vacuna en abril de 2016, en particular mediante lo siguiente:

1) elaborando planes nacionales, no más tarde del final de septiembre de 2015, para la retirada del componente de tipo 2 de la vacuna antipoliomielítica oral sustituyendo la vacuna antipoliomielítica oral trivalente por la vacuna antipoliomielítica oral bivalente;

2) acelerando el registro de la vacuna antipoliomielítica oral bivalente para su uso en los programas de inmunización sistemática y, de ser necesario entre tanto, autorizando su uso sobre la base de la precalificación otorgada por la OMS;

3) aplicando políticas nacionales para destruir de forma apropiada las reservas residuales de vacuna trivalente;

4) completando de forma óptima la introducción de vacunas de poliovirus inactivado antes de la retirada del componente de tipo 2 de la vacuna antipoliomielítica oral en abril de 2016;

3. INSTA a todos los Estados Miembros:[1]

1) a que logren y mantengan el nivel de vigilancia para detectar poliovirus necesario para la certificación y respondan plenamente a los poliovirus detectados de cualquier procedencia;[2] a que adopten de inmediato medidas para afrontar una emergencia nacional de salud pública, según sea oportuno, para responder a un nuevo brote de poliomielitis en los países exentos de la enfermedad, una vez confirmada la detección de cualquier poliovirus salvaje circulante, poliovirus circulante de tipo 2 de origen vacunal o poliovirus Sabin después de la retirada del componente de tipo 2 de la vacuna antipoliomielítica oral; y a que garanticen la aplicación plena de los protocolos revisados de respuesta a los brotes pandémicos[3] elaborados sobre la base de las directrices para la respuesta internacional a los brotes epidémicos publicadas en la resolución WHA59.1, relativa a la erradicación de la poliomiélitis;

2) a que presten apoyo a la ampliación mundial de la vigilancia del medio ambiente en localidades de alto riesgo elegidas de forma estratégica para complementar la vigilancia de la parálisis flácida aguda con el fin de detectar los poliovirus con prontitud;

3) a que presten apoyo a los esfuerzos de erradicación desplegados por los Estados Miembros donde hay transmisión de poliovirus, incluso mediante la colaboración política y la provisión de apoyo adicional, según proceda;

4) a que vigilen las carencias potenciales de la inmunidad de la población y apliquen medidas para corregirlas y estimulen la inmunidad de la población mediante una inmunización sistemática completa y puntual y, cuando proceda, con actividades de inmunización suplementaria de alta calidad;

---

[1] Y, cuando proceda, las organizaciones de integración económica regional.

[2] Por ejemplo, toda muestra que dé resultado positivo procedente de un caso de parálisis flácida aguda o de sus contactos, la vigilancia del medio ambiente, o los exámenes de heces focalizados.

[3] Responding to a poliovirus outbreak. Standard operating procedures for a new polio outbreak in a polio-free country (febrero de 2015), disponible en http://www.polioeradication.org/Portals/0/Document/Resources/PolioEradicators/1a.PolioOutbreakGuideline20150220.pdf (consultado el 17 de marzo de 2015).

5) a que pongan a disposición urgentemente los recursos financieros necesarios para aplicar de forma plena y continuada el Plan estratégico integral para la erradicación de la poliomielitis y la fase final 2013-2018, incluso recurriendo a la operacionalización rápida y completa de los fondos comprometidos y cubriendo los déficit de financiación restantes;

6) a que encabecen la elaboración de planes nacionales que garanticen que el patrimonio, las enseñanzas extraídas y los conocimientos adquiridos respecto de la poliomielitis se aplican en apoyo de otras prioridades sanitarias nacionales, en particular la inmunización sistemática, y velen por la realización plena del legado potencial de la erradicación de la poliomielitis;

7) a que confinen apropiadamente los poliovirus salvajes de tipo 2 en instalaciones esenciales no más tarde del final de 2015, y los poliovirus Sabin de tipo 2 en el plazo de tres meses a partir de la retirada mundial del componente de tipo 2 de la vacuna antipoliomielítica oral, en abril de 2016;[1]

8) a que establezcan procedimientos para autorizar la importación y el uso de vacunas antipoliomielíticas orales monovalentes de tipo 2 procedentes de la reserva mundial una vez que el Director General haya autorizado su distribución en caso de emergencia; aunque el Grupo de Expertos de Asesoramiento Estratégico sobre inmunización ha aconsejado que se mantenga únicamente una reserva mundial de vacuna antipoliomielítica oral monovalente de tipo 2, los Estados Miembros que decidan establecer reservas nacionales de esa vacuna habrán de mantenerla en condiciones de confinamiento que, según lo verifique la Comisión de Certificación Regional de la Erradicación de la Poliomielitis, cumplan el Plan de Acción Mundial de confinamiento,[1] y deberán obtener la autorización del Director General de la OMS antes de la distribución y utilización de las vacunas;

4. PIDE a la Directora General:

1) que siga colaborando con todos los agentes pertinentes, los gobiernos y los administradores, en asociación con otras organizaciones del sistema de las Naciones Unidas y organizaciones no gubernamentales locales e internacionales, para prestar apoyo a las actividades nacionales de erradicación del poliovirus destinadas a beneficiar a los niños de todas las zonas;

2) que mantenga la coordinación con todos los asociados pertinentes, incluidos los fabricantes de vacunas, para velar por que los Estados Miembros reciban un apoyo pleno de cara a la retirada escalonada coordinada a escala mundial de las vacunas antipoliomielíticas orales de todos los programas de inmunización, empezando por el componente de tipo 2 de la vacuna antipoliomielítica oral en abril de 2016, garantizando a la vez un suministro mundial suficiente de vacuna de poliovirus inactivados para uso en todos los países que incorporan la vacuna a sus planes de inmunización sistemática;

3) que vele por que la precalificación de vacunas antipoliomielíticas orales bivalentes destinadas a los programas de inmunización sistemática se lleve a cabo con prontitud con el fin de respaldar su introducción por los Estados Miembros;

[1] WHO global action plan to minimize poliovirus facility-associated risk after type-specific eradication of wild polioviruses and sequential cessation of OPV use. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2014, disponible en http://www.polioeradication.org/Portals/0/Document/Resources/PostEradication/GAPIII_2014.pdf (consultado el 17 de marzo de 2015).

4) que establezca un mecanismo que garantice la autoridad del Director General en lo que respecta a la distribución de una reserva mundial de vacuna antipoliomielítica oral monovalente de tipo 2[1] de forma puntual y equitativa a todos los Estados Miembros, y elabore un procedimiento de autorización de la distribución por el Director General y del uso de vacunas antipoliomielíticas orales monovalentes de tipo 2 por los países que mantienen reservas nacionales de esas vacunas;

5) que preste apoyo a los Estados Miembros,[2] los asociados y las partes interesadas en la elaboración de planes que garanticen que el patrimonio, las enseñanzas extraídas y los conocimientos adquiridos respecto de la poliomielitis se aplican en apoyo del plan general de inmunización y otras prioridades sanitarias y que el legado potencial de la erradicación de la poliomielitis se realiza plenamente;

6) que informe anualmente, hasta la 72.ª Asamblea Mundial de la Salud inclusive, sobre los progresos realizados hacia la consecución de un mundo exento de poliomielitis de forma duradera, y proporcione información financiera oportuna y transparente, incluyendo pormenores sobre cualquier limitación o modificación presupuestaria que pudiera afectar adversamente a la aplicación plena del Plan estratégico integral para la erradicación de la poliomielitis y la fase final 2013-2018.

(Novena sesión plenaria, 26 de mayo de 2015 -
Comisión A, tercer informe)

## WHA68.4 Cartografía del riesgo de fiebre amarilla y recomendaciones de vacunación para los viajeros[3]

La 68.ª Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe sobre la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005): respuesta a las emergencias de salud pública;[4]

Recordando la adopción por la 67.ª Asamblea Mundial de la Salud de la versión actualizada del anexo 7 del Reglamento Sanitario Internacional (2005),[5] y el informe del Grupo de Expertos de Asesoramiento Estratégico sobre inmunización,[6] en que se llega a la conclusión de que una sola dosis de vacuna contra la fiebre amarilla basta para conferir inmunidad sostenida y protección vitalicia contra la enfermedad, por lo que no hay necesidad de administrar una dosis de refuerzo de la vacuna, y que el certificado de vacunación contra la fiebre amarilla será válido durante toda la vida de la persona vacunada;

---

[1] Operational Framework for Monovalent Oral Poliovirus Type 2 (mOPV2) deployment and replenishment (during the endgame period), disponible en http://www.polioeradication.org/Portals/0/Document/Resources/PostEradication/ mOPV2 _Operational_Framework.pdf (consultado el 5 de mayo de 2015).

[2] Y, cuando proceda, las organizaciones de integración económica regional.

[3] En el anexo 8 se exponen las repercusiones financieras y adminstrativas de esta resolución para la Secretaría.

[4] Documento A68/22.

[5] Véanse la resolución WHA67.13 y el documento WHA67/2014/REC/1, anexo 5.

[6] Reunión del Grupo de Expertos de Asesoramiento Estratégico sobre inmunización, abril de 2013; conclusiones y recomendaciones. Weekly Epidemiological Record - Relevé épidémiologique hebdomadaire : 88(20): 201-216 (http://www.who.int/wer/2013/wer8820.pdf?ua=1, consultado el 4 de mayo de 2015).

Destacando el hecho de que los Estados Partes podrán aplicar esos cambios de manera inmediata, aunque el anexo 7 del Reglamento Sanitario Internacional (2005), en su forma enmendada, previsiblemente entrará en vigor en junio de 2016, con arreglo a lo dispuesto en el artículo 59 del Reglamento;

Observando que, a los efectos del anexo 7 del Reglamento Sanitario Internacional (2005), podrá exigirse la vacunación contra la fiebre amarilla a todos los viajeros que salgan de una zona respecto de la cual la Organización haya determinado que existe riesgo de transmisión de la enfermedad,

1. INSTA a los Estados Miembros:[1]

1) a que, durante el periodo que media hasta junio de 2016, informen a la OMS de si aceptan voluntariamente prorrogar la validez de los certificados de vacunación contra la fiebre amarilla para que tengan vigencia durante toda la vida de las personas vacunadas;

2) a que cumplan la recomendación de la OMS en relación con la definición de las zonas en las que existe riesgo de fiebre amarilla y las recomendaciones de vacunación contra la fiebre amarilla para los viajeros;

2. PIDE a la Directora General:

1) que publique, y vaya actualizando en tiempo real, un listado en línea de países que aceptan que los certificados de vacunación contra la fiebre amarilla son válidos durante toda la vida de las personas vacunadas;

2) que establezca oficialmente un grupo consultivo científico-técnico sobre cartografía geográfica del riesgo de fiebre amarilla que cuente con la participación de países con zonas de riesgo de fiebre amarilla, con miras a: *i*) mantener un registro cartográfico actualizado del riesgo de fiebre amarilla; y *ii*) ofrecer a los viajeros orientación sobre la vacunación contra la fiebre amarilla de modo tal que se faciliten los desplazamientos internacionales.

(Novena sesión plenaria, 26 de mayo de 2015 -
Comisión A, tercer informe)

## WHA68.5 Recomendaciones del Comité de Examen sobre las segundas prórrogas para establecer capacidades nacionales de salud pública y sobre la aplicación del RSI[2]

La 68.ª Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe del Comité de Examen sobre las segundas prórrogas para establecer capacidades nacionales de salud pública y sobre la aplicación del RSI;[3]

[1] Y, cuando proceda, las organizaciones de integración económica regional.

[2] En el anexo 8 se exponen las repercusiones financieras y adminstrativas de esta resolución para la Secretaría.

[3] Documento A68/22 Add.1.

Recordando a los Estados Miembros los derechos que los amparan y las obligaciones que les incumben en virtud del Reglamento Sanitario Internacional (2005), así como su responsabilidad para con la comunidad internacional;

Recordando el informe final del Comité de Examen acerca del funcionamiento del Reglamento Sanitario Internacional (2005) en relación con la pandemia por virus (H1N1) 2009, que la Directora General transmitió a la 64.ª Asamblea Mundial de la Salud;[1]

Reconociendo la creación de un comité de examen conforme a lo estipulado en los artículos 5 y 13 del Reglamento Sanitario Internacional (2005) y a lo previsto en el capítulo III del título IX de dicho Reglamento;

Encomiando la satisfactoria conclusión de las labores del Comité de Examen sobre las segundas prórrogas para establecer capacidades nacionales de salud pública y sobre la aplicación del RSI, así como la dirección de su Presidente, la dedicación de sus distinguidos miembros y la presentación de su informe a la Directora General para que esta lo transmita a la 68.ª Asamblea Mundial de la Salud,

1. INSTA a los Estados Miembros a que respalden la aplicación de las recomendaciones contenidas en el informe del Comité de Examen sobre las segundas prórrogas para establecer capacidades nacionales de salud pública y sobre la aplicación del RSI;[2]

2. PIDE a la Directora General:

1) que informe a la 69.ª Asamblea Mundial de la Salud de los progresos realizados para llevar a la práctica las recomendaciones del Comité de Examen sobre las segundas prórrogas para establecer capacidades nacionales de salud pública y sobre la aplicación del RSI;

2) que preste apoyo técnico a los Estados Miembros para poner en práctica las recomendaciones del Comité de Examen sobre las segundas prórrogas para establecer capacidades nacionales de salud pública y sobre la aplicación del RSI.

(Novena sesión plenaria, 26 de mayo de 2015 -
Comisión A, tercer informe)

## WHA68.6 Plan de acción mundial sobre vacunas[3]

La 68.ª Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe sobre el Plan de acción mundial sobre vacunas;[4]

---

[1] Documento A64/10, que fue considerado por la Comisión A de la 64.ª Asamblea Mundial de la Salud en su segunda y su tercera sesión (véase el documento WHA64/2011/REC/3).

[2] Véase el anexo 2.

[3] En el anexo 8 se exponen las repercusiones financieras y administrativas de esta resolución para la Secretaría.

[4] Documento A68/30.

Destacando la importancia de la inmunización, una de las intervenciones de salud pública más eficaces, y que el acceso a la inmunización es un paso fundamental hacia el acceso a la salud y la cobertura sanitaria universal;

Reconociendo los progresos que se han realizado en la inmunización mundial y el compromiso asumido en virtud del Decenio de las Vacunas (2011-2020) de alcanzar los objetivos e hitos de la inmunización;

Recordando las resoluciones WHA58.15 y WHA61.15 sobre la estrategia mundial de inmunización, la resolución WHA65.17 sobre el plan de acción mundial sobre vacunas, la resolución WHA61.21 sobre la estrategia mundial y plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual, la resolución WHA54.11 sobre la estrategia farmacéutica de la OMS, y la resolución WHA67.20 sobre el fortalecimiento del sistema de reglamentación de los productos médicos;

Observando con preocupación que la cobertura vacunal mundial ha aumentado solo de forma marginal desde finales de los años 2000 y que en 2013 más de 21 millones de menores de un año no habían completado la pauta de tres dosis de vacunación contra la difteria, el tétanos y la tos ferina;

Reconociendo que la disponibilidad de nuevas vacunas contra causas importantes de enfermedades prevenibles mediante vacunación, como la neumonía, la diarrea o el cáncer cervicouterino, pueden prevenir causas principales de mortalidad en el niño y la mujer;

Reconociendo que el éxito de los programas nacionales de inmunización requiere apoyo político y económico sostenible de los Estados Miembros;

Valorando las contribuciones de la OMS, el UNICEF, la Alianza GAVI y los demás asociados en sus esfuerzos por apoyar la introducción de nuevas vacunas en los países en desarrollo y reforzar los servicios de inmunización;

Preocupada por el aumento de las inequidades entre Estados Miembros, debido a la carga financiera que suponen las nuevas vacunas y a la condición de poder optar o no a recibir apoyo financiero y técnico de los asociados mundiales;

Preocupada porque muchos países de ingresos bajos y medianos tal vez no tengan la oportunidad de acceder a vacunas nuevas y mejoradas, sobre todo debido a los costos relacionados con su adquisición e introducción; y preocupada por el incremento de los costos de los programas de inmunización en general debido al aumento del precio de las vacunas recomendadas por la OMS;

Reconociendo que los datos a disposición del público sobre el precio de las vacunas son escasos y que la disponibilidad de información sobre los precios es importante para facilitar los esfuerzos de los Estados Miembros por introducir nuevas vacunas;

Recordando las muchas intervenciones que cada año hacen los Estados Miembros en el punto del orden del día de la Asamblea de la Salud referido a las vacunas para expresar su preocupación por el costo inasequible de las nuevas vacunas y pedir a la comunidad mundial que apoye estrategias que reduzcan los precios;

Recordando el marco mundial de la OMS para mejorar el acceso a los medicamentos esenciales y sus cuatro componentes: la selección y uso racionales de los medicamentos, la fiabilidad de los sistemas de salud y de suministro, la financiación sostenible y los precios asequibles;

Teniendo en cuenta la importancia de la competencia para reducir los precios y la necesidad de ampliar, sobre todo en los países en desarrollo, el número de fabricantes que pueden producir vacunas precalificadas por la OMS y crear un mercado competitivo;

Haciendo hincapié en el papel esencial que tienen las vacunas y los programas de inmunización para salvar vidas humanas, y esforzándose por que la inmunización esté disponible para todos;

Observando con preocupación la escasez mundial de ciertas vacunas tradicionales de la inmunización sistemática, como la vacuna BCG y la vacuna combinada contra el sarampión y la rubéola;

Reconociendo que la escasez de vacunas es con bastante frecuencia una causa importante de interrupción de los programas de inmunización y que, por tanto, el establecimiento de sistemas eficaces y sostenibles de producción, suministro, adquisición y distribución de vacunas es esencial para garantizar el acceso a todas las vacunas necesarias de calidad garantizada en el momento oportuno;

Preocupada porque el escepticismo con respecto a la vacunación sigue aumentando en la sociedad pese a la probada eficacia y seguridad de las vacunas modernas y que muchos niños no reciben vacunas que salvan vidas a causa de la insuficiente información, proporcionada a los padres o los trabajadores sanitarios, o incluso de la propaganda activa contra la vacunación,

1. INSTA a los Estados Miembros:[1]

1) a que asignen recursos humanos y económicos suficientes para introducir vacunas en los calendarios vacunales nacionales y mantener programas de inmunización sólidos, acordes con las prioridades nacionales;

2) a que refuercen las medidas como y cuando proceda para mancomunar en grupos regionales, interregionales o de otra índole, según corresponda, la compra de vacunas, con miras a aumentar su asequibilidad mediante economías de escala;

3) a que proporcionen con puntualidad datos sobre el precio de las vacunas para que sean publicados por la OMS, cuando sea posible y se disponga de ellos, con el fin de aumentar la asequibilidad a través de una mayor transparencia de los precios, en particular en lo que se refiere a las nuevas vacunas;

4) a que busquen oportunidades para establecer capacidades nacionales y regionales de fabricación de vacunas, de acuerdo con las prioridades nacionales y de conformidad con las normas reglamentarias nacionales, en particular respecto de su precalificación por la OMS;

5) a que creen mecanismos para aumentar la disponibilidad de información comparable sobre la financiación para el desarrollo de vacunas por los gobiernos y a que formulen estrategias que aumenten los beneficios para la salud pública de las inversiones de los gobiernos en el desarrollo de vacunas;

6) a que apoyen los esfuerzos continuos de los diversos asociados, coordinados por la OMS, para elaborar y aplicar estrategias destinadas a colmar las lagunas en materia de vacunas e inmunización a las que se enfrentan los países de ingresos bajos y medianos que requieren apoyo;

[1] Y, cuando proceda, las organizaciones de integración económica regional.

7) a que mejoren y mantengan los sistemas de adquisición y distribución de vacunas con el fin de promover el suministro ininterrumpido, asequible y seguro de todas las vacunas necesarias y su disponibilidad para todos los proveedores de servicios de inmunización;

8) a que intensifiquen la promoción de la inmunización y proporcionen capacitación a los profesionales de la salud e información a la opinión pública sobre cuestiones relativas a la inmunización, con el fin de que entiendan con claridad sus beneficios y sus riesgos;

2. PIDE a la Directora General:

1) que explore formas de movilizar fondos para apoyar plenamente las iniciativas de colaboración con los asociados internacionales, los donantes y los fabricantes de vacunas con objeto de respaldar el acceso de los países de ingresos bajos y medianos a vacunas asequibles, de calidad garantizada y en cantidades suficientes;

2) que siga desarrollando y gestionando adecuadamente las bases de datos públicas sobre el precio de las vacunas, como es el caso de la plataforma de internet de la OMS sobre Productos, Precios y Adquisición de Vacunas, y colaborando con los Estados Miembros para aumentar la disponibilidad de información sobre los precios;

3) que haga un seguimiento de los precios de las vacunas por conducto de la presentación anual de informes del Plan de acción mundial sobre vacunas;

4) que preste apoyo técnico y facilite recursos financieros para establecer, cuando proceda, mecanismos mancomunados de compra para uso de los Estados Miembros;

5) que refuerce el programa de precalificación de la OMS y preste asistencia técnica para apoyar a los países en desarrollo en el fortalecimiento de sus capacidades en materia de investigación y desarrollo, transferencia de tecnología y otras estrategias preliminares y derivadas de desarrollo y fabricación de vacunas que promuevan una competencia efectiva en pro de un mercado de vacunas saludable;

6) que informe de los obstáculos técnicos, jurídicos y de procedimiento que pueden socavar una competencia robusta capaz de posibilitar reducciones de precio de las nuevas vacunas, y que aborde otros factores que puedan afectar negativamente a la disponibilidad de las vacunas;

7) que ayude a movilizar recursos para los países que soliciten apoyo respecto de la introducción de nuevas vacunas, en consonancia con el Plan de acción mundial sobre vacunas y de conformidad con las prioridades nacionales;

8) que siga proporcionando apoyo a los Estados Miembros para que mejoren y mantengan sus sistemas de distribución de vacunas y que siga brindando apoyo técnico a los Estados Miembros para que refuercen los conocimientos y competencias de los profesionales sanitarios de sus programas de vacunación;

9) que informe sobre los progresos realizados en la aplicación de la presente resolución a la Asamblea de la Salud, por conducto del Consejo Ejecutivo, en el informe anual sobre el Plan de acción mundial sobre vacunas.

(Novena sesión plenaria, 26 de mayo de 2015 -
Comisión A, quinto informe)

## WHA68.7 Plan de acción mundial sobre la resistencia a los antimicrobianos[1]

La 68.ª Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe resumido acerca de los progresos realizados en la aplicación de la resolución WHA67.25 sobre resistencia a los antimicrobianos y el informe acerca del proyecto de plan de acción mundial sobre la resistencia a los antimicrobianos;[2]

Recordando las resoluciones WHA39.27 y WHA47.13 sobre uso racional de los medicamentos, la resolución WHA51.17 sobre enfermedades emergentes y otras enfermedades transmisibles: resistencia a los antimicrobianos, la resolución WHA54.14 sobre seguridad sanitaria mundial: alerta y respuesta ante epidemias, la resolución WHA58.27 sobre mejora de la contención de la resistencia a los antimicrobianos, la resolución WHA60.16 sobre progresos realizados en el uso racional de los medicamentos, la resolución WHA66.22 sobre seguimiento del informe del Grupo consultivo de expertos en investigación y desarrollo: financiación y coordinación, y la resolución WHA67.25 sobre resistencia a los antimicrobianos;

Consciente de que el acceso a antimicrobianos eficaces es un requisito fundamental de la medicina moderna; de que el aumento de la resistencia a los antimicrobianos pone en riesgo los avances que tanto ha costado conseguir en materia de salud y desarrollo, en particular los logrados mediante los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud; y de que la resistencia a los antimicrobianos pone en peligro la sostenibilidad de la respuesta de salud pública a muchas enfermedades transmisibles, entre ellas la tuberculosis, el paludismo y el VIH/sida;

Consciente de que las consecuencias de la resistencia a los antimicrobianos para la salud y la economía constituyen una carga cada vez mayor para los países de ingresos altos, medianos y bajos que requiere la adopción de medidas urgentes a nivel nacional, regional y mundial, especialmente en vista del escaso desarrollo de nuevos antimicrobianos;

Reconociendo que la resistencia a los antimicrobianos repercute sobre todo en la salud humana, pero que los factores que contribuyen a ella y sus consecuencias, entre otras las económicas, van más allá de la salud, y que es necesario un planteamiento coherente, integral e integrado en los ámbitos mundial, regional y nacional, en un enfoque «Una salud», que implique a diferentes agentes y sectores, como la medicina humana y veterinaria, la agricultura, las finanzas, el medio ambiente y los consumidores;

Consciente de que el uso inapropiado de los antimicrobianos en todos los sectores pertinentes sigue siendo un problema urgente y generalizado en todos los países, con graves consecuencias para el aumento de la resistencia a los antimicrobianos en una gran variedad de patógenos bacterianos, víricos y parasitarios;

Observando que, pese a los continuos esfuerzos de los Estados Miembros, la Secretaría y los asociados durante decenios, la mayoría de los países en desarrollo todavía se enfrentan a múltiples retos para aumentar la asequibilidad y el acceso universal a antimicrobianos y medios de diagnóstico de calidad, seguros y eficaces;

---

[1] En el anexo 8 se exponen las repercusiones financieras y adminstrativas de esta resolución para la Secretaría.

[2] Documentos A68/19 y A68/20 y Corr.1.

Reconociendo que, a pesar de las considerables inversiones que ya se han hecho para afrontar la resistencia a los antimicrobianos, todavía es necesario movilizar una cantidad significativa de recursos adicionales para respaldar la acción en el ámbito nacional, regional y mundial, en particular a través de la prestación de asistencia técnica y apoyo financiero, sobre todo a los países de ingresos bajos y medios;

Reafirmando la importancia crítica de mejorar la prevención y el control de las infecciones, con inclusión de prácticas correctas de saneamiento e higiene, tanto en la comunidad como en los centros sanitarios;

Reconociendo la importancia de la inmunización, una de las intervenciones de salud pública más costoeficaces, y que las vacunas desempeñan un importante papel para reducir la resistencia a los antimicrobianos;

Subrayando la necesidad acuciante de desarrollar nuevos antimicrobianos, así como instrumentos diagnósticos eficaces, rápidos y de bajo costo, vacunas y otras intervenciones, y recordando la Estrategia mundial y plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual, y la resolución WHA66.22 sobre el seguimiento del informe del Grupo consultivo de expertos en investigación y desarrollo: financiación y coordinación, en los que se abordan las insuficiencias del mercado de los medicamentos;

Reconociendo la necesidad urgente de disponer de un sistema más coordinado y armonizado de vigilancia de la resistencia a los antimicrobianos en los ámbitos nacional, regional y mundial, y en particular la necesidad de formular criterios acordados internacionalmente acerca de la recopilación y presentación de datos en los sectores de la salud humana, la medicina, la veterinaria y la agricultura;

Subrayando la necesidad de mejorar la sensibilización y los conocimientos en materia de resistencia a los antimicrobianos mediante programas eficaces de comunicación pública, educación y capacitación en los sectores tanto de la salud humana como de la veterinaria y la agricultura,

1. ADOPTA el plan de acción mundial sobre la resistencia a los antimicrobianos;[1]

2. INSTA a los Estados Miembros:[2]

   1) a que pongan en práctica las acciones propuestas para ellos en el plan de acción mundial sobre la resistencia a los antimicrobianos, adaptándolas a las prioridades y los contextos nacionales;

   2) a que movilicen recursos humanos y financieros a través de canales nacionales, bilaterales y multilaterales para ejecutar planes y estrategias en consonancia con el plan de acción mundial;

   3) a que, para cuando se celebre la 70.ª Asamblea Mundial de la Salud, dispongan de planes de acción nacionales sobre la resistencia a los antimicrobianos que estén armonizados con el plan de acción mundial sobre la resistencia a los antimicrobianos y cuenten con normas y directrices establecidas por los organismos intergubernamentales pertinentes;

---

[1] Véase el anexo 3.

[2] Y, cuando proceda, a las organizaciones de integración económica regional.

3. INVITA a los asociados internacionales, regionales y nacionales a llevar a cabo las acciones necesarias para contribuir al cumplimiento de los cinco objetivos del plan de acción mundial sobre la resistencia a los antimicrobianos;

4. PIDE a la Directora General:

1) que ponga en práctica las acciones para la Secretaría que figuran en el plan de acción mundial sobre la resistencia a los antimicrobianos;

2) que vele por que todos los sectores pertinentes de la Organización, tanto de la Sede como de las regiones y los países, participen de manera activa y coordinada en la promoción de la labor relativa a la contención de la resistencia a los antimicrobianos, en particular mediante el seguimiento de los flujos de recursos para investigación y desarrollo en materia de resistencia a los antimicrobianos en el marco del nuevo observatorio mundial de la investigación y el desarrollo sanitarios;

3) que refuerce la colaboración tripartita entre la FAO, la OIE y la OMS para luchar contra la resistencia a los antimicrobianos en el espíritu del enfoque «Una salud»;

4) que colabore con el Grupo Consultivo Estratégico y Técnico sobre resistencia a los antimicrobianos, los Estados Miembros,[1] la FAO, la OIE y otros asociados pertinentes para elaborar un marco de monitoreo y evaluación en consonancia con el principio cinco del plan de acción mundial sobre la resistencia a los antimicrobianos;

5) que elabore y aplique, en consulta con los Estados Miembros[1] y los asociados pertinentes, un programa mundial integrado de vigilancia de la resistencia a los antimicrobianos en todos los sectores en consonancia con el plan de acción mundial sobre la resistencia a los antimicrobianos;

6) que establezca una red de centros colaboradores de la OMS para respaldar la vigilancia de la resistencia a los antimicrobianos y la evaluación de la calidad en cada Región de la OMS;

7) que elabore, en consulta con los Estados Miembros[1] y los asociados pertinentes, opciones para establecer un marco mundial de desarrollo y rectoría a fin de respaldar el desarrollo, el control, la distribución y el uso adecuado de nuevos antimicrobianos, instrumentos diagnósticos, vacunas y otras intervenciones, al mismo tiempo que se preservan los antimicrobianos existentes y se fomenta el acceso asequible a antimicrobianos y medios de diagnóstico nuevos y existentes, teniendo en cuenta las necesidades de todos los países y en consonancia con el plan de acción mundial sobre la resistencia a los antimicrobianos, y que presente un informe a la 68.ª Asamblea Mundial de la Salud;

8) que colabore con el Secretario General de las Naciones Unidas y los organismos del sistema de las Naciones Unidas a fin de determinar los mejores mecanismos para llevar a cabo la inversión necesaria que permita aplicar el plan de acción mundial sobre la resistencia a los antimicrobianos, especialmente por lo que respecta a las necesidades de los países en desarrollo;

9) que, en consulta con el Secretario General de las Naciones Unidas, formule opciones para llevar a cabo en 2016 una reunión de alto nivel paralela a la Asamblea General de las Naciones

[1] Y, cuando proceda, a las organizaciones de integración económica regional.

Unidas, enumerando los posibles productos, y que informe al respecto a la 69.ª Asamblea Mundial de la Salud por conducto del Consejo Ejecutivo en su 138.ª reunión;

10) que preste apoyo y asistencia técnica a los países, concediendo especial atención a los países de ingresos bajos y medianos;

11) que, en consonancia con el presupuesto por programas 2016-2017 y el Programa General de Trabajo, 2014-2019, reserve recursos suficientes para la Secretaría destinados a la aplicación del plan de acción mundial sobre la resistencia a los antimicrobianos;

12) que presente informes bienales sobre los progresos realizados en la aplicación de la presente resolución a las 70.ª, 72.ª y 74.ª Asambleas Mundiales de la Salud, así como un informe interino a la 69.ª Asamblea Mundial de la Salud.

(Novena sesión plenaria, 26 de mayo de 2015 -
Comisión A, quinto informe)

## WHA68.8 Salud y medio ambiente: impacto sanitario de la contaminación del aire[1]

La 68.ª Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe sobre salud y medio ambiente: impacto sanitario de la contaminación del aire;[2]

Reafirmando su compromiso con el documento final[3] de la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Sostenible (Río de Janeiro, Brasil, junio de 2012), denominada Conferencia Río+20, en el que todos los Estados Miembros de las Naciones Unidas se comprometieron a promover políticas de desarrollo sostenible que contribuyeran a la buena calidad del aire en el contexto de las ciudades y los asentamientos humanos sostenibles y reconocieron que la reducción de la contaminación atmosférica traía consigo efectos positivos para la salud;[4]

Tomando nota con profunda preocupación de que la contaminación del aire en interiores y en el exterior se encuentra entre las principales causas evitables de morbilidad y mortalidad en todo el planeta y constituye por sí sola el riesgo ambiental para la salud más importante a nivel mundial;[5]

Reconociendo que cada año se producen 4,3 millones de defunciones a causa de la exposición a la contaminación doméstica (en interiores) del aire, a los que hay que sumar 3,7 millones de muertes al

[1] En el anexo 8 se exponen las repercusiones financieras y adminstrativas de esta resolución para la Secretaría.

[2] Documento A68/18.

[3] El documento final «El futuro que queremos» se puede consultar en www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/66/288&Lang=S (10 de agosto de 2015).

[4] Resolución 66/288 de la Asamblea General de las Naciones Unidas.

[5] Observatorio Mundial de la Salud, http://www.who.int/gho/phe/en/ (consultado el 18 de marzo de 2015).

año asociadas a la contaminación atmosférica (en el exterior), lo que impone un elevado costo a las sociedades;[1]

Consciente de que la exposición a contaminantes atmosféricos, en especial a partículas finas, constituye para los adultos uno de los principales factores de riesgo de enfermedades no transmisibles, como la isquemia, el infarto de miocardio, los accidentes cerebrovasculares, la neumopatía obstructiva crónica, el asma y el cáncer, y que supone una amenaza considerable para la salud de generaciones actuales y futuras;

Preocupada porque la mitad de las muertes por infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores, en particular por neumonía en niños menores de 5 años, puede atribuirse a la contaminación del aire en interiores, lo que hace de ella uno de los principales factores de mortalidad infantil;

Preocupada además por que la contaminación del aire, en especial las partículas finas, ha sido catalogada como una de las causas de cáncer de pulmón por el Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer de la OMS;[2]

Consciente de que la exposición, tanto breve como prolongada, a la contaminación del aire tiene un efecto negativo en la salud pública, y el impacto de una exposición prolongada, o a niveles elevados de contaminación, es mucho mayor y provoca enfermedades crónicas tales como las enfermedades cardiovasculares y respiratorias, en particular neumopatías obstructivas crónicas, y también de que en el caso de muchos contaminantes, como las partículas, la exposición prolongada incluso a niveles bajos (inferiores a los niveles propuestos en las directrices de la OMS sobre calidad del aire ambiente) puede tener efectos sanitarios adversos;

Observando la gran importancia de la contaminación atmosférica y sus efectos sanitarios para los objetivos y metas contenidos en el Plan de acción mundial de la OMS para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020, así como la importancia del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, en particular el artículo 8 y las directrices relativas a la protección contra la exposición al humo de tabaco aplicables a las Partes en el Convenio;

Observando que la contaminación del aire es una de las causas de las inequidades sanitarias a nivel mundial, que afectan en especial a las mujeres, los niños y las personas mayores, así como a las poblaciones de ingresos bajos, a menudo expuestas a elevados niveles de contaminación atmosférica o contaminación en viviendas en las que no pueden evitar la exposición a la contaminación del aire debido a los medios de cocción y calefacción de que disponen, y que mejorar la calidad del aire figura entre las medidas con mayor potencial de impacto en la equidad sanitaria;[3]

---

[1] OMS. *Burden of disease from ambient air pollution for 2012*. http://www.who.int/phe/health_topics/outdoorair/databases/AAP_BoD_results_March2014.pdf?ua=1 (consultado el 1 de diciembre de 2014).

[2] Monografías del CIIC, Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans sobre las cuestiones siguientes:

- Outdoor Air Pollution, (2013, Volume 109);
- Diesel and gasoline exhausts and some nitroarenes (2012, Volume 105);
- Household use of solid fuels and high-temperature frying (2010, Volume 95);
- Indoor emissions from household combustion of coal. (2012, Volume 100E).
- Tobacco smoke and involuntary smoking (2004, Volume 83).

[3] Burden of disease from ambient and household air pollution, 2014, véase http://www.who.int/phe/health_topics/outdoorair/databases/en (consultado el 16 de noviembre de 2015).

Consciente de que la mayoría de los contaminantes del aire son resultado de actividades humanas identificadas como fuentes de contaminación del aire[1] en las directrices de la OMS sobre contaminación ambiental y del aire de interiores, y que existen también fenómenos naturales que afectan negativamente a la calidad del aire[2] y tomando nota de que hay una relación considerable entre la calidad del aire en interiores y la del aire exterior;

Consciente de que la promoción de la eficiencia energética y la ampliación del uso de energía limpia y renovable pueden conllevar beneficios para la salud y el desarrollo sostenible, y subrayando que la asequibilidad de esa energía ayudará a maximizar esas oportunidades;

Subrayando que las causas profundas de la contaminación del aire y de sus efectos adversos en la salud son predominantemente de carácter socioeconómico y consciente de la necesidad de abordar los determinantes sociales de la salud relacionados con el desarrollo en los entornos urbanos y rurales, incluida la erradicación de la pobreza, como elemento indispensable del desarrollo sostenible y para reducir el impacto sanitario de la contaminación del aire;

Reafirmando la importancia de la promoción, transferencia y difusión de tecnologías ambientalmente racionales, particularmente a los países en desarrollo, a fin de hacer frente a los efectos sanitarios de la contaminación del aire;

Reconociendo los esfuerzos mundiales desplegados recientemente para promover la calidad del aire, en particular la resolución de 1/7 de la Asamblea de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente, acerca de la calidad del aire, adoptada en 2014,[3] así como las numerosas iniciativas nacionales y regionales para mitigar las repercusiones en la salud de la contaminación del aire en espacios interiores y en el exterior, y observando que los marcos regionales y subregionales de cooperación ofrecen buenas oportunidades para abordar cuestiones relativas a la calidad del aire de acuerdo con las circunstancias específicas de cada región;

Reconociendo que para propiciar opciones de política que protejan la salud y reduzcan las inequidades sanitarias, el sector de la salud tendrá que abogar por enfoques intersectoriales de acción sanitaria, en particular por la adopción de un enfoque que trate de incorporar la salud en todas las esferas;[4]

---

[1] WHO guidelines for air quality: global update 2005; WHO guidelines for indoor air quality: household fuel combustion. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2014; WHO guidelines for indoor air quality: select pollutants. Copenhaguen, Oficina Regional para Europa, 2010; WHO guidelines for indoor air quality: dampness and mould. Copenhaguen, Oficina Regional para Europa, 2009.

[2] Esto incluye, entre otras cosas, el radón (un gas carcinógeno), las tormentas de polvo y de arena, las erupciones volcánicas y los incendios forestales.

[3] Resolución 1/7 de la Asamblea de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente (http://www.unep.org/unea/UNEA_Resolutions.asp), consultado el 20 de marzo de 2015); Smith KR, Woodward A, Campbell-Lendrum D, Chadee DD, Honda Y, Liu Q et al. 2014: Human health: impacts, adaptation, and co-benefits. En: Climate Change 2014: Impact, Adaptation, and Vulnerability. Part A: Global and Sectoral Aspects. Contribution of Working Group II to the Fifth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change. Cambridge (Inglaterra) y Nueva York: Cambridge University Press, 2014, pp. 709-754.

[4] Teniendo en cuenta el contexto de estados federados.

Observando que las directrices de la OMS sobre calidad del aire ambiente, de 2005,[1] y sobre la calidad del aire en espacios interiores, de 2014,[2] establecen en relación con la calidad del aire orientaciones y recomendaciones que protegen la salud humana, y reconociendo que estas deben estar respaldadas por actividades, entre otras, de promoción y de facilitación de la ejecución;

Reconociendo que, aunque muchas de las medidas más importantes y costoeficaces contra la contaminación del aire en el exterior y en espacios cerrados requieren la participación y el liderazgo de los gobiernos nacionales y de las autoridades regionales y locales, las ciudades se ven particularmente afectadas por las consecuencias de la contaminación del aire, pero al mismo tiempo están bien situadas para promover actividades saludables en el ámbito urbano con el fin de reducir dicha contaminación y sus repercusiones sanitarias, y pueden desarrollar buenas prácticas y complementar y aplicar las medidas nacionales;

Reconociendo que la movilización de recursos nacionales y, según proceda, internacionales es importante para renovar la infraestructura pertinente, lo que contribuye a reducir la contaminación del aire y es un elemento integral del desarrollo sostenible, y que las repercusiones sanitarias relacionadas con la contaminación del aire pueden ser un indicador relativo a la salud para las políticas de desarrollo sostenible;

Consciente de que la promoción de una mejor calidad del aire es una cuestión prioritaria para proteger la salud y obtener beneficios indirectos para el clima, los servicios de los ecosistemas, la biodiversidad y la seguridad alimentaria;[3]

Reconociendo también la complejidad que supone mejorar la calidad del aire y reducir las emisiones de contaminantes que alteran el clima por calentamiento, y que puede haber valiosas oportunidades para obtener beneficios indirectos derivados de esas medidas;

Destacando que las altas temperaturas, olas de calor, tormentas de polvo y arena, y erupciones volcánicas, así como los fuegos forestales pueden agravar las consecuencias sanitarias de la contaminación antropógena del aire,

1. INSTA a los Estados Miembros:[4]

1) a que redoblen sus esfuerzos por determinar, abordar y mitigar los efectos sanitarios de la contaminación del aire, fomentando e intensificando, según proceda, la cooperación multisectorial en los ámbitos internacional, regional y nacional mediante la adopción de medidas específicas multisectoriales de acuerdo con las prioridades nacionales;

2) a que capaciten a los sistemas de salud, incluidas las autoridades encargadas de la protección de la salud, para que adopten una función destacada en la sensibilización del público y de todas las partes interesadas sobre el impacto de la contaminación del aire en la salud y las opor-

---

[1] Guías de calidad del aire de la OMS relativas al material particulado, el ozono, el dióxido de nitrógeno y el dióxido de azufre – Actualización mundial 2005: resumen de evaluación de los riesgos. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2006 (documento WHO/SDE/PHE/OEH/06.02), disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69478/1/WHO_SDE_PHE_OEH_06.02_spa.pdf (consultado el 18 de junio de 2015).

[2] WHO guidelines for indoor air quality: household fuel combustión, 2014 disponible en http://www.who.int/indoorair/publications/household-fuel-combustion/en/ (consultado el 18 de junio de 2015).

[3] Teniendo en cuenta el contexto de estados federados.

[4] Y, cuando proceda, las organizaciones de integración económica regional.

tunidades de reducir o evitar la exposición, por ejemplo facilitando orientación sobre medidas preventivas que contribuyen a reducir tales efectos sanitarios, para interactuar de forma eficaz con los sectores pertinentes y otras partes interesadas públicas y privadas para informarles acerca de soluciones sostenibles, y para garantizar que las preocupaciones relacionadas con la salud se integren en los procesos normativos, decisorios y de evaluación pertinentes de ámbito nacional, regional y local, en particular las medidas de prevención, preparación y respuesta en materia de salud pública, así como de fortalecimiento de los sistemas de salud;

3) a que faciliten la investigación, en particular la creación y utilización de bases de datos sobre morbilidad y mortalidad, evaluación del impacto sanitario, el uso y los costos de los servicios de atención de salud y los costos para la sociedad relacionados con la mala salud, apoyando el establecimiento de prioridades y estrategias de investigación, colaborando con el estamento académico para subsanar las deficiencias en los conocimientos y apoyando el fortalecimiento de las instituciones nacionales de investigación y la cooperación internacional en materia de investigación para tratar de encontrar y adoptar soluciones sostenibles;

4) a que contribuyan a reforzar la respuesta mundial a los efectos sanitarios adversos de la contaminación del aire en función del contexto nacional, en particular mediante la compilación y utilización de datos pertinentes para los resultados sanitarios de la calidad del aire, la contribución a la elaboración de principios normativos, la difusión de buenas prácticas y de las enseñanzas extraídas de la aplicación, y la adopción de medidas para armonizar los indicadores de salud que podrían ser utilizados por las instancias decisorias;

5) a que mejoren la vigilancia de la morbilidad y la mortalidad para todas las enfermedades relacionadas con la contaminación del aire y optimicen la vinculación con los sistemas de monitoreo de los contaminantes atmosféricos;

6) a que tengan en cuenta las directrices de la OMS sobre la calidad del aire y las directrices de la OMS sobre la calidad del aire en interiores y demás información pertinente en la formulación de una respuesta nacional multisectorial ante la contaminación del aire y apliquen medidas en apoyo de los objetivos de esas directrices;

7) a que fomenten y promuevan la adopción de medidas que permitan avanzar significativamente en la reducción de los niveles de contaminación del aire en interiores, como el empleo de combustibles limpios para la cocción de alimentos, la calefacción y la iluminación, y el uso eficiente de la energía;

8) a que adopten medidas eficaces para abordar y minimizar en la medida de lo posible el problema de la contaminación del aire específicamente asociada a actividades de la atención de salud, por ejemplo aplicando, según proceda, las directrices pertinentes de la OMS;

9) a que promuevan un diálogo normativo, la colaboración y el intercambio de información entre diferentes sectores para facilitar una base coordinada y multisectorial de participación en futuros procesos regionales y mundiales encaminados a corregir el impacto de la contaminación del aire en la salud;

10) a que intensifiquen la cooperación internacional para abordar los impactos sanitarios de la contaminación del aire, en particular facilitando la transferencia de conocimientos especializados, tecnologías y datos científicos sobre la contaminación del aire, así como intercambiando buenas prácticas;

11) a que definan a nivel nacional medidas que pueda adoptar el sector de la salud para reducir las inequidades sanitarias relacionadas con la contaminación del aire y a que colaboren estrechamente con las comunidades en situación de riesgo que puedan sacar el mayor provecho de iniciativas eficaces, equitativas y sostenidas, con el fin de facilitar la plena realización del derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental;

12) a que cumplan los compromisos contraídos en la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles (septiembre de 2011) y a que utilicen, según proceda, la hoja de ruta y las opciones de política que figuran en el Plan de acción mundial de la OMS para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles;

13) a que cumplan las obligaciones estipuladas en el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, si el Estado Miembro es Parte en ese tratado;

14) a que colaboren con organizaciones regionales e internacionales en el establecimiento de alianzas con el fin de promover acceso a recursos técnicos y financieros suficientes para mejorar la calidad del aire;

2. PIDE a la Directora General:

1) que refuerce considerablemente las capacidades de la OMS en la esfera de la contaminación del aire y la salud para:

*a*) proporcionar apoyo y orientación a los Estados Miembros respecto de la aplicación de las directrices de la OMS sobre la calidad del aire y las directrices de la OMS sobre la calidad del aire en interiores;

*b*) proporcionar apoyo y orientación a las Partes en el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco respecto de la aplicación de las obligaciones estipuladas en el artículo 8 del tratado y en sus directrices, en colaboración con la secretaría del Convenio;

*c*) brindar a los Estados Miembros apoyo y orientaciones técnicas reforzadas, en particular mediante el fortalecimiento de las capacidades apropiadas en las oficinas regionales y en los países, para respaldar las actividades en los países;

*d*) seguir identificando, formulando y actualizando periódicamente directrices de la OMS sobre la calidad del aire e instrumentos para la determinación de costos y beneficios, en particular sistemas de monitoreo, con el fin de promover la eficacia y la eficiencia en la toma de decisiones;

*e*) mejorar la capacidad técnica de la OMS para colaborar, según proceda, con interesados internacionales, regionales y nacionales pertinentes en la recopilación y análisis de datos sobre la calidad del aire, prestando especial atención a los aspectos de dicha calidad relacionados con la salud;

*f*) prestar apoyo a los Estados Miembros para sensibilizar y comunicar al público general y a las partes interesadas, en particular a las comunidades en riesgo, los efectos de la contaminación del aire y las medidas para reducirla;

*g*) difundir las prácticas óptimas basadas en datos científicos acerca de las intervenciones y políticas sanitarias eficaces en relación con la calidad del aire ambiente y en espacios cerrados;

*h*) mejorar la capacidad de la OMS para promover, orientar e influir en las estrategias de investigación sobre la contaminación del aire y la salud, en conjunción con el Observatorio Mundial de la Salud de la OMS;

*i*) crear capacidad de asesoramiento apropiada e instrumentos de apoyo para prestar apoyo al sector de la salud, entre otros, en todos los niveles de gobierno y especialmente a nivel local y en las zonas urbanas y teniendo en cuenta diferentes fuentes de contaminación, en su lucha contra la contaminación del aire y sus efectos sanitarios;

*j*) crear capacidad de asesoramiento apropiada e instrumentos de apoyo a nivel regional y subregional para ayudar a los Estados Miembros a hacer frente a los efectos sanitarios de la contaminación del aire y otras amenazas para la calidad del aire con repercusiones transfronterizas, y para facilitar la coordinación entre los Estados Miembros en esta materia;

2) crear, mejorar y actualizar, en colaboración con los organismos y programas pertinentes de las Naciones Unidas, una herramienta de información pública de análisis por la OMS, en particular los aspectos normativos y los relativos a la costoeficiencia, de tecnologías no contaminantes del aire disponibles para abordar la prevención y el control de la contaminación del aire y sus repercusiones en la salud;

3) que ejerza un liderazgo sanitario mundial y maximice las sinergias, evitando al mismo tiempo la duplicación con respecto a las actividades mundiales pertinentes que promueven las mejoras sanitarias en relación con la calidad del aire y la reducción de la contaminación, a la vez que sigue trabajando en otros retos medioambientales para la salud mediante, por ejemplo, la aplicación de la resolución WHA61.19 sobre el cambio climático y la salud;

4) que colabore con otros asociados, programas y organismos de las Naciones Unidas, en particular con referencia a la resolución 1/7 de la Asamblea de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente, relativa a la calidad del aire;

5) que aumente la sensibilización sobre los riesgos de la contaminación del aire para la salud pública y los múltiples beneficios de una mejor calidad del aire, en particular en el contexto de los debates sobre la agenda de las Naciones Unidas para el desarrollo después de 2015;

6) que siga ejerciendo y mejore la función de liderazgo de la OMS en el Enfoque estratégico para la gestión de los productos químicos a nivel internacional, con miras a fomentar la gestión racional de las sustancias químicas y los desechos con el objetivo de minimizar y, cuando sea posible, prevenir efectos adversos significativos en la salud, en particular los derivados de la contaminación del aire;

7) que establezca vínculos y, cuando proceda, refuerce los ya existentes, con las iniciativas de salud mundiales que pueden beneficiarse de la reducción de la contaminación del aire, in-

cluidas las actividades mundiales encaminadas a reducir las enfermedades no transmisibles y mejorar la salud de los niños;[1]

8) que reserve recursos suficientes para la labor de la Secretaría, en consonancia con el presupuesto por programas 2014-2015 y el presupuesto por programas 2016-2017 y con el Duodécimo Programa General de Trabajo, 2014-2019;

9) que informe a la 69.ª Asamblea Mundial de la Salud sobre la aplicación de la presente resolución y sus progresos en la mitigación de los efectos de la contaminación del aire en la salud, y sobre otros problemas para la calidad del aire;

10) que proponga a la 69.a Asamblea Mundial de la Salud una hoja de ruta para reforzar la respuesta mundial a los efectos sanitarios adversos de la contaminación del aire.

(Novena sesión plenaria, 26 de mayo de 2015 -
Comisión A, sexto informe)

## WHA68.9 Marco para la colaboración con agentes no estatales[2]

La 68.ª Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado los informes sobre el marco para la colaboración con agentes no estatales y la versión revisada del proyecto de marco para la colaboración con agentes no estatales;[3]

Reconociendo la importancia para la OMS de que la colaboración con los agentes no estatales se asiente en una gestión eficaz de los riesgos que esa colaboración entraña para los tres niveles de la Organización,

1. ACOGE CON AGRADO el consenso plasmado reflejado en muchas partes del proyecto de marco para la colaboración con agentes no estatales, en particular en la introducción, el fundamento, los principios, los beneficios de la colaboración, los riesgos que entraña, los agentes no estatales y los tipos de interacción, tal y como figura en el apéndice a la presente resolución;

2. PIDE a la Directora General:

1) que convoque lo antes posible y a más tardar en octubre de 2015 una reunión intergubernamental de composición abierta con el fin de finalizar el proyecto de marco para la colaboración con agentes no estatales que figura en el apéndice a la presente resolución, sobre la base de los progresos realizados durante la 68.ª Asamblea Mundial de la Salud;

---

[1] Son ejemplos de esas actividades el Plan de acción mundial de la OMS para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020, el Plan de acción mundial integrado de prevención y control de la neumonía y la diarrea poner fin para 2025 a la mortalidad prevenible en la niñez por causa de la neumonía y las diarreas (2013). La Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente, y la iniciativa «Todas las mujeres, todos los niños».

[2] En el anexo 8 se exponen las repercusiones financieras y adminstrativas de esta resolución para la Secretaría.

[3] Documentos A68/5, anexo y A68/53.

2) que, por conducto del Consejo Ejecutivo en su 138.ª reunión, presente el proyecto de marco para la colaboración con agentes estatales ultimado a la consideración de la 69.ª Asamblea Mundial de la Salud, con miras a su adopción;

3) que ponga en marcha el registro de agentes no estatales a tiempo para la 69.ª Asamblea Mundial de la Salud, teniendo en cuenta los progresos realizados respecto del proyecto de marco para la colaboración con agentes no estatales.

ANEXO

## Proyecto de resolución

[La 69.ª Asamblea Mundial de la Salud,

**PP1** Habiendo examinado el informe sobre el marco para la colaboración con agentes no estatales y la versión revisada del proyecto de marco para la colaboración con agentes no estatales;

**PP2** Recordando la resolución WHA64.2 y la decisión WHA65(9), sobre la reforma de la OMS, y las decisiones WHA67(14) y EB136(3), sobre el marco para la colaboración con agentes no estatales;

**PP3** Reconociendo la importancia para la OMS de que la colaboración con los agentes no estatales se asiente en una gestión eficaz de los riesgos que esa colaboración entraña para los tres niveles de la Organización,

**(OP1)** 1. APRUEBA el Marco para la colaboración con agentes no estatales anexo a la presente resolución;[1]

**(OP2)** 2. DECIDE que el Marco para la colaboración con agentes no estatales sustituya a los Principios que rigen las relaciones entre la Organización Mundial de la Salud y las organizaciones no gubernamentales[2] y las Directrices sobre la interacción con empresas comerciales para lograr resultados de salud;[3]

**(OP3)** 3. PIDE a la Directora General:

1) que aplique el Marco para la colaboración con agentes no estatales;

2) que establezca el registro de agentes no estatales a tiempo para la 69.ª Asamblea Mundial de la Salud;

3) que informe sobre la aplicación del Marco para la colaboración con agentes no estatales al Consejo Ejecutivo en cada una de sus reuniones de enero dentro de un punto

[1] Integrado por un marco general y cuatro políticas concretas relativas a la colaboración con las organizaciones no gubernamentales, las entidades del sector privado, las fundaciones filantrópicas y las instituciones académicas.

[2] Adoptados en la resolución WHA40.25. Véase *Documentos básicos*, 48.ª ed. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2014.

[3] Documento EB107/20, anexo.

permanente del orden del día, por conducto del Comité de Programa, Presupuesto y Administración;

4) que en 2018 lleve a cabo una evaluación de la aplicación del Marco para la colaboración con agentes no estatales y de sus repercusiones en las actividades de la OMS, con miras a presentar los resultados al Consejo Ejecutivo en enero de 2019, por conducto del Comité de Programa, Presupuesto y Administración, acompañándolos en su caso de propuestas de modificación del Marco.]

Apéndice

## [PROYECTO DE] MARCO PARA LA COLABORACIÓN CON AGENTES NO ESTATALES

## PROYECTO DE MARCO GENERAL PARA LA COLABORACIÓN CON AGENTES NO ESTATALES

## *VERSIÓN DEL DOCUMENTO EN EL MOMENTO DE LA CLAUSURA DE LA 68.ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD

## EN LA QUE FIGURAN LAS APORTACIONES DEL GRUPO DE REDACCIÓN DE LA COMISIÓN A

EXPLICACIÓN DEL CÓDIGO DE COLORES:

EL TEXTO SOMBREADO EN VERDE ES EL ACORDADO A RESERVA DE RATIFICACIÓN. EL TEXTO SOMBREADO EN AMARILLO FUE EXAMINADO, PERO NO SE LLEGÓ A UN CONSENSO AL RESPECTO. EL TEXTO SOMBREADO EN GRIS ES LA PROPUESTA DE AVENIMIENTO DE LA PRESIDENTA CON RESPECTO AL PÁRRAFO PREVIO SOMBREADO EN AMARILLO. EL TEXTO QUE NO ESTÁ SOMBREADO NO HA SIDO AÚN OBJETO DE CONSIDERACIÓN.

## INTRODUCCIÓN

1. El marco general para la colaboración con los agentes no estatales y la política y procedimientos operacionales de la OMS sobre gestión de la colaboración con los agentes no estatales se aplican a todas las colaboraciones con agentes no estatales en todos los niveles de la Organización,[1] mientras que las cuatro políticas concretas y los procedimientos operacionales sobre colaboración se aplican solo a las organizaciones no gubernamentales, las entidades del sector privado, las fundaciones filantrópicas y las instituciones académicas, respectivamente.

[1] Sede, oficinas regionales y oficinas en los países, entidades establecidas bajo los auspicios de la OMS y alianzas acogidas. En cuanto a las alianzas acogidas, el marco para la colaboración con agentes no estatales se aplicará con arreglo a la política relativa a la participación de la OMS en alianzas mundiales en pro de la salud y a los acuerdos de acogida (resolución WHA63.10). Las alianzas acogidas y las alianzas externas aparecen explicadas en el párrafo 48.

## FUNDAMENTO, PRINCIPIOS, BENEFICIOS Y RIESGOS DE LA COLABORACIÓN

### Fundamento

2. La OMS es la autoridad directiva y coordinadora de la acción sanitaria mundial en consonancia con su mandato constitucional. El panorama sanitario actual es más complejo en muchos sentidos; entre otras cosas, se ha producido un aumento en el número de agentes, incluidos los agentes no estatales. La OMS colabora con los agentes no estatales habida cuenta de la importante función que desempeñan en la acción sanitaria mundial mejorando y promoviendo la salud pública, y para alentar a los agentes no estatales a utilizar sus propias actividades para proteger y promover la salud pública.

3. Como se recoge en el Artículo 2 de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, entre las funciones de la OMS figuran las siguientes: actuar como autoridad directiva y coordinadora en asuntos de sanidad internacional, establecer y mantener colaboración con diversas organizaciones, y promover la cooperación entre las agrupaciones científicas y profesionales que contribuyan al mejoramiento de la salud. En la Constitución también se encomienda a la Asamblea de la Salud, al Consejo Ejecutivo y al Director General el establecimiento de colaboraciones específicas con otras organizaciones.[1] En relación con los agentes no estatales, la OMS actuará de conformidad con su Constitución y con las resoluciones y decisiones de la Asamblea Mundial de la Salud, y teniendo presentes las de la Asamblea General de las Naciones Unidas y el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas, según proceda.

4. (**SUPRIMIDO**)

5. La colaboración de la OMS con los agentes no estatales respalda la ejecución de las políticas y las recomendaciones de la Organización formuladas por los órganos deliberantes, así como la aplicación de las normas y criterios técnicos de la OMS. Una participación eficaz de esa índole con los agentes no estatales a escala mundial, regional y de país[, con respeto mutuo,] exige asimismo la aplicación de medidas de diligencia debida y transparencia respecto de los agentes no estatales en el contexto del presente marco[, actuando con [particular]/[la debida] precaución en la colaboración con determinados [sectores industriales] [y]/[entidades].](**SUPR**) Con el fin de poder reforzar su colaboración con los agentes no estatales en provecho y en bien de la salud pública mundial, la OMS tiene que fortalecer simultáneamente la gestión de los posibles riesgos conexos. A ese respecto, se requiere un marco robusto que posibilite la colaboración y sirva también de instrumento para identificar los riesgos y sopesarlos respecto de los beneficios previstos, protegiendo y preservando a la vez la integridad y la reputación de la OMS y su mandato respecto de la salud pública.

### Principios

6. La colaboración de la OMS con los agentes no estatales se rige por los principios generales siguientes.

Toda colaboración deberá:

*a*) demostrar un beneficio claro para la salud pública;

*a*bis) ser conforme con la Constitución, el mandato y el programa general de trabajo de la OMS;

[1] Artículos 18, 33, 41 y 71 de la Constitución de la OMS.

*b*) respetar el carácter intergubernamental de la OMS y la autoridad decisoria de los Estados Miembros establecida en la Constitución de la OMS;

*c*) apoyar y reforzar, sin poner en peligro, el planteamiento basado en datos probatorios en que se fundamenta la labor de la OMS;

*d*) proteger a la OMS contra toda influencia indebida, en particular en los procesos referentes a la formulación y la aplicación de políticas, normas y reglamentaciones;[1]

*e*) no comprometer la integridad, la independencia, la credibilidad ni la reputación de la OMS;

*f*) estar gestionada eficazmente, en particular evitando en lo posible los conflictos de intereses[2] y otras formas de riesgo para la OMS;

*g*) basarse en la transparencia, la apertura, la inclusión, la rendición de cuentas, la integridad y el respeto mutuo.

**Beneficios de la colaboración**

7. La colaboración de la OMS con los agentes no estatales puede aportar importantes beneficios a la salud pública mundial y a la propia Organización en el cumplimiento de los principios y objetivos constitucionales, en particular su función directiva y coordinadora de la acción sanitaria mundial. Las colaboraciones abarcan desde interacciones de importancia y a largo plazo hasta otras de pequeña entidad y breves. Los beneficios derivados de esas colaboraciones pueden incluir asimismo:

*a*) (SUPRIMIDO)

*b*) la aportación que los agentes no estatales pueden hacer a las actividades de la OMS;

*c*) la influencia que la OMS puede tener en los agentes no estatales para potenciar su impacto en la salud pública mundial o incidir en los determinantes sociales, económicos y ambientales de la salud;

*d*) la influencia que la OMS puede tener en el cumplimiento de las políticas, normas y reglamentaciones de la OMS por parte de los agentes no estatales];

*e*) los recursos adicionales que los agentes no estatales pueden aportar a las actividades de la OMS;

*f*) el aumento de la difusión de las políticas, normas y reglamentaciones de la OMS y de su observancia por los agentes no estatales;

[*g*) los agentes no estatales con los que colabora la OMS [aplican plenamente]/[cumplen más fácilmente] las políticas de salud pública[, normas y reglamentaciones] de la OMS, en particular en las actividades que llevan a cabo en las esferas de la inocuidad de los alimentos, la seguridad

[1] La formulación de políticas, normas y reglamentaciones abarca la obtención de información, la preparación y la elaboración de textos normativos y la adopción de decisiones al respecto.

[2] Tal y como se indica en los párrafos 23 a 26.

de los productos químicos, la promoción ética de los productos farmacéuticos, el control del tabaco, y otras.]

O

*g*)*alt* [el mejor conocimiento y respeto de las políticas, normas y reglamentaciones de la OMS [por parte de los agentes no estatales].]

### Riesgos de la colaboración

8. La colaboración de la OMS con agentes non estatales puede entrañar riesgos que es preciso gestionar efectivamente y, cuando proceda, evitar. Los riesgos tienen que ver, entre otras cosas, con lo siguiente:

*a*) los conflictos de intereses;

*b*) la influencia indebida o inadecuada ejercida por un agente no estatal en la actividad de la OMS, en particular, pero no exclusivamente, en relación con la formulación de políticas, normas y reglamentaciones;[1]

*c*) una repercusión negativa en la integridad, la independencia, la reputación y la credibilidad de la OMS; y en su mandato de salud pública;

*d*) la colaboración se utiliza principalmente en provecho de los intereses del agente no estatal de que se trate con escasos o nulos beneficios para la OMS y la salud pública;

*e*) la colaboración confiere respaldo al nombre, la marca, el producto, las opiniones o la actividad del agente no estatal;[2]

*f*) el «lavado» de la imagen del agente no estatal gracias a su colaboración con la OMS;

*g*) una ventaja competitiva para el agente no estatal.

## AGENTES NO ESTATALES

9. Para los fines del presente marco, [por agente no estatal se entiende una entidad que [actúa con independencia del gobierno]/[no forma parte de ninguna institución estatal o pública. Son] (SUPR) [son] agentes no estatales las organizaciones no gubernamentales, las entidades del sector privado, las fundaciones filantrópicas y las instituciones académicas. [otras organizaciones internacionales]

## PROPUESTA DE LA PRESIDENTA

**9*alt*** Para los fines del presente marco, por agente no estatal se entiende una entidad que actúa con independencia del gobierno y no forma parte de ninguna institución estatal o pública. Son agentes no

[1] La formulación de políticas, normas y reglamentaciones abarca la obtención de información, la preparación y elaboración de textos normativos, y la adopción de decisiones al respecto.

[2] El respaldo no abarca procesos establecidos tales como las precalificaciones o el Plan OMS de evaluación de plaguicidas.

estatales las organizaciones no gubernamentales, las entidades del sector privado, las fundaciones filantrópicas y las instituciones académicas.

**10.** **Las organizaciones no gubernamentales** son entidades sin ánimo de lucro que actúan con independencia de los gobiernos. Suele tratarse de entidades integradas por miembros (personas o entidades sin ánimo de lucro que tienen derecho de voto en relación con las políticas de la organización no gubernamental) o constituidas con objetivos de interés público y sin ánimo de lucro. No tienen ninguna finalidad primordialmente privada, comercial ni lucrativa. Pueden ser, por ejemplo, organizaciones comunitarias de base, grupos y redes de la sociedad civil, organizaciones confesionales, grupos profesionales, grupos interesados en enfermedades concretas y grupos de pacientes.

**11.** **Las entidades del sector privado** son empresas comerciales, es decir, compañías establecidas con el propósito de aportar beneficios a sus propietarios. La expresión se refiere también a las entidades que representan a entidades del sector privado o están regidas o controladas por ellas. Se trata, entre otras, de asociaciones empresariales que representan a empresas comerciales, entidades que no se encuentran en condiciones de plena competencia[1] con sus patrocinadores comerciales, o empresas comerciales que son propiedad íntegra o parcial del Estado y que actúan como entidades del sector privado.

***Las asociaciones empresariales internacionales*** son entidades del sector privado que no tienen propiamente fines lucrativos pero representan los intereses de sus miembros, que son empresas comerciales y/o asociaciones empresariales nacionales o de otra índole. Para los fines del presente marco, esas organizaciones tendrán autoridad para hablar en nombre de sus miembros mediante representantes autorizados. Dichos miembros tendrán derecho de voto en relación con las políticas de la asociación empresarial internacional.

**12.** **Las fundaciones filantrópicas** son entidades sin ánimo de lucro cuyos activos son aportados por donantes y cuyos ingresos se destinan a fines de utilidad social. Las fundaciones filantrópicas serán claramente independientes de cualquier entidad del sector privado en lo que respecta a su gobernanza y a las decisiones que adoptan.

**13.** **Las instituciones académicas** son entidades dedicadas a la obtención y difusión de conocimientos por medio de la investigación, la enseñanza y la formación.[2]

**14.** El marco general y las respectivas políticas concretas sobre colaboración se aplican a cada uno de los cuatro grupos de entidades antes mencionados. La OMS determinará mediante su proceso de diligencia debida si un agente no estatal está sujeto a la influencia de entidades del sector privado de modo tal que deba ser considerado él mismo como una entidad de ese sector. Esa influencia se puede ejercer por medio de financiación, de la participación en la adopción de decisiones o de alguna otra forma. Siempre y cuando los procesos y los órganos de adopción de decisiones de un agente no estatal se mantengan al margen de la influencia indebida del sector privado, la OMS puede decidir considerar la entidad como organización no gubernamental, fundación filantrópica o institución académica, aunque puede aplicar las disposiciones pertinentes de la política y procedimientos operativos de la OMS para la colaboración con el sector privado, como la de no aceptar financiación ni contribuciones en especie para su uso en la acción normativa.

---

[1] Una entidad se encuentra en condiciones de plena competencia con otra si es independiente, no recibe instrucciones y notoriamente no está influida [ni da la impresión de estar influida] en sus decisiones por esta otra entidad.

[2] Se puede tratar de grupos de reflexión que sean instituciones de carácter normativo, siempre y cuando realicen principalmente actividades de investigación, mientras que las asociaciones internacionales de instituciones académicas son consideradas organizaciones no gubernamentales, sujetas a lo dispuesto en el párrafo 14.

## TIPOS DE INTERACCIÓN

15. Se enumeran a continuación las categorías de interacción que abarca la colaboración con agentes no estatales. Cada tipo de interacción puede adoptar formas distintas, entrañar diferentes grados de riesgo y prever distintos niveles y tipos de colaboración por parte de la Organización.

### Participación

16. Los agentes no estatales pueden asistir a diversos tipos de reuniones organizadas por la OMS. El carácter de su participación depende del tipo de reunión de que se trate. Los órganos deliberantes o la Secretaría de la OMS decidirán en cada caso el formato, las modalidades y la participación de los agentes no estatales en las consultas, audiencias y otras reuniones.

*a*) **Reuniones de los órganos deliberantes.** Este tipo comprende las reuniones de la Asamblea Mundial de la Salud, del Consejo Ejecutivo y de los seis comités regionales. La participación de los agentes no estatales se rige por los respectivos reglamentos interiores, las políticas y las prácticas de los órganos deliberantes, así como por la sección del presente marco referente a las relaciones oficiales.

*b*) **Consultas.** Este tipo comprende todas las reuniones presenciales o virtuales, excluidas las de los órganos deliberantes, organizadas con la finalidad de intercambiar información y opiniones. Las aportaciones recibidas de los agentes no estatales se harán públicas en la medida de lo posible.

*c*) **Audiencias.** Son reuniones en las que los participantes pueden exponer los datos de que disponen, sus opiniones y sus posturas y pueden ser interrogados al respecto, sin que se entre en un debate. Las audiencias pueden ser electrónicas o presenciales. Se deberá invitar a todas las entidades interesadas sobre una misma base. Los participantes y las posturas presentadas durante las audiencias serán objeto de documentación y se harán públicas en la medida de lo posible.

*d*) **Otras reuniones.** Son aquellas que no forman parte del proceso de formulación de políticas o normas; por ejemplo las reuniones o sesiones de información, las conferencias científicas y las plataformas de coordinación de los agentes.

17. La participación de la OMS en las reuniones organizadas en todo o en parte por un agente no estatal, con sujeción a las disposiciones del presente marco, sus cuatro políticas concretas y a los procedimientos operacionales y otras normas, políticas y procedimientos aplicables de la OMS, puede adoptar cualquiera de las modalidades siguientes:

- la OMS organiza la reunión conjuntamente con el agente no estatal
- la OMS copatrocina una reunión[1] organizada por el agente no estatal
- algún funcionario de la OMS hace una exposición o participa como miembro de una mesa redonda en una reunión organizada por el agente no estatal
- algún funcionario de la OMS asiste a una reunión organizada por el agente no estatal.

[1] Copatrocinar una reunión significa: 1) la responsabilidad principal de la organización de la reunión incumbe a otra entidad; y 2) la OMS respalda la reunión y contribuye a ella y a sus debates; y 3) la OMS se reserva el derecho de dar el visto bueno al orden del día de la reunión, la lista de participantes y los documentos finales de la reunión.

**Recursos**

18. Los recursos [pueden consistir] / [consisten] en fondos, [personal] O [personal para actividades técnicas o la aplicación de programas y políticas de la OMS y actividades de respuesta en emergencias,] o contribuciones en especie. Las contribuciones en especie abarcan las donaciones de medicamentos y otros bienes y la prestación gratuita de servicios.

O

Texto nuevo pendiente de proposición

Y/O

18*bis* [ESPECIFICAR EL TIPO DE PERSONAL]

Y/O

[AÑADIR NOTA A PIE DE PÁGINA ESPECIFICANDO EL PERSONAL]

> [AÑADIR 18*ter*. La OMS podría establecer un límite máximo para las contribuciones voluntarias de los agentes no estatales. Las contribuciones que superasen esa cantidad se destinarían al fondo de contribuciones voluntarias básicas, que ofrece a la Secretaría suficiente margen para asignar los recursos a programas insuficientemente financiados. Las contribuciones señaladas de los Estados Miembros deberían asignarse a los programas que no se financian con cargo a las contribuciones voluntarias]/SUPRIMIR

PROPUESTA DE LA PRESIDENCIA

18*alt* Los recursos consisten en fondos [AÑADIR NOTA DE PIE DE PÁGINA: [Se insta a los agentes no estatales a que aporten contribuciones lo más flexibles posible, de conformidad con el Programa General de Trabajo y el presupuesto por programas], personal [AÑADIR NOTA DE PIE DE PÁGINA: El personal no incluye a funcionarios de la OMS, ni personal cedido a la OMS. Se podrá aceptar personal para actividades de emergencia. El personal no deberá ser destinado nunca a actividades relacionadas con la formulación de políticas, normas y patrones.] o contribuciones en especie. Las contribuciones en especie abarcan las donaciones de medicamentos y otros bienes y la prestación gratuita de servicios (AÑADIR NOTA DE PIE DE PÁGINA A PERSONAL: la contribución a corto plazo de personas empleadas por agentes no estatales distintas del personal cedido [Este personal no representa a la OMS y no tiene un distintivo de la Organización.]) (DEBERÁ CONSIDERARSE JUNTO CON EL PÁRRAFO 7 DE LA POLÍTICA RELATIVA A LAS ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES, EL PÁRRAFO 15 DE LA POLÍTICA RELATIVA AL SECTOR PRIVADO, EL PÁRRAFO 7 DE LA POLÍTICA RELATIVA A LAS FUNDACIONES FILÁNTROPICAS Y EL PÁRRAFO 8 DE LA POLÍTICA RELATIVA A LAS INSTITUCIONES ACADÉMICAS)

AÑADIR NOTA DE PIE DE PÁGINA: [[Se insta a los agentes no estatales a]/[Los agentes estatales deben] [hacer contribuciones]/[aportar recursos] lo más flexibles posible [y no destinadas a fines concretos en la medida de lo posible]. Las contribuciones deberán hacerse, como en el caso de cualquier contribución, de manera plenamente conforme con el presupuesto por programas.]

O

[AÑADIR NOTA DE PIE DE PÁGINA: [Solo se podrán aportar recursos de conformidad con el Programa General de Trabajo y el presupuesto por programas, y estos deberán ser lo más flexibles posible.]

O

[La OMS deberá proporcionar información detallada acerca de los recursos financieros o en especie recibidos de agentes no estatales, incluidos el nombre del donante, la cantidad donada, el propósito y la asignación.] (PARA TRASLADAR DEBAJO DEL PÁRRAFO 38)

[AÑADIR NOTA DE PIE DE PÁGINA: El personal no incluye a los funcionarios de la OMS, ni al personal cedido a la Organización. Se podrá aceptar personal para actividades de emergencia. El personal no deberá ser destinado nunca a actividades relacionadas con la formulación de políticas, normas y patrones.] o contribuciones en especie.

### Datos probatorios

19. A los efectos del presente marco, la expresión «datos probatorios» hace referencia a las aportaciones basadas en información actualizada, los conocimientos referidos a cuestiones técnicas y el examen de datos científicos, objeto de análisis independiente por la OMS. La generación de datos probatorios por la OMS comprende la obtención, el análisis y la generación de información, así como la gestión de los conocimientos y las investigaciones. Los agentes no estatales podrán facilitar su propia información actualizada y sus conocimientos sobre cuestiones técnicas, compartir su experiencia con la OMS, según proceda, con sujeción a las disposiciones del presente marco, sus cuatro políticas concretas y sus procedimientos operacionales, y a otras normas, políticas y procedimientos aplicables de la OMS. Siempre que sea posible, esas contribuciones se pondrán a disposición pública, según proceda. Los datos probatorios de carácter científico que se generen se harán públicos.

### Promoción de la causa

20. Se trata de actuaciones encaminadas a lograr una mayor sensibilización sobre diversas cuestiones de salud, en particular las que no reciben suficiente atención; propiciar cambios en el comportamiento en beneficio de la salud pública; y fomentar la colaboración y una mayor coherencia entre los agentes no estatales en los casos en que se precisa una acción conjunta.

### Colaboración técnica

21. A los fines del presente marco, se entiende por colaboración técnica la colaboración de otra índole con agentes no estatales, según proceda, en actividades abarcadas por el Programa General de Trabajo, en particular las siguientes:

- desarrollo de productos
- creación de capacidad
- colaboración operativa en las emergencias
- contribución a la aplicación de las políticas de la OMS.

## GESTIÓN DE LOS CONFLICTOS DE INTERESES Y OTROS RIESGOS DE LA COLABORACIÓN

22. Gestionar, incluso, cuando proceda, evitar, los conflictos de intereses y otros riesgos de la colaboración requiere una serie de pasos, que se enumeran a continuación:[1]

- La OMS tiene que conocer a los agentes no estatales con los que colabora. En consecuencia, cada agente no estatal ha de proporcionar toda la información pertinente[2] sobre sí mismo y sus actividades, tras lo cual la OMS ejercita la diligencia debida.

- La OMS realiza una evaluación de riesgos a fin de determinar los riesgos concretos asociados con cada colaboración con un agente no estatal.

- Los riesgos de la colaboración se deben gestionar y comunicar de manera coherente en cada uno de los tres niveles de la Organización y en el conjunto de toda la Organización. Con esa finalidad, la OMS gestiona la colaboración mediante un único instrumento electrónico a nivel de toda la Organización.[3]

- [Los Estados Miembros [deben] supervisan la colaboración de la OMS con los agentes no estatales. Teniendo esto presente, el Director General informa [anualmente] sobre la colaboración con agentes no estatales] [[con énfasis especial] / [entre otras cosas] en los desafíos [de carácter normativo] (**SUPRIMIR**) que puedan surgir en relación con [las propuestas de colaboración remitidas a] el grupo coordinador de la colaboración] [y el Director General] / [y la decisión por parte del Director General de no iniciar una colaboración] [y convierte este ejercicio en punto permanente del orden del día del CPPA] [en las [reuniones ordinarias del] Consejo Ejecutivo] por conducto del Comité de Programa, Presupuesto y Administración [en las [reuniones ordinarias del] Consejo Ejecutivo] [y hace públicas todas las colaboraciones a través del registro de agentes no estatales.] (**SUPRIMIR**) (AÑADIR NOTA A PIE DE PÁGINA: Véase el párrafo 38*ter*)

- O DIVIDIR EL PÁRRAFO EN DOS PARTES:

- CONTENIDO RELATIVO AL PROCESO

- DENTRO DEL INFORME DEL DIRECTOR GENERAL

- **NUEVA PROPUESTA DE LA PRESIDENTA:** Los Estados Miembros supervisan la colaboración de la OMS con los agentes no estatales, de conformidad con lo dispuesto en los párrafos 64 y 65

- [Pedir al Comité Consultivo de Expertos Independientes en materia de Supervisión que presente anualmente un informe sobre la colaboración de la OMS con agentes no estatales, cen-

---

[1] El marco tiene por objeto regular las colaboraciones institucionales; su aplicación está estrechamente coordinada con la de otras políticas de la Organización que regulan los conflictos de intereses de carácter personal (véase el párrafo 48).

[2] Tal y como se establece en el párrafo 38*bis*.

[3] La OMS utiliza un instrumento electrónico para la gestión de las colaboraciones. Como se describe en la nota a pie de página 1 del párrafo 38, la parte de dominio público del instrumento es el registro de agentes no estatales; el instrumento también genera un flujo de tareas para la gestión interna de las colaboraciones. Un instrumento electrónico análogo se utiliza para la gestión de los conflictos de intereses de carácter personal a fin de armonizar la aplicación del marco con la aplicación de la normativa sobre la gestión de los conflictos de intereses relativos a los expertos.

trándose especialmente en los casos tramitados por el grupo coordinador de la colaboración, y que dé a los Estados Miembros la oportunidad de debatir el informe con el Presidente del Comité Consultivo de Expertos Independientes en materia de Supervisión antes de su adopción por el Comité de Programa, Presupuesto y Administración] **(SUPRIMIR)**

- 38*ter*. [Además de a la información que está a disposición pública, los Estados Miembros tienen acceso electrónico a un informe resumido sobre el proceso de diligencia debida del agente no estatal, y a evaluaciones de riesgos y la gestión del riesgo de colaboración. Pueden ponerse a disposición de los Estados Miembros, para su consulta y en la medida en que sea jurídicamente factible, otros pormenores sobre la información utilizada por la Secretaría para gestionar dicha colaboración.] [Además, los Estados Miembros pueden acceder a las propuestas de colaboración remitidas al grupo coordinador de la colaboración y al Director General.] (**SUPRIMIR**)

**[Conflictos de intereses]** (NOTA: TODA LA SECCIÓN ENTRE CORCHETES)

23. Un conflicto de intereses surge en circunstancias en que existe la posibilidad de que un interés secundario (por ejemplo, intereses creados en los resultados de la labor de la OMS en un determinado ámbito) influya indebidamente, o cuando puede percibirse razonablemente que influye de manera indebida, en la independencia o la objetividad de un dictamen o una actuación profesional referentes a un interés primordial (la labor de la OMS). La existencia de un conflicto de intereses en cualquiera de sus formas no significa de suyo que se haya cometido una acción improcedente, sino más bien que existe el riesgo de que esa acción improcedente se cometa. Los conflictos de intereses no son solamente financieros sino que pueden también adoptar otras formas.

***23bis.*** Los conflictos de intereses de carácter personal en el seno de la OMS son los que afectan a los expertos, independientemente de su adscripción, y a los funcionarios; estos conflictos se abordarán con arreglo a las políticas enumeradas en el párrafo 48 del presente marco.

24. Todas las instituciones tienen múltiples intereses, lo que significa que a la hora de colaborar con agentes no estatales la OMS se enfrenta a menudo con una combinación de intereses convergentes y conflictivos. Un **conflicto de intereses institucional** es una situación en la que el interés primordial de la OMS recogido en su Constitución puede verse influido indebidamente por el interés conflictual de un agente no estatal de manera tal que afecta, o puede percibirse razonablemente que afecta, a la independencia y objetividad de la labor de la OMS.

25. Al gestionar a conciencia los conflictos de intereses institucionales y los demás riesgos de la colaboración mencionados en el párrafo 8 *supra*, la OMS procura evitar que los intereses conflictivos de un agente no estatal ejerzan una influencia indebida, o que se perciba razonablemente que la ejercen, en el proceso de adopción de decisiones de la Organización o prevalezcan sobre sus intereses.

26. Para la OMS, el riesgo potencial de que surjan conflictos de intereses institucionales podría alcanzar su nivel máximo en situaciones en que los intereses de agentes no estatales, en particular de carácter económico, comercial o financiero, entran en conflicto con las políticas de salud pública, el mandato constitucional y los intereses de la OMS, especialmente con la independencia e imparcialidad de la Organización en el establecimiento de políticas, normas y reglamentaciones.

**Diligencia debida y evaluación de riesgos**

27. Cuando se considera la posibilidad de iniciar una colaboración, la unidad técnica pertinente de la Secretaría procede a un examen inicial a fin de establecer si esa colaboración es de interés para la Organización y acorde con los principios de la colaboración de la OMS con agentes no estatales

enunciados en el párrafo 6 y las prioridades definidas en el Programa General de Trabajo y el presupuesto por programas. Si tal es el caso, la unidad técnica solicita al agente no estatal que suministre su información básica. Mediante el instrumento electrónico a nivel de toda la Organización, la unidad complementa luego esa información con una descripción de la colaboración propuesta y su propia evaluación de los beneficios y riesgos que comporta. Esta información se transmite entonces a una unidad central especializada encargada de analizar la información proporcionada.

28. Antes de comenzar la colaboración con un agente no estatal, la OMS, a fin de preservar su integridad, lleva a cabo un proceso de **diligencia debida** y evaluación del riesgo. Se entiende por diligencia debida las medidas que la OMS adopta con el fin de obtener y verificar información pertinente sobre un agente no estatal y para entender claramente su perfil. Mientras que la diligencia debida se refiere al carácter del agente no estatal de que se trate, la **evaluación de riesgos** se refiere a la valoración de una propuesta concreta de colaboración con ese agente no estatal.

29. La **diligencia debida** combina un examen de la información proporcionada por el agente no estatal, una búsqueda de información sobre la entidad de que se trate procedente de otras fuentes, y un análisis de toda la información obtenida. Esto comprende un examen de diferentes fuentes de información públicas, jurídicas y comerciales, en particular medios de comunicación, informes de analistas sobre las empresas, directorios y perfiles recogidos en el sitio web de la entidad, y fuentes públicas y de la administración.

30. Las funciones básicas de la diligencia debida son:

- aclarar la naturaleza y la finalidad de la entidad que tiene previsto colaborar con la OMS;
- aclarar el interés y los objetivos que persigue la entidad mediante su colaboración con la OMS y lo que espera a cambio;
- determinar, por lo que respecta a la entidad, la condición jurídica, esfera de actividad, composición, gobernanza, procedencia de los recursos financieros, constitución, estatutos y reglamentos y afiliación;
- definir los elementos principales de la historia y las actividades de la entidad respecto de lo siguiente: cuestiones sanitarias y de índole humana y laboral; cuestiones ambientales, éticas y empresariales; reputación e imagen; y estabilidad financiera;
- PROPUESTA ORIGINAL DE LA PRESIDENTA Determinar si la naturaleza de las actividades de un agente no estatal son incompatibles con la labor y el mandato de la OMS (por ejemplo, vínculos con las industrias tabacalera o armamentística) o si requieren que la Organización actúe con particular cautela al entablar una colaboración con la entidad (por ejemplo, vínculos con otras industrias que afectan a la salud humana o que están concernidas por las normas y reglamentaciones de la OMS) (NOTA A PIE DE PÁGINA Con arreglo a lo descrito en el párrafo 44)

  O

  [Determinar si la naturaleza de las actividades de un agente no estatal y el tipo de relación previsto con la OMS son incompatibles con la labor y el mandato de la OMS o si requieren que la Organización actúe con particular cautela al entablar una colaboración con la entidad tras aplicar las disposiciones de los párrafos 44 y 44*bis*]

O

[Determinar si la naturaleza de las actividades de un agente no estatal son incompatibles con la labor y el mandato de la OMS o si requieren que la Organización actúe con particular cautela al entablar una colaboración …]

31. La diligencia debida también permite a la Secretaría, a efectos de su colaboración, categorizar a cada agente no estatal en relación con uno de los cuatro grupos de agentes no estatales en función de su carácter, objetivos, gobernanza, financiación, independencia y composición. Esta categorización se indica en el registro de agentes no estatales.

32. Los riesgos son la expresión del posible impacto de un evento, y la probabilidad de que se produzca, que afectaría a las posibilidades de la Organización de alcanzar sus objetivos. Se lleva a cabo una **evaluación de los riesgos** de una propuesta de colaboración, además de un proceso de diligencia debida. Ello implica la evaluación de los riesgos asociados a la colaboración con un agente no estatal, en particular los que se señalan en el párrafo 8.

## Gestión de los riesgos

33. La **gestión de los riesgos** se refiere al proceso conducente a una decisión de gestión por la que la Secretaría decide, de manera expresa y con la debida justificación, si se entabla una colaboración,[1] si se prosigue una colaboración, si se colabora pero se aplican medidas para mitigar los riesgos, si no se lleva a cabo la colaboración, o si se deja sin efecto una colaboración en curso o prevista con un agente no estatal. Es una decisión de gestión que adopta la unidad a la que incumbe la colaboración con un agente no estatal.

34. La unidad especializada encargada de llevar a cabo la diligencia debida y la evaluación de riesgos, según se describen estas en el párrafo 27, formula recomendaciones sobre las opciones relativas a la colaboración enumeradas en el párrafo 33 *supra*, además de las razones de dichas recomendaciones. Si la unidad proponente está de acuerdo con las recomendaciones, las aplica. En caso de discrepancia, el asunto puede remitirse al grupo coordinador de la colaboración. (NOTA A PIE DE PÁGINA: El **grupo coordinador de la colaboración** es un grupo de la Secretaría nombrado por el Director General en el que están representadas las oficinas regionales.)

35. El grupo coordinador de la colaboración examina las propuestas de colaboración remitidas y recomienda llevar a cabo la colaboración, proseguir una colaboración, colaborar pero aplicar medidas para mitigar los riesgos, no llevar a cabo la colaboración, no llevar a cabo la colaboración o dejar sin efecto una colaboración en curso o prevista con un agente no estatal. En caso de que la unidad encargada de la colaboración esté en desacuerdo con esa recomendación, la decisión final incumbe al Director General.

36. De conformidad con el marco de gestión de riesgos de la OMS,[2] la Organización adopta un enfoque de la colaboración basado en la gestión de los riesgos, y solo entabla una colaboración con un agente no estatal cuando los beneficios que puede reportar en cuanto a la contribución directa o indirecta al cumplimiento del mandato de la Organización y el mejoramiento de la salud pública justifican claramente un posible riesgo residual de la colaboración así como el tiempo y el gasto que implican establecerla y mantenerla.

---

[1] Salvo las decisiones relativas a las decisiones oficiales, descritas en los párrafos 49 a 55.

[2] Véase el documento EB133/10.

## Transparencia

37. La interacción de la OMS con los agentes no estatales [se maneja]/[debe manejarse] de forma transparente. La OMS presenta a los órganos deliberantes informes anuales sobre su colaboración con los agentes no estatales [, así como sobre la labor del grupo coordinador de la colaboración,] y pone a disposición pública información básica sobre los agentes no estatales con los que entabla colaboración y sobre cada una de las colaboraciones de que se trate.

O

[La interacción de la OMS con los agentes no estatales se maneja de forma transparente. La OMS presenta a los órganos deliberantes informes anuales sobre su colaboración con los agentes no estatales,

[entre ellos un informe resumido sobre los procesos de diligencia debida, evaluación de riesgos y gestión de riesgos emprendidos por la Secretaría.]

así como sobre la labor del grupo coordinador de la colaboración, y pone a disposición pública información adecuada sobre los agentes no estatales con los que entabla colaboración y sobre cada una de las colaboraciones de que se trate.]

[entre ellos un informe resumido sobre los procesos de diligencia debida, evaluación de riesgos y gestión de riesgos emprendidos por la Secretaría.]

(**PROPUESTA DE LA PRESIDENTA** MANTENER ÚNICAMENTE EL TEXTO DE LA PRESIDENTA

38. El **registro OMS de agentes no estatales** es un instrumento electrónico basado en internet y de acceso público que utiliza la Secretaría[1] para documentar y coordinar la colaboración con los agentes no estatales. Contiene la principal información estándar proporcionada por los agentes no estatales[2] y descripciones de alto nivel de la colaboración que lleva a cabo la OMS con esos agentes (NOTA A PIE DE PÁGINA 3).

[NOTA A PIE DE PÁGINA 3: El registro abarca los tres niveles de la Organización —mundial, regional y nacional— e incluye las alianzas acogidas y los programas conjuntos]

38*bis*. Los agentes no estatales que colaboran con la OMS tienen que proporcionar información sobre su organización. Esta información comprende: nombre, condición jurídica, objetivo, estructura de gobierno, composición de los principales órganos de adopción de decisiones, activo, ingresos anuales y fuentes de financiación, principales afiliaciones pertinentes, sitio web y uno o más puntos focales para los contactos con la OMS.

38*bis*. [Los agentes no estatales que colaboran con la OMS tienen que proporcionar información sobre su organización. Esta información comprende: nombre, condición jurídica, objetivo, estructura de gobierno, composición de los principales órganos de adopción de decisiones, activo, ingresos anuales

[1] El registro de agentes no estatales es el primer nivel de un instrumento que utiliza la Secretaría y que contiene cuatro niveles de información: un nivel de acceso público; un nivel de acceso para los Estados Miembros, un nivel de trabajo para la Secretaría, y un nivel de información confidencial y delicada accesible para un número limitado de personas de la Secretaría.

[2] La información sobre las contribuciones financieras recibidas de los agentes no estatales queda documentada en este registro y en el portal web del presupuesto por programas.

y fuentes de financiación, principales afiliaciones pertinentes, sitio web y uno o más puntos focales para los contactos con la OMS. ]

38*ter*. [Los informes sobre la diligencia debida, [en particular] (SUPRIMIR) las decisiones relativas a la evaluación de riesgos y a la gestión de riesgos [, así como las decisiones de rechazo de la colaboración]/(SUPRIMIR) se pondrán a disposición de los Estados Miembros] [y la información pertinente se pondrá a disposición pública]/(SUPRIMIR) O [Los informes sobre la diligencia debida y sobre la evaluación de riesgos, así como las decisiones sobre las opciones de colaboración enumeradas en el párrafo 33, se pondrán a disposición de los Estados Miembros.]

38*ter*. ANTIGUO TEXTO DE LA PRESIDENTA: [Además de a la información que está a disposición pública, los Estados Miembros tienen acceso electrónico a un informe resumido sobre el proceso de diligencia debida del agente no estatal, y a evaluaciones de riesgos y la gestión del riesgo de colaboración. Pueden ponerse a disposición de los Estados Miembros, para su consulta y en la medida en que sea jurídicamente factible, otros pormenores sobre la información utilizada por la Secretaría para gestionar dicha colaboración.]

**NUEVO TEXTO DE LA PRESIDENTA:** 38*ter*. Además de a la información que está a disposición pública, los Estados Miembros tienen acceso electrónico a un informe resumido sobre el proceso de diligencia debida del agente no estatal, y a evaluaciones de riesgos y la gestión del riesgo de colaboración. [Pueden ponerse a disposición de los Estados Miembros, para su consulta y en la medida en que sea jurídicamente factible, otros pormenores sobre la información utilizada por la Secretaría para gestionar dicha colaboración.] Asimismo, los Estados Miembros pueden buscar información de esa índole en relación en relación con los casos examinados por el grupo coordinador de la colaboración.

Y

[Añadir al texto de la resolución un calendario para el establecimiento y puesta en funcionamiento del registro.]

(**PROPUESTA DE LA PRESIDENTA** MANTENER EL TEXTO PROPUESTO POR LA PRESIDENTA EN RELACIÓN CON LOS PÁRRAFOS 38, 38*BIS* AND 38*TER*. SE HA AÑADIDO A LA RESOLUCIÓN UNA REFERENCIA A LA PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DEL REGISTRO)

39. Cuando la Secretaría decide sobre la colaboración con un agente no estatal, se hace público un resumen de la información suministrada por esa entidad y conservada en el registro OMS de agentes no estatales. La exactitud de la información proporcionada por el agente no estatal y publicada en el registro es responsabilidad del agente no estatal de que se trate y tal información no implica ningún tipo de respaldo por parte de la OMS.

40. Los agentes no estatales descritos en el registro tienen que actualizar anualmente o cuando la OMS lo solicite la información sobre ellos proporcionada. La información que se introduzca en el registro OMS de agentes no estatales deberá llevar fecha. La información sobre las entidades que ya no colaboran con la OMS o que no han actualizado sus datos se clasificará como «archivada». La información archivada del registro OMS de agentes no estatales podrá tenerse en cuenta en relación con futuras solicitudes de colaboración, cuando proceda.

41. La OMS dispone de un manual para orientar a los agentes no estatales en su interacción con la Organización en consonancia con el presente marco. También dispone de una guía para el personal sobre la aplicación del marco para la colaboración con agentes no estatales.

---

NOTA: El siguiente texto del párrafo 41 se ha «aparcado» para que sirva de punto de partida en los debates sobre el párrafo 48

[que se utilizará conjuntamente con el marco] (SUPRIMIR:)

O

[Todas las directrices pertinentes de la OMS se [armonizarán]/[coordinarán] con el presente marco (NOTA A PIE DE PÁGINA: ENUMERAR TODOS LOS DOCUMENTOS PERTINENTES)]

O

TRASLADAR (COMO NOTA A PIE DE PÁGINA) AL PÁRRAFO 48

**(PROPUESTA DE LA PRESIDENTA** SUPRIMIR TODO EL TEXTO EN AMARILLO, YA QUE SE EXAMINARÁ DENTRO DEL PÁRRAFO 48)

---

42. (SUPRIMIDO)

43. (SUPRIMIDO)

## DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

44. La OMS no colabora con las industrias tabacalera y armamentística [ni con organizaciones a ellas afiliadas]

**(PROPUESTA DE LA PRESIDENTA** ACEPTAR «NI CON ORGANIZACIONES A ELLAS AFILIADAS»)

### [Colaboración con determinadas industrias]/[agentes no estatales]

44*bis.* [la OMS actuará con [particular]/[debida] cautela/(**SUPRIMIR**) [de conformidad con y con sujeción a las disposiciones del presente marco] especialmente al realizar análisis de la diligencia debida y la evaluación de los riesgos al colaborar con [agentes no estatales]/[otras industrias[, como la industria del alcohol]/[el sector privado y con otras industrias] que afecten [negativamente] a la salud humana o estén concernidas por normas y reglamentaciones de la OMS.][ACABAR AQUÍ] [[entre ellas]/[por ejemplo][, aunque no exclusivamente,] la industria de bebidas alcohólicas, alimentos y bebidas azucaradas]

**PROPUESTA DE LA PRESIDENTA: 44*bis*** La OMS actuará con particular especialmente al realizar análisis de la diligencia debida y la evaluación de los riesgos al colaborar con entidades del sector privado u otros agentes no estatales que estén concernidas por las políticas normas y reglamentaciones de la OMS.

### Asociación con el nombre y el emblema de la OMS

45. El **nombre y el emblema** de la OMS son reconocidos por el público como símbolos de integridad y garantía de calidad. El nombre, la sigla y el emblema de la OMS no se utilizarán, pues, con fines co-

merciales, de marketing promocional o publicitarios, ni en conjunción con esos fines. Todo uso del nombre o el emblema requerirá la autorización explícita por escrito del Director General de la OMS.[1]

### Cesión de personal

46. [La OMS no acepta la cesión de personal de agentes no estatales.]/(SUPRIMIR:)

O

[La OMS no acepta la cesión de personal de entidades del sector privado. La cesión de personal de otro tipo de agentes no estatales se aceptará con arreglo a lo dispuesto en el documento WHA67/7.]

O

[La OMS puede aceptar la cesión de personal de agentes no estatales para la labor técnica o la ejecución de los programas y políticas de la OMS y la respuesta ante emergencias.]

**PROPUESTA DE LA PRESIDENTA: 46.** La OMS no acepta la cesión de personal de agentes no estatales.

## RELACIÓN DEL MARCO CON OTRAS POLÍTICAS DE LA OMS

47. El presente marco sustituye a los Principios que rigen las relaciones entre la Organización Mundial de la Salud y las organizaciones no gubernamentales[2] y las Directrices sobre la interacción con empresas comerciales para lograr resultados de salud (de las que tomó nota el Consejo Ejecutivo).[3]

48. La aplicación del marco para la colaboración con agentes no estatales se coordina [y se armoniza] con las [políticas conexas enumeradas más abajo. En caso de conflicto, el presente marco prevalecerá.] / [políticas conexas siguientes]~~, que siguen teniendo validez. [En caso de conflicto, el presente Marco prevalecerá sobre las políticas enumeradas *infra*]~~ :

**O**

[La aplicación de las políticas enumeradas más abajo se coordinará y armonizará con el marco para la colaboración con agentes no estatales.]

[[*a*) La participación de la OMS en alianzas mundiales en pro de la salud y los acuerdos de acogida[4]]

[*i*) Las alianzas acogidas por la OMS tienen una personalidad jurídica que emana de la OMS y están sujetas a las normas y reglamentos de esta. Así pues, el Marco se aplica a su colaboración con agentes no estatales. Cuentan con una estructura de gobierno formal, independiente de la de los órganos deliberantes de la OMS, que toma las decisiones sobre la dirección, los planes de trabajo y los presupuestos; sus marcos de rendición de cuentas en materia programática tam-

[1] Véase http://www.who.int/about/licensing/emblem/en/.

[2] *Documentos básicos*, 47.ª ed. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2009, págs. 81-86.

[3] Véase el documento EB107/2001/REC/2, acta resumida de la duodécima sesión.

[4] Respaldada por la Asamblea de la Salud en su resolución WHA63.10 sobre las alianzas.

bién son independientes de los de la Organización. Del mismo modo, el Marco se aplica a las demás entidades acogidas que están sujetas a las normas y reglamentos de la Organización.]

[*ii*) La participación de la OMS en alianzas externas se regula por la política relativa a la participación de la OMS en alianzas mundiales en pro de la salud y a los acuerdos de acogida. En lo que se refiere a la gestión de los riesgos de la colaboración de la OMS en esas alianzas se aplica el presente marco para la colaboración con agentes no estatales.]

**O**

[*a*) Las alianzas y entidades albergadas por la OMS estarán sujetas al presente marco en los mismos términos que la OMS.]

[En cuanto a las alianzas acogidas, el marco para la colaboración con agentes no estatales se aplicará con arreglo a la política de la OMS relativa a la participación en alianzas mundiales en pro de la salud y a los acuerdos de acogida (resolución WHA63.10).]

*b*) La gestión de las relaciones de la OMS con los expertos a título individual se regula por el Reglamento de los cuadros y comités de expertos[1] y las directrices para la declaración de intereses (expertos de la OMS).

*c*) El Estatuto del Personal y el Reglamento del Personal de la Organización y en particular las disposiciones de la declaración de intereses allí consignada: conforme a lo dispuesto en el artículo 1.1 del Estatuto del Personal de la Organización Mundial de la Salud, los miembros del personal «se obligan a desempeñar [sus funciones] y a ordenar su conducta sin otra mira que el servicio de la Organización Mundial de la Salud».

*d*) Las colaboraciones científicas se regulan por el Reglamento de los grupos de estudio y grupos científicos, instituciones y otros mecanismos de colaboración.[2]

*e*) La adquisición de bienes y servicios se regula por las Normas de Gestión Financiera y el Reglamento Financiero;[3] no es objeto del marco para la colaboración con agentes no estatales, si bien sí se abarcan en este las contribuciones no remuneradas realizadas por los agentes no estatales.

*f*) Los fondos procedentes de los agentes no estatales, como todos los demás que recibe la OMS, se deben considerar enmarcados en el diálogo sobre financiación y están regulados por las Normas de Gestión Financiera y el Reglamento Financiero; la decisión de aceptación de esas contribuciones financieras se regula en el presente marco.

**PROPUESTA DE LA PRESIDENTA:** ACEPTAR TEXTO, SUPRIMIR TEXTO ENTRE CORCHETES QUE SE RECOGERÁ EN LA RESOLUCIÓN:

---

[1] Véase *Documentos básicos*, 47.ª ed. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2009, págs. 104-112 (http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/basic-documents-47-en.pdf, consultado el 1 de diciembre de 2014).

[2] *Documentos básicos*, 47.ª ed. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2009, págs. 113-120.

[3] *Documentos básicos*, 47.ª ed. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2009, págs. 87-97.

O

[48*a*) *alt*. La participación de la OMS en alianzas externas se regula por la política relativa a la participación de la OMS en alianzas mundiales en pro de la salud y a los acuerdos de acogida, así como por el presente marco, de manera complementaria. En particular, en lo que se refiere a los procesos de diligencia debida, evaluación de los riesgos y gestión de los riesgos de la participación de la OMS en alianzas formales, se aplica el presente marco.]

## RELACIONES OFICIALES

49. El mantenimiento de **«relaciones oficiales»** es un privilegio que el Consejo Ejecutivo puede otorgar a las organizaciones no gubernamentales, las asociaciones empresariales internacionales y las fundaciones filantrópicas que han colaborado y siguen colaborando de forma sostenida y sistemática[1] en provecho de la Organización. Los fines y las actividades de todas esas entidades deberán estar en armonía con el espíritu, los propósitos y los principios de la Constitución de la OMS, y las entidades deberán contribuir de forma importante a la mejora de la salud pública. Las organizaciones con las que la OMS mantiene relaciones oficiales pueden asistir a las reuniones de los órganos deliberantes, pero en todo lo demás su colaboración con la OMS estará sometida a las mismas disposiciones que los demás agentes no estatales.

50. [Todas las entidades con las que la OMS mantenga relaciones oficiales habrán de tener una constitución o documento básico similar, una sede establecida, un órgano directivo o de gobierno y una estructura administrativa y deberán mantener actualizada la información que consta sobre ellas en el registro OMS de agentes no estatales.]

O

50*alt*. [Las entidades con las que la OMS mantiene relaciones oficiales (AÑADIR NOTA A PIE DE PÁGINA) tienen una composición y/o un alcance internacional. Todas las entidades con las que la OMS mantenga relaciones oficiales habrán de tener una constitución o documento básico similar, una sede establecida, un órgano directivo o de gobierno y una estructura administrativa y deberán mantener actualizada la información que consta sobre ellas en el registro OMS de agentes no estatales.]

[NOTA A PIE DE PÁGINA: Antes de establecer relaciones de trabajo entre la OMS y una ONG nacional y de convenir un programa de colaboración con tal organización, se adoptarán las medidas apropiadas para consultar con el gobierno interesado conforme al Artículo 71 de la Constitución de la OMS.]

O

50*alt*. ANTIGUA PROPUESTA DE LA PRESIDENTA: Las entidades con las que la OMS mantiene relaciones oficiales tienen una composición y [/o] un alcance internacional. Todas las entidades con las que la OMS mantenga relaciones oficiales habrán de tener una constitución o documento básico similar, una sede establecida, un órgano [directivo] / [rector] o de gobierno y una estructura administrativa y deberán mantener actualizada la información que consta sobre ellas en el registro OMS de agentes no estatales. (Y SUPRIMIR EL PÁRRAFO 55)

---

[1] Una colaboración sistemática durante al menos 2 años, documentada en el registro OMS de agentes no estatales, y considerada mutuamente beneficiosa por las dos partes. El hecho de participar en las reuniones respectivas no se considera colaboración sistemática.

**NUEVA PROPUESTA DE LA PRESIDENTA:** Las entidades con las que la OMS mantiene relaciones oficiales tienen una composición y /o un alcance internacional. Todas las entidades con las que la OMS mantenga relaciones oficiales habrán de tener una constitución o documento básico similar, una sede establecida, un órgano de gobierno y una estructura administrativa y deberán mantener actualizada la información que consta sobre ellas en el registro OMS de agentes no estatales. (Y SUPRIMIR EL PÁRRAFO 55)

51. Un plan de colaboración [con objetivos/resultados/metas acordados y]

[basado en objetivos mutuamente acordados] (SUPRIMIR)

en el que se reseñen las actividades para el siguiente periodo trienal y estructurado con arreglo al Programa General de Trabajo y el presupuesto por programas, será la base de las relaciones oficiales entre la OMS y las organizaciones pertinentes. El plan se publicará asimismo en el registro OMS de agentes no estatales. Las organizaciones proporcionarán todos los años un breve informe sobre los progresos realizados en la aplicación del plan de colaboración y otras actividades conexas que también se publicarán en el registro de la OMS.

**PROPUESTA DE LA PRESIDENTA:** Art. 51. Las relaciones oficiales se basarán en un plan de colaboración entre la OMS y la entidad pertinente en el que se incluirán objetivos acordados y se reseñarán las actividades para el siguiente periodo trienal, y que estará estructurado con arreglo al Programa General de Trabajo y el presupuesto por programas. El plan se publicará asimismo en el registro OMS de agentes no estatales. Las organizaciones proporcionarán todos los años un breve informe sobre los progresos realizados en la aplicación del plan de colaboración y otras actividades conexas que también se publicarán en el registro de la OMS.

52. La responsabilidad de decidir sobre el establecimiento de relaciones oficiales entre la OMS y las organizaciones incumbirá al Consejo Ejecutivo, quien examinará esa condición cada 3 años. El Director General podrá proponer que se establezcan relaciones oficiales con organizaciones no gubernamentales internacionales, fundaciones filantrópicas y asociaciones empresariales internacionales. Asimismo, el Director General puede proponer que se realice antes un estudio sobre la experiencia de colaboración con la organización de que se trate.

53. Las entidades no estatales con los que la OMS mantiene relaciones oficiales están invitadas a participar en las reuniones de los órganos deliberantes de la Organización. Este privilegio abarca lo siguiente:

*a*) la posibilidad de nombrar un representante que participe, sin derecho de voto, en las reuniones de los órganos deliberantes de la OMS o en las de las comisiones y conferencias que se celebren bajo sus auspicios;

*b*) la posibilidad de formular una declaración *i*) por invitación del presidente de la reunión o *ii*) cuando este acceda a la solicitud de la entidad en cuestión si se está examinando un punto de especial interés para ella;

*c*) la posibilidad de presentar la declaración a que se alude en el subpárrafo *b*) *supra* con antelación al debate para que la Secretaría la publique en un sitio web especial.

54. Los agentes no estatales que participen en las reuniones de los órganos deliberantes de la OMS designarán a un jefe de delegación y declararán las afiliaciones de sus delegados. En la declaración figurará la función de cada delegado en el propio agente no estatal y, cuando corresponda, la función de ese delegado en toda organización afiliada.

55. [Las entidades con las que la OMS mantiene relaciones oficiales tienen una composición y/o un alcance internacional. La organización o sus afiliados también pueden asistir a las reuniones de los comités regionales. Los comités regionales podrán adoptar un procedimiento para otorgar acreditaciones a sus reuniones a otros agentes no estatales con los que no se mantengan relaciones oficiales siempre y cuando el procedimiento se gestione de conformidad con el presente marco.] (EXAMINAR CON EL PÁRRAFO 51)

**(PROPUESTA DE LA PRESIDENTA: SUPRIMIR EL PÁRRAFO 55, DADO QUE SE REFUNDE CON EL PÁRRAFO 50)**

## Procedimiento para el establecimiento de relaciones oficiales y para el examen de las organizaciones con las que ya se mantienen relaciones oficiales

56. La solicitud de establecimiento de relaciones oficiales deberá basarse en los datos actualizados que figuran en el registro OMS de agentes no estatales, que proporcionarán toda la información necesaria sobre la naturaleza y las actividades del agente. La solicitud incluirá un resumen de las actividades de colaboración anteriores, debidamente documentadas en el citado registro, y un plan trienal de colaboración con la OMS, establecido conjuntamente por el agente no estatal y la OMS.

57. Se deberá recibir en la sede de la OMS, no más tarde del final del mes de julio, una carta firmada que certifique la exactitud de la solicitud de establecimiento de relaciones oficiales cursada en línea, la cual se presentará a la reunión que celebre el Consejo Ejecutivo en el siguiente mes de enero. Las solicitudes de establecimiento de relaciones oficiales se examinarán para determinar si reúnen las condiciones establecidas y otros requisitos definidos en el presente marco. La Secretaría transmitirá las solicitudes a los miembros del Consejo Ejecutivo seis semanas antes de la reunión de enero del Consejo Ejecutivo en la que se procederá a su examen.

58. Las entidades no estatales con las que se mantienen relaciones oficiales y la Secretaría habrán de nombrar puntos focales, que se encargarán de informarse unos a otros y de informar a sus organizaciones de la evolución de la aplicación del plan de colaboración y que serán las primeras instancias a las que habrá que dirigirse para introducir algún cambio o si surge algún problema. [TRASLADAR A CONTINUACIÓN DEL PÁRRAFO 61]

59. En la reunión de enero del Consejo, el Comité de Programa, Presupuesto y Administración examinará las solicitudes presentadas y formulará recomendaciones al Consejo. El Comité podrá invitar a un representante de la organización solicitante a formular ante él una declaración verbal en relación con la solicitud de esa organización. Si se considera que la organización solicitante no reúne las condiciones establecidas, pero se estima conveniente mantener una asociación valiosa, basada en objetivos definidos y demostrada por un historial de colaboración provechosa y por un marco para el desarrollo de actividades futuras de colaboración, el Comité podrá recomendar que se posponga el examen de la solicitud o que esta sea desestimada.

60. Vistas las recomendaciones del Comité, el Consejo decidirá si procede o no autorizar el establecimiento de relaciones oficiales con una organización. En principio, un agente no estatal no podrá renovar su solicitud de admisión hasta que hayan transcurrido 2 años desde la decisión adoptada respecto de su solicitud precedente.

61. El Director General informará a cada organización de la decisión que haya adoptado el Consejo respecto de su solicitud. Además, documentará las decisiones adoptadas por la Secretaría y el Consejo Ejecutivo con respecto a las solicitudes de los agentes no estatales, plasmará esa información en el registro OMS de agentes no estatales y mantendrá una lista de las organizaciones con las que la OMS mantiene relaciones oficiales.

62. El Consejo Ejecutivo, por conducto de su Comité de Programa, Presupuesto y Administración, examinará cada 3 años la colaboración con los distintos agentes no estatales con los que se mantienen relaciones oficiales y decidirá si conviene o no mantener las relaciones establecidas con ellos, o aplazará al año siguiente la adopción de una decisión con respecto a la revisión. El examen realizado por el Consejo se extenderá durante un periodo de 3 años, y cada año versará sobre una tercera parte de las entidades no estatales con las que la OMS mantiene relaciones oficiales.

63. El Director General puede proponer que el Consejo Ejecutivo, por conducto de su Comité de Programa, Presupuesto y Administración, revise la situación de las relaciones oficiales de la OMS con un agente no estatal antes de lo previsto en caso de que surjan problemas, por ejemplo si la entidad de que se trate no cumple la parte del plan de colaboración que le corresponde, no se mantiene en contacto con la Organización o no cumple sus obligaciones en materia de presentación de informes, o si su naturaleza o actividades han variado, si ha dejado de reunir los criterios de admisión o si han surgido nuevos riesgos relacionados con la colaboración.

64. El Consejo podrá suspender las relaciones oficiales si considera que han dejado de ser apropiadas o necesarias, habida cuenta de la evolución de los programas o de otras circunstancias. Asimismo, el Consejo podrá suspender o interrumpir las relaciones oficiales si una organización deja de satisfacer las condiciones que cumplía en el momento del establecimiento de tales relaciones, si no actualiza sus datos y no informa sobre la labor de colaboración en el registro OMS de agentes no estatales o si no ejecuta la parte que le corresponda del programa de colaboración establecido.

**[ACREDITACIÓN DE ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES**

64*bis*. Para obtener la acreditación ante la Asamblea de la Salud, el Consejo Ejecutivo y los comités y conferencias celebradas bajo sus auspicios, la organización no gubernamental deberá:

*a*) tener finalidades y propósitos acordes con la Constitución de la OMS y conformes con las políticas de la Organización y con las resoluciones y decisiones adoptadas por el Consejo Ejecutivo y la Asamblea Mundial de la Salud;

*b*) demostrar competencia en un ámbito de actividades relacionado con la labor de la OMS;

*c*) tener miembros y/o actividades de alcance internacional;

*d*) ser de carácter no lucrativo y ser de interés público, tanto en sus actividades como en su promoción;

*e*) tener una estructura establecida, un acta constitutiva y mecanismos de rendición de cuentas;

*f*) estar facultada para hablar en nombre de sus miembros y tener una estructura representativa si es que está integrada por varios miembros; entre sus miembros no deben figurar entidades del sector privado, personas asociadas con entidades del sector privado o fundaciones filantrópicas e instituciones académicas que no se encuentren en condiciones de plena competencia con el sector privado;

*g*) haber existido oficialmente como mínimo durante los 3 años anteriores a la fecha en que la OMS reciba la solicitud;

*h*) revelar información sobre sus objetivos, estructura, la composición de su órgano ejecutivo, su ámbito de actividades y la proveniencia de su financiación y, cuando proceda, su estatus ante otras entidades del sistema de las Naciones Unidas;

*i*) acceder a facilitar periódicamente a la OMS información actualizada y a notificarle inmediatamente cualquier cambio en relación con su condición de «organización no gubernamental».

Las solicitudes, debidamente cumplimentadas, deben llegar a la sede de la OMS antes del final del mes de junio para que el Consejo Ejecutivo pueda examinarlas en enero del año siguiente. La Secretaría comunicará dichas solicitudes a los Estados Miembros dos meses antes de la reunión en que deban ser examinadas. Una organización no gubernamental no podrá renovar su solicitud de admisión mientras no transcurran 2 años desde la decisión adoptada por el Consejo respecto de su primera solicitud. Una vez que la organización no gubernamental haya recibido la acreditación, se debe hacer pública la información obtenida acerca de sus objetivos, su estructura, la composición de su órgano ejecutivo, su ámbito de actividades y el origen de su financiación, incluidas las actualizaciones. Cada 2 años se presentará al Consejo Ejecutivo un informe sobre las organizaciones no gubernamentales acreditadas.]

**(PROPUESTA DE LA PRESIDENTA:** SUPRIMIR**)**

## SUPERVISIÓN DE LA COLABORACIÓN

65. El Consejo Ejecutivo, por conducto de su Comité de Programa, Presupuesto y Administración, supervisa la aplicación del Marco de la OMS para la colaboración con agentes no estatales, propone revisiones del Marco y puede reconocer a organizaciones no gubernamentales internacionales, fundaciones filantrópicas y asociaciones empresariales internacionales la condición de entidad con la que la OMS mantiene relaciones oficiales.

66. El Comité de Programa, Presupuesto y Administración se ocupará de realizar exámenes, proporcionar orientación y, cuando proceda, formular recomendaciones al Consejo Ejecutivo sobre lo siguiente:

*a*) la supervisión de la aplicación por la OMS del Marco para la colaboración con agentes no estatales, en particular:

*i*) la consideración del informe anual sobre la colaboración con los agentes no estatales presentado por el Director General, en el que se proporciona un resumen de las colaboraciones y se destacan los desafíos dimanantes de esas colaboraciones.

Y

*i*bis) [la consideración del informe anual del Comité Consultivo de Expertos Independientes en materia de Supervisión sobre la colaboración de la OMS con agentes no estatales]

(*ii*) cualquier otro asunto relacionado con la colaboración que el Consejo someta al Comité

*b*) las entidades no estatales con las que la OMS mantiene relaciones oficiales, en particular:

*i*) propuestas para que la OMS establezca relaciones oficiales con agentes no estatales

*ii*) examen de la renovación de las relaciones oficiales con entidades no estatales

*c*) cuando sea necesario, cualquier propuesta de revisión del marco para la colaboración con agentes no estatales.

PROPUESTA DE LA PRESIDENTA: MANTENER EL TEXTO, INCLUIDO EL SUBAPARTADO *i*bis

## INCUMPLIMIENTO DEL PRESENTE MARCO

67. El incumplimiento puede consistir, entre otras cosas, en lo siguiente: un retraso importante en la aportación de información al registro OMS de agentes no estatales; la aportación de información falsa; el uso de la colaboración con la OMS con fines comerciales o de promoción, mercadotecnia y publicidad; [participación en [actividades políticas]/[activismo político];] el uso indebido del nombre y el emblema de la OMS; y el abuso de los privilegios que otorgan las relaciones oficiales.

**PROPUESTA DE LA PRESIDENTA 67*alt*:** El incumplimiento puede consistir, entre otras cosas, en lo siguiente: un retraso importante en la aportación de información al registro OMS de agentes no estatales; la aportación de información falsa; el uso de la colaboración con la OMS con fines comerciales o de promoción, mercadotecnia y publicidad; el uso indebido del nombre y el emblema de la OMS; el uso indebido de la colaboración con la OMS con fines que no estén relacionados con la salud pública; y el abuso de los privilegios que otorgan las relaciones oficiales.

68. El incumplimiento de las disposiciones del presente marco por un agente no estatal puede tener consecuencias para la entidad en cuestión una vez que se haya aplicado el procedimiento debido, que comprenderá el envío de un recordatorio, un aviso, una carta en la que se inste a cesar en la conducta, el rechazo a renovar la colaboración y el cese de la colaboración. Se podrá anticipar el examen por el Consejo Ejecutivo de la situación de las relaciones oficiales, pudiendo ser el incumplimiento un motivo para no renovarlas. Salvo en el caso de que se produzca un incumplimiento importante e intencionado, no se excluirá automáticamente al agente no estatal de que se trate de otras colaboraciones con la OMS.

69. Toda contribución financiera recibida por la OMS de la que ulteriormente se sepa que no se ajusta a lo previsto en el presente marco se devolverá al contribuyente.

## SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL MARCO

70. La aplicación del marco será objeto de un seguimiento interno permanente por parte del grupo coordinador de la colaboración y del Consejo Ejecutivo, el cual llevará a cabo dicha labor por conducto de su Comité de Programa, Presupuesto y Administración mediante el informe anual sobre la colaboración con los agentes no estatales y la evaluación de la información disponible en el registro OMS de agentes no estatales.

71. Asimismo, la aplicación del marco se someterá periódicamente a evaluación. Los resultados de las evaluaciones, junto con cualquier propuesta de modificación del marco, también se presentarán al Consejo Ejecutivo por conducto de su Comité de Programa, Presupuesto y Administración. [LA PERIODICIDAD SE DECIDIRÁ POR MEDIO DE UNA RESOLUCIÓN]

[Nuevo párrafo 72. Para la aplicación efectiva del marco, se adoptarán las siguientes medidas:

*a*) Examinar la lista existente de agentes no estatales con los que la OMS mantiene relaciones oficiales y categorizar a los agentes no estatales, según se estipula en el presente marco.

*b*) Examinar las actuales alianzas externas y acogidas de la OMS, las colaboraciones en virtud del presente marco, y adoptar las medidas pertinentes para evitar y gestionar el riesgo. Con ese objetivo, la Secretaría deberá invitar al público a formular observaciones.

*c*) Examinar y modificar todas las políticas enumeradas en el párrafo 48 del documento EB136/5 con objeto de armonizar por completo todas esas políticas con el marco existente. A tal fin, la Secretaría mantendrá consultas en la web abiertas a los Estados Miembros y al público con objeto de indicar los aspectos de las políticas existentes que deben examinarse y enmendarse en virtud del marco.

*d*) El registro de agentes no estatales estará operativo en un plazo de seis meses a partir de la adopción del marco para la colaboración con agentes no estatales.] [HACER REFERENCIA A LA RESOLUCIÓN]

(**PROPUESTA DE LA PRESIDENTA:** SUPRIMIR EL PÁRRAFO 72, YA QUE ESAS CUESTIONES SE ABORDAN EN LA RESOLUCIÓN)

## PROYECTO DE POLÍTICA Y PROCEDIMIENTOS OPERATIVOS DE LA OMS PARA LA COLABORACIÓN CON LAS ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES

1. Las organizaciones no gubernamentales realizan importantes aportaciones a la acción sanitaria mundial, ya que a menudo están profundamente enraizadas en las comunidades locales, cuentan con una flexibilidad especial para responder a las necesidades sanitarias, representan a las poblaciones afectadas y otros grupos clave y promueven soluciones innovadoras. Por esa razón, la OMS colabora con este grupo de agentes clave en la acción sanitaria mundial con el fin de aprovechar su apoyo en el cumplimiento del mandato de la Organización.

(**PROPUESTA DE LA PRESIDENTA:** MANTENER EL PÁRRAFO)

2. La presente política regula específicamente la colaboración de la OMS con las organizaciones no gubernamentales en función del tipo de interacción.[1] Las disposiciones genéricas del marco se aplican también a todas las colaboraciones con las organizaciones no gubernamentales.

## PARTICIPACIÓN

### Participación de organizaciones no gubernamentales en las reuniones de la OMS[2]

3. La OMS puede invitar a las organizaciones no gubernamentales a participar en consultas, audiencias y otras reuniones de conformidad con el párrafo 16 del marco general. Las consultas pueden ser electrónicas o presenciales.

4. La participación en otras reuniones se producirá en relación con el examen de un punto del orden del día en el que la organización no gubernamental de que se trate tenga un interés particular y cuando su participación agregue valor a las deliberaciones de la reunión. La participación servirá para intercambiar información y opiniones, pero en ningún caso para proporcionar asesoramiento.

4*bis*. La naturaleza de la participación de las organizaciones no gubernamentales depende del tipo de reunión de que se trate. El formato, las modalidades y la participación de organizaciones no gubernamentales en consultas, audiencias y otras reuniones lo decide caso por caso el órgano deliberante o la Secretaría de la OMS. La participación y las aportaciones de las organizaciones no gubernamentales se harán públicas en la medida de lo posible. Las organizaciones no gubernamentales no intervienen en ningún proceso de adopción de decisiones de la Organización.

---

[1] Para una descripción de los cinco tipos de interacción, véanse los párrafos 15 a 21 del marco general.

[2] Distintas de las reuniones de los órganos deliberantes, que están reguladas por la política sobre gestión de la colaboración.

## Participación de la Secretaría en reuniones organizadas por organizaciones no gubernamentales

5. La OMS puede organizar reuniones conjuntas o copatrocinar reuniones organizadas por organizaciones no gubernamentales siempre que se respete la integridad e independencia de la Organización y que esa participación promueva los objetivos de la OMS consignados en el Programa General de Trabajo. Los funcionarios de la OMS pueden participar en reuniones organizadas por organizaciones no gubernamentales de conformidad con la reglamentación interna de la Organización. La organización no gubernamental no tergiversará la participación de la OMS presentándola como un apoyo oficial de la OMS a la reunión y convendrá en no utilizar la participación de la OMS con fines de promoción.

*Procedimientos operativos*

6. La participación de la OMS en reuniones organizadas por organizaciones no gubernamentales en calidad de coorganizadora, copatrocinadora, miembro de mesas redondas u oradora se gestionará de conformidad con las disposiciones establecidas en el marco para la colaboración con agentes no estatales.

## RECURSOS

7. La OMS puede aceptar fondos, personal y contribuciones en especie procedentes de organizaciones no gubernamentales siempre y cuando las contribuciones se enmarquen en el Programa General de Trabajo de la OMS, no provoquen conflictos de intereses, se gestionen de conformidad con el marco y se ajusten a los demás reglamentos, normas y políticas pertinentes de la OMS.

MANTENER EL TEXTO; AÑADIR UNA NOTA A PIE DE PÁGINA TRAS LA PALABRA «PERSONAL»: Las contribuciones de personal solo se podrán aceptar para asignaciones por corto plazo que no conlleven trabajo normativo y siempre que los posibles riesgos se gestionen de conformidad con este marco.

8. La OMS puede proporcionar recursos a una organización no gubernamental para la realización de una actividad en particular, de conformidad con el presupuesto por programas, el Reglamento Financiero y las Normas de Gestión Financiera, y otras normas y políticas que corresponda. Los recursos en cuestión pueden destinarse bien a un proyecto de la organización no gubernamental que en opinión de la OMS merezca recibir apoyo y sea congruente con el programa de trabajo de la Organización, bien a un proyecto organizado o coordinado por la Organización. En el primer caso se trataría de una subvención, y en el segundo de un servicio.

*Políticas y procedimientos operativos específicos*

9. La aceptación de cualquier recurso procedente de una organización no gubernamental se tramitará de conformidad con las disposiciones del presente marco y de otras normas pertinentes como el Estatuto del Personal y el Reglamento de Personal, el Reglamento Financiero y las Normas de Gestión Financiera y las políticas de la OMS que rigen las adquisiciones.

10. En aras de la transparencia, la OMS tiene que agradecer públicamente las contribuciones y donaciones recibidas de organizaciones no gubernamentales, de conformidad con las políticas y prácticas de la Organización.

11. En general, las notas de agradecimiento se redactarán como sigue: «La Organización Mundial de la Salud da las gracias a [la organización no gubernamental] por su contribución financiera a [descripción del resultado o la actividad]».

12. Las contribuciones procedentes de organizaciones no gubernamentales se enumeran en el informe financiero y los estados financieros comprobados de la OMS, así como en el portal web del presupuesto por programas y en el registro OMS de agentes no estatales.

13. Las organizaciones no gubernamentales no podrán mencionar el hecho de haber realizado una contribución en sus materiales destinados a fines comerciales o de promoción, mercadotecnia y publicidad. Sin embargo, podrán aludir a la contribución en sus informes anuales o documentos similares. Además, podrán mencionar la contribución en sus sitios web y en publicaciones especiales no destinadas a la promoción, siempre y cuando el contenido y el contexto se hayan acordado con la OMS.

## DATOS PROBATORIOS

14. Las organizaciones no gubernamentales pueden proporcionar información y conocimientos actualizados sobre cuestiones técnicas y compartir su experiencia con la OMS, según proceda, con arreglo a las disposiciones del marco general y, específicamente, de esta política y procedimientos operativos, así como de otras normas, políticas y procedimientos aplicables de la OMS. Dicha contribución se deberá hacer pública, según proceda, siempre que sea posible. Los datos científicos generados deberían difundirse públicamente.

## PROMOCIÓN

15. La OMS colabora con organizaciones no gubernamentales en la promoción de la salud, el aumento de la sensibilización acerca de las cuestiones de salud, la modificación de los comportamientos en provecho de la salud pública, y del fomento de la colaboración y una mayor coherencia entre los agentes no estatales en los casos en que se precisa una acción conjunta.

16. La OMS favorece las funciones de seguimiento independiente y, por consiguiente, colabora con las organizaciones no gubernamentales que operan en esa esfera. Se alienta a las organizaciones no gubernamentales a que, por conducto de sus redes, difundan las políticas, directrices, normas, reglamentaciones y otros instrumentos de la OMS, con el fin de aumentar el radio de alcance de la OMS.

## COLABORACIÓN TÉCNICA

17. Se alienta a la Secretaría a realizar colaboraciones técnicas con las organizaciones no gubernamentales, a condición de que favorezcan los intereses de la Organización y se gestionen de conformidad con el marco para la colaboración con agentes no estatales.

# PROYECTO DE POLÍTICA Y PROCEDIMIENTOS OPERATIVOS DE LA OMS PARA LA COLABORACIÓN CON LAS ENTIDADES DEL SECTOR PRIVADO

1. Las entidades del sector privado son agentes clave de la acción sanitaria mundial tanto dentro del sector de la salud como fuera de este, en cuanto que proporcionan bienes y servicios que pueden tener importantes efectos en la salud. Por esa razón, la OMS colabora con este grupo de agentes clave en la acción sanitaria mundial para mejorar su contribución positiva, limitar sus efectos negativos en la salud y aprovechar su apoyo en el cumplimiento del mandato de la Organización.

Y

[La presente política es aplicable a las empresas del sector privado, asociaciones empresariales internacionales, instituciones académicas y fundaciones filantrópicas que no se encuentran en condiciones de plena competencia con entidades del sector privado y otras organizaciones sin fines lucrativos que no sean consideradas organizaciones no gubernamentales en el marco general para la colaboración con los agentes no estatales.]

**PROPUESTA DE LA PRESIDENTA:** MANTENER LA PRIMERA VERSIÓN ALTERNATIVA

2. La presente política regula específicamente la colaboración de la OMS con las entidades del sector privado en función del tipo de interacción.[1] Las disposiciones generales del marco se aplican también a todas las colaboraciones con las entidades del sector privado.

**PROPUESTA DE LA PRESIDENTA:** MANTENER EL TEXTO

3. [En su colaboración con entidades del sector privado, la OMS procurará actuar en consonancia con el principio de neutralidad competitiva.] O SUPRIMIR

**PROPUESTA DE LA PRESIDENTA:** MANTENER EL TEXTO

## PARTICIPACIÓN

### Participación de entidades del sector privado en las reuniones de la OMS[2]

4. La OMS puede invitar a las entidades del sector privado a participar en consultas, audiencias y otras reuniones de conformidad con el párrafo 16 del marco general. Las consultas pueden ser electrónicas o presenciales.

5. La participación en otras reuniones se producirá en relación con el examen de un punto del orden del día en el que la entidad del sector privado de que se trate tenga un interés particular y cuando su participación agregue valor a las deliberaciones de la reunión. La participación servirá para intercambiar información y opiniones, pero en ningún caso para proporcionar asesoramiento.

5*bis*. La naturaleza de la participación de las entidades del sector privado depende del tipo de reunión de que se trate. El formato, las modalidades y la participación de entidades del sector privado en con-

[1] Para una descripción de los cinco tipos de interacción, véanse los párrafos 15 a 21 del marco general.

[2] Distintas de las reuniones de los órganos deliberantes, que están reguladas por la política sobre gestión de la colaboración.

sultas, audiencias y otras reuniones lo decide caso por caso el órgano deliberante o la Secretaría de la OMS. La participación y las aportaciones de las entidades del sector privado se harán públicas en la medida de lo posible. Las entidades del sector privado no intervienen en ningún proceso de adopción de decisiones de la Organización.

### Participación de la Secretaría en reuniones organizadas por entidades del sector privado

6. El personal de la OMS puede participar en reuniones organizadas por una entidad del sector privado siempre que se respeten la integridad, la independencia y la reputación de la Organización y que dicha participación promueva los objetivos de la OMS consignados en el Programa General de Trabajo. La entidad del sector privado no tergiversará la participación de la OMS presentándola como un apoyo o respaldo oficial de la OMS a la reunión y convendrá en no utilizar la participación de la OMS con fines comerciales o publicitarios.

*Políticas y procedimientos operativos específicos*

7. La participación de funcionarios de la OMS en reuniones de entidades del sector privado en calidad de miembros de mesas redondas, oradores o de alguna otra forma se gestionará de conformidad con las disposiciones establecidas en el marco general y en esta política concreta.

8. La OMS no copatrocina las reuniones organizadas en todo o en parte por entidades del sector privado. Sin embargo, sí puede copatrocinar reuniones en las que los científicos iniciadores hayan contratado los servicios de un organizador de conferencias comercial para que se ocupe de los aspectos logísticos, siempre y cuando el organizador comercial no realice aportaciones al contenido científico de la reunión.

9. La OMS no copatrocina reuniones organizadas por otros agentes si alguno de los otros copatrocinadores es una entidad del sector privado relacionada con la salud. Los demás casos de copatrocinio de reuniones organizadas por otros agentes que cuenten con el copatrocinio de entidades del sector privado no relacionadas con la salud se deberán examinar caso por caso y tendrán que atenerse a lo dispuesto en el presente marco.

10. En los locales de la OMS y en las reuniones de la OMS no se realizarán presentaciones comerciales.

11. La OMS no copatrocina presentaciones comerciales, ya sea en el marco de reuniones organizadas por entidades del sector privado o en el marco de reuniones organizadas por otros agentes.

## RECURSOS

12. El nivel del riesgo asociado a la aceptación de recursos procedentes de entidades del sector privado depende de la esfera de actividad de la entidad del sector privado, la actividad de la OMS para la que se utilicen los recursos y la modalidad de la contribución.

*a*) Se podrán aceptar fondos procedentes de entidades del sector privado cuya actividad comercial no guarde relación con la de la OMS, a condición de que no participen en ninguna actividad [ni estén afiliadas a ninguna entidad] que sea incompatible con el mandato y la labor de la Organización.

*b*) No se pedirán ni aceptarán fondos de entidades del sector privado que, ellas mismas o sus empresas afiliadas, tengan un interés comercial directo en los resultados del proyecto al que reali-

zarían la contribución, a menos que así se apruebe de conformidad con las disposiciones relativas a los ensayos clínicos o el desarrollo de productos (véase el párrafo 38 *infra*).

*c*) Se actuará con cautela al aceptar fondos de entidades del sector privado que tengan intereses indirectos en los resultados del proyecto (es decir, cuando la actividad guarde relación con la esfera de interés de la entidad, sin que exista el conflicto de intereses al que se hace referencia *supra*). En este caso, se invitará a realizar contribuciones a otras empresas comerciales con intereses indirectos similares y, si ello no fuera posible, se describirán claramente las razones que lo impiden. Cuanto mayor sea la proporción de la contribución de una procedencia en particular, tanto más se procurará evitar un posible conflicto de intereses o la apariencia de una asociación inapropiada con un contribuyente.

[*d*) La OMS no recibirá recursos financieros de entidades del sector privado ni de agentes no estatales vinculados con entidades del sector privado cuyas actividades socaven [o preconicen socavar] el mandato de la OMS que figura en su Constitución]/EXAMINAR CON EL PÁRRAFO 44

[*e*) La OMS debería establecer un límite máximo para las contribuciones voluntarias de agentes no estatales. Las contribuciones que superasen esa cantidad se destinarían al fondo de contribuciones voluntarias básicas, que ofrece a la Secretaría suficiente margen para asignar los recursos a programas insuficientemente financiados. Las contribuciones señaladas de los Estados Miembros deberían asignarse a los programas que no se financian con cargo a las contribuciones voluntarias.]/O TRASLADAR A 18*ter* en el marco general/SUPRIMIR

**PROPUESTA DE LA PRESIDENTA: *a*)** Se podrán aceptar fondos procedentes de entidades del sector privado cuya actividad comercial no guarde relación con la de la OMS, a condición de que no participen en ninguna actividad ni tengan vínculos estrechos con ninguna entidad que sea incompatible con el mandato y la labor de la Organización.

**SUPRIMIR *d*) Y *e*)**

13. Las contribuciones financieras o en especie procedentes de entidades del sector privado y destinadas a programas de la OMS solo se pueden aceptar en las condiciones siguientes:

*a*) la contribución no se utilizará en actividades normativas;

*b*) si la contribución se utiliza en actividades no normativas en las que la entidad del sector privado podría tener intereses comerciales, los beneficios de la colaboración para la salud pública deberán superar claramente los posibles riesgos;

*c*) la proporción de la financiación de cualquier actividad procedente del sector privado no podrá ser tal que la continuación del programa llegue a depender de ese apoyo;

*d*) la aceptación de la contribución no significará que la OMS aprueba a la entidad del sector privado o sus actividades, productos o servicios;

*e*) el contribuyente no utilizará los resultados de las actividades de la OMS con fines comerciales ni mencionará en su material de promoción el hecho de haber realizado una contribución;

*f*) la aceptación de la contribución no otorgará al contribuyente ningún privilegio o ventaja;

*g*) la aceptación de la contribución no ofrecerá al contribuyente ninguna posibilidad de asesorar o dirigir la gestión o la aplicación de las actividades operativas, ni de influir o participar en ellas;

*h*) la OMS se reserva el derecho discrecional de rechazar una contribución sin necesidad de dar explicación alguna.

14. [El Director General puede establecer mecanismos para mancomunar las contribuciones de procedencias múltiples, siempre que los mecanismos se diseñen de modo tal que se evite toda aparente influencia de los contribuyentes en las actividades de la OMS, estén abiertos a todos los contribuyentes interesados y se ajusten a las condiciones enumeradas en el párrafo 12 *supra*, y siempre que se logre asegurar la necesaria transparencia por medio del registro OMS de agentes no estatales y el portal web del presupuesto por programas.]

**PROPUESTA DE LA PRESIDENTA:** MANTENER EL TEXTO

*Políticas y procedimientos operativos específicos*

15. La aceptación de contribuciones financieras, de personal o en especie procedentes de entidades del sector privado se gestionará de conformidad con el presente marco y se basará en un acuerdo firmado.

MANTENER EL TEXTO; AÑADIR UNA NOTA A PIE DE PÁGINA TRAS LA PALABRA «PERSONAL»: Las contribuciones de personal solo se podrán aceptar para asignaciones por corto plazo que no conlleven trabajo normativo y siempre que los posibles riesgos se gestionen de conformidad con este marco.

16. En aras de la transparencia, la OMS tiene que agradecer públicamente las contribuciones recibidas de entidades del sector privado, de conformidad con las políticas y prácticas de la Organización.

17. En general, las notas de agradecimiento se redactarán como sigue: «La Organización Mundial de la Salud da las gracias a [la entidad del sector privado] por su contribución financiera a [descripción del resultado o la actividad]».

18. Las contribuciones procedentes de entidades del sector privado se enumeran en el informe financiero y los estados financieros comprobados de la OMS, así como en el portal web del presupuesto por programas y en el registro OMS de agentes no estatales.

[18*bis*. Cualquier donación recibida por la OMS de la que posteriormente se descubra que no es conforme a las presentes directrices será devuelta al donante.]

PROPUESTA DE LA PRESIDENTA: SUPRIMIR, YA QUE ESTA CUESTIÓN SE ABORDA EN EL PÁRRAFO 69 DEL MARCO GENERAL

19. Las entidades del sector privado no podrán utilizar [el emblema de la OMS] / [los resultados de las actividades de la OMS] con fines comerciales ni mencionar en sus materiales de promoción el hecho de haber realizado una contribución. Sin embargo, podrán aludir a la contribución en sus informes institucionales anuales o documentos similares. Además, podrán mencionar la contribución dentro de la información contenida en sus sitios web a efectos de transparencia, en las páginas especiales de responsabilidad institucional de su sitio web que no tengan carácter publicitario ni estén relacionadas con algún producto y en publicaciones similares, siempre y cuando el contenido y el contexto hayan sido acordados con la OMS.

**PROPUESTA DE LA PRESIDENTA Art. 19*alt*:** Las entidades del sector privado no podrán utilizar con fines comerciales los resultados de las actividades de la OMS a las que hayan contribuido ni mencionar en sus materiales de promoción el hecho de haber realizado una contribución. Sin embargo, podrán aludir a la contribución en sus informes institucionales anuales o documentos similares. Además, podrán mencionar la contribución dentro de la información contenida en sus sitios web a efectos de transparencia, en las páginas especiales de responsabilidad institucional de su sitio web que no tengan carácter publicitario ni estén relacionadas con algún producto y en publicaciones similares, siempre y cuando el contenido y el contexto hayan sido acordados con la OMS.

(OBSERVACIÓN: LA UTILIZACIÓN DEL NOMBRE Y EL EMBLEMA ESTÁ REGULADA EN EL PÁRRAFO 45 DEL MARCO GENERAL

*Donaciones de medicamentos y otras tecnologías sanitarias*[1]

20. La aceptabilidad de las donaciones a gran escala de medicamentos y otros productos relacionados con la salud dependerá del cumplimiento de los criterios siguientes.

*a*) Se dispone de datos probatorios sólidos sobre la seguridad y la eficacia del producto en la indicación para la que se dona. El producto ha sido aprobado o autorizado de otro modo por el país receptor para su uso en esa indicación; también sería preferible que figurara en la Lista Modelo OMS de Medicamentos Esenciales para esa indicación.

*b*) Se han determinado criterios objetivos y justificables para la selección de los países, comunidades o pacientes receptores. En situaciones de emergencia tal vez se requieran flexibilidades.

*c*) Se dispone de un sistema de suministro y se ha prestado atención al modo de evitar el despilfarro, el robo y el uso indebido (incluidas las filtraciones hacia el mercado).

*d*) Se dispone de un programa de formación y supervisión destinado a todo personal que interviene en la administración del suministro, el almacenamiento y la distribución a lo largo de toda la cadena —desde el donante hasta el usuario final—, con el fin de que desarrolle su labor de forma eficiente.

*e*) Las donaciones de medicamentos y otros productos relacionados con la salud no tienen carácter publicitario, ya sea en lo que se refiere a la propia empresa o por generar una demanda de los productos que no es sostenible cuando finaliza la donación.

*f*) La OMS no acepta productos cuyo tiempo de conservación esté a punto de vencer.

*g*) Se ha acordado con los países receptores un plan de eliminación gradual de la donación.

*h*) Con participación de la empresa donante, se ha establecido un sistema de vigilancia de las reacciones adversas al producto.

[1] Las donaciones estarán en consonancia con las directrices interorganismos: Organización Mundial de la Salud, Red Farmacéutica Ecuménica, Federación Internacional Farmacéutica, Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, International Health Partners, The Partnership for Quality Medical Donations, *et al*. Guidelines for medicine donations – revisada en 2010. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011.

21. En consulta con el departamento de la OMS responsable de los asuntos financieros, el valor de las donaciones de medicamentos y otros productos relacionados con la salud se determina y se consigna oficialmente en los estados financieros comprobados y en el registro OMS de agentes no estatales.

*Contribuciones financieras destinadas a ensayos clínicos*

22. A reserva de lo dispuesto en el párrafo 38 *infra* acerca del desarrollo de productos, las contribuciones financieras realizadas por una empresa comercial que se destinen a un ensayo clínico organizado por la OMS relativo a un producto que sea marca de esa empresa se examinarán caso por caso y siempre serán objeto de decisión por el grupo coordinador de la colaboración. A este respecto, se velará por lo siguiente:

*a*) que la actividad de investigación o desarrollo tenga importancia para la salud pública;

*b*) que la investigación se realice a petición de la OMS y se gestionen los posibles conflictos de intereses;

*c*) que la OMS solo acepte dichas contribuciones financieras en caso de que la investigación no vaya a realizarse si la OMS no participa en ella o en caso de que la participación de la OMS sea necesaria para que la investigación se lleve a cabo conforme a normas y directrices técnicas y éticas aceptadas internacionalmente.

23. Si se satisfacen los requisitos mencionados, se podrá aceptar una contribución financiera procedente de una empresa que tenga un interés comercial directo en el ensayo en cuestión, a condición de que se establezcan mecanismos apropiados para velar por que la OMS controle la realización de los ensayos y la difusión de los resultados, incluido el contenido de toda publicación derivada de la prueba, y que los resultados de la misma estén exentos de toda influencia inapropiada o aparente de la empresa de que se trate.

*Contribuciones destinadas a reuniones de la OMS*

24. En lo que se refiere a las reuniones convocadas por la OMS, no se aceptará la contribución de una entidad del sector privado si dicha contribución está destinada a sufragar la participación de unos invitados en concreto (incluidos sus gastos de viaje y alojamiento), independientemente de si la contribución se proporciona a los participantes directamente o por conducto de la OMS.

25. Se podrán aceptar contribuciones para sufragar los costos generales de una reunión.

26. Las recepciones y funciones similares de la OMS no se sufragarán con cargo a entidades del sector privado.

*Contribuciones para funcionarios de la OMS que participan en reuniones externas*

27. Son reuniones externas las convocadas por partes que no son la OMS. El apoyo prestado por entidades del sector privado con miras a sufragar el viaje de funcionarios de la OMS para asistir a reuniones o conferencias externas puede enmarcarse en dos categorías:

*a*) reuniones celebradas por entidades del sector privado que sufragan el viaje: se puede aceptar la financiación del viaje de conformidad con las normas de la OMS si la entidad del sector privado también sufraga el viaje y los gastos secundarios de otros participantes en la reunión y se ha evaluado y gestionado el riesgo de que se produzca un conflicto de intereses;

*b*) reuniones celebradas por una tercera parte (es decir, una parte que no es la entidad del sector privado que propone sufragar el viaje): no se aceptará la financiación del viaje por parte de una entidad del sector privado.

*Contribuciones destinadas a publicaciones*

28. Se pueden aceptar fondos procedentes de entidades del sector privado para sufragar los costos de impresión de publicaciones de la OMS siempre y cuando no se creen conflictos de intereses. En ningún caso se insertarán anuncios comerciales en las publicaciones de la OMS.

*Contribuciones destinadas a financiar los sueldos de funcionarios*

29. [No se aceptarán fondos procedentes de entidades del sector privado que estén destinados a financiar los sueldos de funcionarios o puestos concretos (incluidos los de consultores por corto plazo)] [ACABAR AQUÍ]

[si ello pudiera dar lugar a un conflicto de intereses real o aparente con las actividades de la OMS.]

(SUPRIMIR)

O

(SUPRIMIR EL PÁRRAFO)

PROPUESTA DE LA PRESIDENTA: SUPRIMIR EL PÁRRAFO

*Recuperación de costos*

30. Cuando la OMS haya establecido un plan de evaluación (por ejemplo, para evaluar determinados productos, procesos o servicios respecto de las directrices oficiales de la OMS), la Organización podrá cobrar esos servicios a las entidades del sector privado con el fin de recuperar los gastos. La finalidad de los planes de evaluación de la OMS siempre consiste en asesorar a los gobiernos y/o las organizaciones internacionales en lo que se refiere a las adquisiciones. La evaluación no significa que la OMS apruebe los productos, procesos o servicios en cuestión.

## DATOS PROBATORIOS

31. Las entidades del sector privado pueden proporcionar información y conocimientos actualizados sobre cuestiones técnicas y compartir experiencias con la OMS, según proceda, con arreglo a las disposiciones del marco general y, específicamente, de esta política y procedimientos operativos y de otras normas, políticas y procedimientos aplicables de la OMS. Dicha contribución se deberá hacer pública, según proceda, siempre que sea posible. Los datos científicos generados se deberían difundir públicamente.

[31*bis*. Si se recopila información como parte de los preparativos para la elaboración de normas y patrones, las entidades del sector privado solo podrán ser consultadas en el marco de audiencias]/(**SUPR**)

32. Las personas que trabajan para entidades interesadas del sector privado no pueden participar en grupos de expertos; no obstante, los grupos de expertos deben tener la posibilidad, cuando proceda, de celebrar audiencias con esas personas para tener acceso a sus conocimientos.

**PROPUESTA DE LA PRESIDENTA:** MANTENER EL TEXTO

## PROMOCIÓN

33. La OMS alienta a las entidades del sector privado a que apliquen las normas y reglamentaciones de la OMS y promuevan su aplicación. La OMS participa en diálogos con entidades del sector privado para promover la aplicación de las políticas, normas y reglamentaciones de la OMS.

34. Las entidades del sector privado solo pueden colaborar con la OMS en la promoción de la aplicación de una norma o reglamentación de la OMS si se comprometen a aplicar esas normas y reglamentaciones en su totalidad. No es aceptable su aplicación parcial o selectiva. [A CONDICIÓN DE QUE HAYA ACUERDO EN LOS PÁRRAFOS CORRESPONDIENTES DE LAS CUATRO POLÍTICAS]

**PROPUESTA DE LA PRESIDENTA:** MANTENER EL TEXTO ÚNICAMENTE EN ESTA POLÍTICA

35. Se alienta a las asociaciones empresariales internacionales a trabajar con sus miembros para mejorar su impacto en la salud pública y la aplicación de las políticas, normas y reglamentaciones de la OMS.

## COLABORACIÓN TÉCNICA

36. Se acoge con satisfacción la colaboración técnica con el sector privado siempre que se gestionen o mitiguen los posibles riesgos de la colaboración, se proteja la labor normativa de la OMS frente a influencias indebidas y no se interfiera en el asesoramiento que la OMS brinda a los Estados Miembros.

O

[Se acoge con satisfacción la colaboración técnica con el sector privado siempre que sea en provecho de la Organización y se gestione de conformidad con el marco para la colaboración con agentes no estatales.] [y [en particular] se proteja la labor normativa de la OMS frente a influencias indebidas y no se interfiera en el asesoramiento que la OMS brinda a los Estados Miembros.]

**PROPUESTA DE LA PRESIDENTA 36*alt*:** Se acoge con satisfacción la colaboración técnica con el sector privado siempre que sea en provecho de la Organización y se gestione de conformidad con el presente marco y, en particular, siempre que se proteja la labor normativa de la OMS frente a influencias indebidas y no se interfiera en el asesoramiento que la OMS brinda a los Estados Miembros.]

*Políticas y procedimientos operativos específicos*

37. Si la OMS ha elaborado especificaciones oficiales para un producto, podrá proporcionar asesoramiento técnico a los fabricantes para el desarrollo de su producto de conformidad con esas especificaciones, a condición de que se ofrezca a todas las entidades del sector privado de las que conste un interés por un producto de esa índole la posibilidad de colaborar con la OMS del mismo modo.

*Desarrollo de productos*

38. La OMS colabora con entidades del sector privado en el desarrollo de tecnologías relacionadas con la salud, ya sea realizando actividades de investigación y desarrollo con respecto a sus productos y apoyando la transferencia de tecnología y la concesión de licencias de tecnología, ya sea otorgando licencias sobre su propiedad intelectual a esas empresas. Por regla general, únicamente se llevarán a cabo actividades colaborativas de investigación y desarrollo, transferencia de tecnología y concesión

de licencias de tecnología si la OMS y la entidad de que se trate han concertado un acuerdo que haya recibido el visto bueno de la Oficina del Asesor Jurídico en el que se vele por que en última instancia el producto final está ampliamente disponible y sea accesible [y asequible] (SUPRIMIR) [~~incluso para el sector público de~~] [en] los países de ingresos bajos y medianos [~~a un precio preferencial~~] (SUPRIMIR). Si se concierta un acuerdo de ese tipo, se podrán aceptar fondos procedentes de la entidad del sector privado para un ensayo clínico organizado por la OMS para el producto en cuestión, dado que los compromisos contractuales obtenidos de la entidad en beneficio público superan los posibles conflictos de intereses que pueden plantearse al aceptar la contribución financiera. Hay que distinguir estas contribuciones de las destinadas a los ensayos clínicos de productos de marca organizados por la OMS que se describen en el párrafo 23.

O

[REDACCIÓN ALTERNATIVA DE NIVEL SUPERIOR]

O

[PROPUESTA DE LA PRESIDENTA]

38*alt*. La OMS colabora con entidades del sector privado en el desarrollo de tecnologías relacionadas con la salud, ya sea realizando actividades de investigación y desarrollo con respecto a sus productos y apoyando la transferencia de tecnología y la concesión de licencias de tecnología, ya sea otorgando licencias sobre su propiedad intelectual a esas empresas sobre la base de un acuerdo que haya recibido el visto bueno de la Oficina del Asesor Jurídico. La colaboración deberá contribuir a aumentar el acceso a productos médicos de calidad, seguros, eficaces y asequibles. Si se concierta un acuerdo de ese tipo, se podrán aceptar fondos procedentes de la entidad del sector privado para un ensayo clínico organizado por la OMS para el producto en cuestión, dado que los compromisos contractuales obtenidos de la entidad en beneficio público superan los posibles conflictos de intereses que pueden plantearse al aceptar la contribución financiera. Hay que distinguir estas contribuciones de las destinadas a los ensayos clínicos de productos de marca organizados por la OMS que se describen en el párrafo 23.

[OBSERVACIÓN A LA PROPUESTA DE LA PRESIDENTA SOBRE EL PÁRRAFO: EL TEXTO «aumentar el acceso a productos médicos de calidad, seguros, eficaces y asequibles» PROCEDE DE LAS PRIORIDADES DE LIDERAZGO ACORDADAS QUE SE DESCRIBEN EN EL DUODÉCIMO PROGRAMA GENERAL DE TRABAJO)

## PROYECTO DE POLÍTICA Y PROCEDIMIENTOS OPERATIVOS DE LA OMS PARA LA COLABORACIÓN CON LAS FUNDACIONES FILANTRÓPICAS

1. Las fundaciones filantrópicas realizan importantes contribuciones a la acción sanitaria mundial en general y a la labor de la OMS en particular en muchas esferas, desde la innovación hasta la creación de capacidad y la prestación de servicios. Por esa razón, la OMS colabora con este grupo de agentes clave en la acción sanitaria mundial con el fin de aprovechar su apoyo en el cumplimiento del mandato de la Organización.

(**PROPUESTA DE LA PRESIDENTA:** MANTENER EL PÁRRAFO)

2. La presente política regula específicamente la colaboración de la OMS con las fundaciones filantrópicas en función del tipo de interacción.[1] Las disposiciones genéricas del marco se aplican también a todas las colaboraciones con las fundaciones filantrópicas.

## PARTICIPACIÓN

### Participación de fundaciones filantrópicas en las reuniones de la OMS[2]

3. La OMS puede invitar a las fundaciones filantrópicas a participar en consultas, audiencias y otras reuniones de conformidad con el párrafo 16 del marco general. Las consultas y audiencias pueden ser electrónicas o presenciales.

4. La participación en otras reuniones se producirá en relación con el examen de un punto del orden del día en el que la fundación filantrópica de que se trate tenga un interés particular y cuando su participación agregue valor a las deliberaciones de la reunión. Dicha participación podrá servir también para intercambiar información y opiniones, pero en ningún caso para proporcionar asesoramiento.

4*bis*. La naturaleza de la participación de las fundaciones filantrópicas depende del tipo de reunión de que se trate. El formato, las modalidades y la participación de fundaciones filantrópicas en consultas, audiencias y otras reuniones lo decide caso por caso el órgano deliberante o la Secretaría de la OMS. La participación y las aportaciones de las fundaciones filantrópicas se harán públicas en la medida de lo posible. Las fundaciones filantrópicas no intervienen en ningún proceso de adopción de decisiones de la Organización.

### Participación de la Secretaría en reuniones organizadas por fundaciones filantrópicas

5. La OMS puede organizar reuniones conjuntas o copatrocinar reuniones organizadas por fundaciones filantrópicas siempre que se respete la integridad, la independencia y la reputación de la Organización y que esa participación promueva los objetivos de la OMS consignados en el Programa General de Trabajo. Los funcionarios de la OMS pueden participar en reuniones organizadas por fundaciones filantrópicas de conformidad con la reglamentación interna de la Organización. La fundación filantrópica no tergiversará la participación de la OMS presentándola como un apoyo o respaldo oficial de la OMS a la reunión y convendrá en no utilizar la participación de la OMS con fines publicitarios.

*Procedimientos operativos*

6. La participación de la OMS en reuniones organizadas por fundaciones filantrópicas en calidad de coorganizadora, copatrocinadora, miembro de mesas redondas u oradora se gestionará de conformidad con las disposiciones establecidas en el marco para la colaboración con agentes no estatales.

## RECURSOS

7. La OMS puede aceptar fondos, personal y contribuciones en especie procedentes de fundaciones filantrópicas siempre y cuando las contribuciones se enmarquen en el Programa General de Traba-

---

[1] Para una descripción de los cinco tipos de interacción, véanse los párrafos 15 a 21 del marco general.

[2] Distintas de las reuniones de los órganos deliberantes, que están reguladas por la política sobre gestión de la colaboración.

jo de la OMS, no provoquen conflictos de intereses, se gestionen de conformidad con el marco y se ajusten a los demás reglamentos, normas y políticas pertinentes de la OMS.

MANTENER EL TEXTO; AÑADIR UNA NOTA A PIE DE PÁGINA TRAS LA PALABRA «PERSONAL»: Las contribuciones de personal solo se podrán aceptar para asignaciones por corto plazo que no conlleven trabajo normativo y siempre que los posibles riesgos se gestionen de conformidad con este marco.

8. Como todos los demás contribuyentes, las fundaciones filantrópicas deberán armonizar sus contribuciones con las prioridades fijadas por la Asamblea de la Salud en el presupuesto por programas aprobado.

9. Se invita a las fundaciones filantrópicas a que participen en el diálogo sobre financiación, que ha sido concebido para mejorar la armonización, la previsibilidad, la flexibilidad y la transparencia de la financiación de la OMS y reducir la vulnerabilidad presupuestaria.

10. Los programas y las oficinas de la OMS deben tratar de evitar la dependencia de una sola fuente de financiación.

11. La aceptación de contribuciones (en efectivo o en especie) deberá atenerse a las condiciones siguientes:

*a*) la aceptación de una contribución no significará que la OMS aprueba a la fundación filantrópica en cuestión;

*b*) la aceptación de una contribución no otorgará al contribuyente ningún privilegio o ventaja;

*c*) la aceptación de una contribución no ofrecerá al contribuyente ninguna posibilidad de asesorar o dirigir la gestión o la aplicación de las actividades operativas, ni de influir o participar en ellas;

*d*) la OMS se reserva el derecho discrecional de rechazar una contribución sin necesidad de dar explicación alguna.

*Políticas y procedimientos operativos específicos*

12. La aceptación de cualquier recurso procedente de una fundación filantrópica se tramitará de conformidad con las disposiciones del presente marco y otras normas pertinentes como el Estatuto del Personal y el Reglamento de Personal, el Reglamento Financiero y las Normas de Gestión Financiera y las políticas de la OMS que rigen las adquisiciones.

13. En aras de la transparencia, la OMS tiene que agradecer públicamente las contribuciones recibidas de fundaciones filantrópicas, de conformidad con las políticas y prácticas de la Organización.

14. En general, las notas de agradecimiento se redactarán como sigue: «La Organización Mundial de la Salud da las gracias a [la fundación filantrópica] por su contribución financiera a [descripción del resultado o la actividad]».

15. Las contribuciones procedentes de fundaciones filantrópicas se enumeran en el informe financiero y los estados financieros comprobados de la OMS, así como en el portal web del presupuesto por programas y en el registro OMS de agentes no estatales.

16. Las fundaciones filantrópicas no podrán mencionar en sus materiales promocionales el hecho de haber realizado una contribución. Sin embargo, podrán aludir a la contribución en sus informes anuales o documentos similares. Además, podrán mencionar la contribución dentro de la información contenida en sus sitios web a efectos de transparencia, en las páginas especiales de sus sitios web que no tengan carácter publicitario y en publicaciones similares, siempre y cuando el contenido y el contexto hayan sido acordados con la OMS.

## DATOS PROBATORIOS

17. Las fundaciones filantrópicas pueden proporcionar información y conocimientos actualizados sobre cuestiones técnicas y compartir su experiencia con la OMS, según proceda, con arreglo a las disposiciones del marco general y, específicamente, de esta política y procedimientos operativos y de otras normas, políticas y procedimientos aplicables de la OMS. Dicha contribución se deberá hacer pública, según proceda, siempre que sea posible. Los datos científicos generados se deberían difundir públicamente.

## PROMOCIÓN

18. La OMS colabora con fundaciones filantrópicas en la promoción de la salud, el aumento de la sensibilización acerca de las cuestiones de salud, la modificación de los comportamientos en provecho de la salud pública, y el fomento de la colaboración y una mayor coherencia entre los agentes no estatales en los casos en que se precisa una acción conjunta. Se alienta a las fundaciones filantrópicas a que, por conducto de sus redes, difundan las políticas, directrices, normas, reglamentaciones y otros instrumentos de la OMS, con el fin de aumentar el radio de alcance de la Organización.

## COLABORACIÓN TÉCNICA

19. Se alienta a la Secretaría a realizar colaboraciones técnicas con las fundaciones filantrópicas, a condición de que favorezcan los intereses de la Organización y se gestionen de conformidad con el marco para la colaboración con agentes no estatales.

# PROYECTO DE POLÍTICA Y PROCEDIMIENTOS OPERATIVOS DE LA OMS PARA LA COLABORACIÓN CON LAS INSTITUCIONES ACADÉMICAS

1. Las instituciones académicas contribuyen a la acción sanitaria mundial mediante la enseñanza, la investigación, la atención clínica y la generación, síntesis y análisis de datos probatorios. Por esa razón, la OMS colabora con este grupo de agentes clave en la acción sanitaria mundial con el fin de aprovechar su apoyo en el cumplimiento del mandato de la Organización.

(**PROPUESTA DE LA PRESIDENTA:** MANTENER EL PÁRRAFO)

2. La presente política regula específicamente la colaboración de la OMS con las instituciones académicas en función del tipo de interacción.[1] Las disposiciones genéricas del marco se aplican también a todas las colaboraciones con las instituciones académicas.

3. Hay que distinguir la colaboración con las instituciones académicas a escala institucional de la colaboración a título personal con los expertos que trabajan para las instituciones académicas.

[1] Para una descripción de los cinco tipos de interacción, véanse los párrafos 15 a 21 del marco general.

## PARTICIPACIÓN

### Participación de instituciones académicas en las reuniones de la OMS

4. La OMS puede invitar a las instituciones académicas a participar en consultas, audiencias y otras reuniones de conformidad con el párrafo 16 del marco general. Las consultas y audiencias pueden ser electrónicas o presenciales.

5. La participación en otras reuniones se producirá en relación con el examen de un punto del orden del día en el que la institución académica de que se trate tenga un interés particular y cuando su participación agregue valor a las deliberaciones de la reunión. Dicha participación podrá servir también para intercambiar información y opiniones, pero en ningún caso para proporcionar asesoramiento.

5*bis*. La naturaleza de la participación de las instituciones académicas depende del tipo de reunión de que se trate. El formato, las modalidades y la participación de instituciones académicas en consultas, audiencias y otras reuniones lo decide caso por caso el órgano deliberante o la Secretaría de la OMS. La participación y las aportaciones de las instituciones académicas se harán públicas en la medida de lo posible. Las instituciones académicas no intervienen en ningún proceso de adopción de decisiones de la Organización.

### Participación de la Secretaría en reuniones organizadas por instituciones académicas

6. La OMS puede organizar reuniones conjuntas o copatrocinar reuniones organizadas por instituciones académicas siempre que se respete la integridad, la independencia y la reputación de la Organización y que esa participación promueva los objetivos de la OMS consignados en el Programa General de Trabajo. Los funcionarios de la OMS pueden participar en reuniones organizadas por instituciones académicas de conformidad con la reglamentación interna de la Organización. La institución académica no tergiversará la participación de la OMS presentándola como un apoyo o respaldo oficial de la OMS a la reunión y convendrá en no utilizar la participación de la OMS con fines publicitarios.

*Procedimientos operativos*

7. La participación de la OMS en reuniones organizadas por instituciones académicas en calidad de coorganizadora, copatrocinadora, miembro de mesas redondas u oradora se gestionará de conformidad con las disposiciones establecidas en el marco para la colaboración con agentes no estatales.

## RECURSOS

8. La OMS puede aceptar fondos, personal y contribuciones en especie procedentes de instituciones académicas siempre y cuando las contribuciones se enmarquen en el Programa General de Trabajo de la OMS, no provoquen conflictos de intereses, se gestionen de conformidad con el marco y se ajusten a los demás reglamentos, normas y políticas pertinentes de la OMS.

MANTENER EL TEXTO; AÑADIR UNA NOTA A PIE DE PÁGINA TRAS LA PALABRA «PERSONAL»: Las contribuciones de personal solo se podrán aceptar para asignaciones por corto plazo que no conlleven trabajo normativo y siempre que los posibles riesgos se gestionen de conformidad con este marco.

9. La OMS puede proporcionar recursos a instituciones académicas para la realización de una actividad en particular (por ejemplo, una investigación, un ensayo clínico, una actividad de laboratorio o la preparación de un documento). Dicha actividad puede enmarcarse bien en un proyecto de la institu-

ción que en opinión de la OMS merezca ese apoyo y sea congruente con el programa de trabajo de la OMS, bien en un proyecto organizado o coordinado por la OMS. En el primer caso se trataría de una subvención, y en el segundo de un servicio.

*Políticas y procedimientos operativos específicos*

10. La aceptación de cualquier recurso procedente de una institución académica se tramitará de conformidad con las disposiciones del presente marco y otras normas pertinentes como el Estatuto del Personal y el Reglamento de Personal, el Reglamento Financiero y las Normas de Gestión Financiera y las políticas de la OMS que rigen las adquisiciones.

11. En aras de la transparencia, la OMS tiene que agradecer públicamente las contribuciones recibidas de instituciones académicas, de conformidad con las políticas y prácticas de la Organización.

12. En general, las notas de agradecimiento se redactarán como sigue: «La Organización Mundial de la Salud da las gracias a [la institución académica] por su contribución financiera a [descripción del resultado o la actividad]».

13. Las contribuciones procedentes de instituciones académicas se enumeran en el informe financiero y los estados financieros comprobados de la OMS, así como en el portal web del presupuesto por programas y en el registro OMS de agentes no estatales.

14. Las instituciones académicas no podrán utilizar los resultados de las actividades de la OMS con fines comerciales ni mencionar en sus materiales promocionales el hecho de haber realizado una contribución. Sin embargo, podrán aludir a la contribución en sus informes anuales o documentos similares. Además, podrán mencionar la contribución dentro de la información contenida en sus sitios web a efectos de transparencia, en las páginas especiales de sus sitios web que no tengan carácter publicitario y en publicaciones similares, siempre y cuando el contenido y el contexto hayan sido acordados con la OMS.

## DATOS PROBATORIOS

15. Las instituciones académicas pueden proporcionar información y conocimientos actualizados sobre cuestiones técnicas y compartir su experiencia con la OMS, según proceda, con arreglo a las disposiciones del marco general y, específicamente, de esta política y procedimientos operativos y de otras normas, políticas y procedimientos aplicables de la OMS. Dicha contribución se deberá hacer pública, según proceda, siempre que sea posible. Los datos científicos generados se deberían difundir públicamente.

16. La propiedad intelectual que se derive de la colaboración con una institución académica se regulará en el acuerdo concertado con la institución académica en cuestión. El asunto se abordará en consulta con la Oficina del Asesor Jurídico.

## PROMOCIÓN

17. La OMS colabora con instituciones académicas en la promoción de la salud, el aumento de la sensibilización acerca de las cuestiones de salud, la modificación de los comportamientos en provecho de la salud pública, y el fomento de la colaboración y una mayor coherencia entre los agentes no estatales en los casos en que se precisa una acción conjunta. La OMS favorece las funciones de seguimiento independiente y, por consiguiente, colabora con las instituciones académicas que operan en esta esfera. Se alienta a las instituciones académicas a que, por conducto de sus redes, difundan las

políticas, directrices, normas, reglamentaciones y otros instrumentos de la OMS, con el fin de aumentar el radio de alcance de la Organización.

## COLABORACIÓN TÉCNICA

18. Se alienta a la Secretaría a realizar colaboraciones técnicas con las instituciones académicas, a condición de que favorezcan los intereses de la Organización y se gestionen de conformidad con el marco para la colaboración con agentes no estatales.

19. Las colaboraciones científicas se regulan en el Reglamento de los grupos de estudio y grupos científicos, instituciones y otros mecanismos de colaboración.[1]

20. Las instituciones académicas o algunas de sus partes podrán ser designadas centros colaboradores de la OMS de conformidad con ese Reglamento. En este contexto, antes de otorgar la condición de centro colaborador de la OMS, se aplicará la diligencia debida y se realizará una evaluación de riesgos de conformidad con el presente marco. La colaboración con esos centros colaboradores se rige por el mencionado Reglamento y se plasma en el registro OMS de agentes no estatales.

(Novena sesión plenaria, 26 de mayo de 2015 -
Comisión A, sexto informe)

## WHA68.10 Informe financiero y estados financieros comprobados correspondientes al año terminado el 31 de diciembre de 2014

La 68.ª Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe financiero y los estados financieros comprobados correspondientes al año terminado el 31 de diciembre de 2014;[2]

Habiendo tomado nota del informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 68.ª Asamblea Mundial de la Salud,[3]

ACEPTA el informe financiero y los estados financieros comprobados correspondientes al año terminado el 31 de diciembre de 2014 de la Directora General.

(Novena sesión plenaria, 26 de mayo de 2015 -
Comisión B, segundo informe)

---

[1] *Documentos básicos*, 48.ª ed. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2014, págs. 140-148.

[2] Documentos A68/38 y A68/INF./1.

[3] Documento A68/57.

## WHA68.11 Estado de la recaudación de las contribuciones señaladas, y Estados Miembros con atrasos de contribuciones de importancia bastante para que esté justificado aplicar el Artículo 7 de la Constitución

La 68.ª Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado los informes sobre el estado de la recaudación de las contribuciones señaladas y sobre los Estados Miembros con atrasos de contribuciones de importancia bastante para que esté justificado aplicar el Artículo 7 de la Constitución, así como los arreglos especiales para el pago de los atrasos;[1]

Observando que en el momento de la apertura de la 68.ª Asamblea Mundial de la Salud estaban suspendidos los derechos de voto de las Comoras, Guinea-Bissau, la República Centroafricana, Somalia y Ucrania, y que dicha suspensión seguirá vigente hasta que los atrasos de esos Miembros se hayan reducido, en la actual Asamblea de la Salud o en otras futuras, a un nivel inferior al que justifica la aplicación del Artículo 7 de la Constitución;

Observando que, en el momento de la apertura de la 68.ª Asamblea Mundial de la Salud, Cabo Verde, el Camerún, Guinea, Haití, Kirguistán, Timor-Leste y el Yemen tenían atrasos de importancia bastante para que, según lo dispuesto en el Artículo 7 de la Constitución, la Asamblea de la Salud debiera examinar la procedencia de suspender los derechos de voto de esos países: los de Kirguistán en la fecha de apertura de la 68.ª Asamblea Mundial de la Salud, y los de los otros seis Estados Miembros mencionados en la fecha de apertura de la 69.ª Asamblea Mundial de la Salud,

DECIDE:

1) que, de acuerdo con la declaración de principios adoptada en la resolución WHA41.7, si en el momento de la apertura de la 69.ª Asamblea Mundial de la Salud, Cabo Verde, el Camerún, Guinea, Haití, Timor-Leste y el Yemen todavía tienen atrasos de contribuciones de importancia bastante para que esté justificada la aplicación del Artículo 7 de la Constitución, se les suspenderán los derechos de voto a partir de dicha apertura; y que, de acuerdo con la resolución WHA61.8, si en el momento de la apertura de la 68.ª Asamblea Mundial de la Salud, Kirguistán todavía tuviera atrasos en el pago de su contribución, se le suspenderá automáticamente su derecho de voto;

2) que toda suspensión que entre en vigor en virtud de lo dispuesto en el párrafo 1) *supra* se mantendrá en la 69.ª Asamblea Mundial de la Salud y en las Asambleas de la Salud subsiguientes hasta que los atrasos de Cabo Verde, el Camerún, Guinea, Haití, Kirguistán, Timor-Leste y el Yemen se hayan reducido a un nivel inferior al que justifica la aplicación del Artículo 7 de la Constitución;

3) que esta decisión se aplique sin perjuicio del derecho que asiste a todo Miembro de pedir el restablecimiento de su derecho de voto de conformidad con el Artículo 7 de la Constitución.

(Novena sesión plenaria, 26 de mayo 2015 -
Comisión B, segundo informe)

[1] Documentos A68/39 y A68/58.

## WHA68.12 Escala de contribuciones para 2016-2017

La 68.ª Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe sobre la escala de contribuciones para 2016-2017,[1]

ADOPTA la escala de contribuciones de los Miembros y Miembros Asociados para el bienio 2016-2017 que figura a continuación.

| Miembros y Miembros Asociados | Escala de la OMS para 2016-2017 % |
|---|---|
| Afganistán | 0,0050 |
| Albania | 0,0100 |
| Alemania | 7,1416 |
| Andorra | 0,0080 |
| Angola | 0,0100 |
| Antigua y Barbuda | 0,0020 |
| Arabia Saudita | 0,8641 |
| Argelia | 0,1370 |
| Argentina | 0,4320 |
| Armenia | 0,0070 |
| Australia | 2,0741 |
| Austria | 0,7981 |
| Azerbaiyán | 0,0400 |
| Bahamas | 0,0170 |
| Bahrein | 0,0390 |
| Bangladesh | 0,0100 |
| Barbados | 0,0080 |
| Belarús | 0,0560 |
| Bélgica | 0,9981 |
| Belice | 0,0010 |
| Benin | 0,0030 |
| Bhután | 0,0010 |
| Bolivia (Estado Plurinacional de) | 0,0090 |
| Bosnia y Herzegovina | 0,0170 |
| Botswana | 0,0170 |
| Brasil | 2,9342 |
| Brunei Darussalam | 0,0260 |
| Bulgaria | 0,0470 |
| Burkina Faso | 0,0030 |
| Burundi | 0,0010 |
| Cabo Verde | 0,0010 |
| Camboya | 0,0040 |
| Camerún | 0,0120 |
| Canadá | 2,9842 |

[1] Documento A68/40.

| Miembros y Miembros Asociados | Escala de la OMS para 2016-2017 % |
|---|---|
| Chad | 0,0020 |
| Chile | 0,3340 |
| China | 5,1484 |
| Chipre | 0,0470 |
| Colombia | 0,2590 |
| Comoras | 0,0010 |
| Congo | 0,0050 |
| Costa Rica | 0,0380 |
| Côte d'Ivoire | 0,0110 |
| Croacia | 0,1260 |
| Cuba | 0,0690 |
| Dinamarca | 0,6750 |
| Djibouti | 0,0010 |
| Dominica | 0,0010 |
| Ecuador | 0,0440 |
| Egipto | 0,1340 |
| El Salvador | 0,0160 |
| Emiratos Árabes Unidos | 0,5950 |
| Eritrea | 0,0010 |
| Eslovaquia | 0,1710 |
| Eslovenia | 0,1000 |
| España | 2,9732 |
| Estados Unidos de América | 22,0000 |
| Estonia | 0,0400 |
| Etiopía | 0,0100 |
| Ex República Yugoslava de Macedonia | 0,0080 |
| Federación de Rusia | 2,4382 |
| Fiji | 0,0030 |
| Filipinas | 0,1540 |
| Finlandia | 0,5190 |
| Francia | 5,5935 |
| Gabón | 0,0200 |
| Gambia | 0,0010 |
| Georgia | 0,0070 |
| Ghana | 0,0140 |
| Granada | 0,0010 |
| Grecia | 0,6380 |
| Guatemala | 0,0270 |
| Guinea | 0,0010 |
| Guinea-Bissau | 0,0010 |
| Guinea Ecuatorial | 0,0100 |
| Guyana | 0,0010 |
| Haití | 0,0030 |
| Honduras | 0,0080 |
| Hungría | 0,2660 |
| India | 0,6660 |
| Indonesia | 0,3460 |

| Miembros y Miembros Asociados | Escala de la OMS para 2016-2017 % |
|---|---|
| Irán (República Islámica del) | 0,3560 |
| Iraq | 0,0680 |
| Irlanda | 0,4180 |
| Islandia | 0,0270 |
| Islas Cook | 0,0010 |
| Islas Marshall | 0,0010 |
| Islas Salomón | 0,0010 |
| Israel | 0,3960 |
| Italia | 4,4483 |
| Jamaica | 0,0110 |
| Japón | 10,8338 |
| Jordania | 0,0220 |
| Kazajstán | 0,1210 |
| Kenya | 0,0130 |
| Kirguistán | 0,0020 |
| Kiribati | 0,0010 |
| Kuwait | 0,2730 |
| Lesotho | 0,0010 |
| Letonia | 0,0470 |
| Líbano | 0,0420 |
| Liberia | 0,0010 |
| Libia | 0,1420 |
| Lituania | 0,0730 |
| Luxemburgo | 0,0810 |
| Madagascar | 0,0030 |
| Malasia | 0,2810 |
| Malawi | 0,0020 |
| Maldivas | 0,0010 |
| Malí | 0,0040 |
| Malta | 0,0160 |
| Marruecos | 0,0620 |
| Mauricio | 0,0130 |
| Mauritania | 0,0020 |
| México | 1,8421 |
| Micronesia (Estados Federados de) | 0,0010 |
| Mónaco | 0,0120 |
| Mongolia | 0,0030 |
| Montenegro | 0,0050 |
| Mozambique | 0,0030 |
| Myanmar | 0,0100 |
| Namibia | 0,0100 |
| Nauru | 0,0010 |
| Nepal | 0,0060 |
| Nicaragua | 0,0030 |
| Níger | 0,0020 |
| Nigeria | 0,0900 |
| Niue | 0,0010 |

| Miembros y Miembros Asociados | Escala de la OMS para 2016-2017 % |
|---|---|
| Noruega | 0,8511 |
| Nueva Zelandia | 0,2530 |
| Omán | 0,1020 |
| Países Bajos | 1,6541 |
| Pakistán | 0,0850 |
| Palau | 0,0010 |
| Panamá | 0,0260 |
| Papua Nueva Guinea | 0,0040 |
| Paraguay | 0,0100 |
| Perú | 0,1170 |
| Polonia | 0,9211 |
| Portugal | 0,4740 |
| Puerto Rico | 0,0010 |
| Qatar | 0,2090 |
| Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte | 5,1794 |
| República Árabe Siria | 0,0360 |
| República Centroafricana | 0,0010 |
| República Checa | 0,3860 |
| República de Corea | 1,9941 |
| República Democrática del Congo | 0,0030 |
| República Democrática Popular Lao | 0,0020 |
| República de Moldova | 0,0030 |
| República Dominicana | 0,0450 |
| República Popular Democrática de Corea | 0,0060 |
| República Unida de Tanzanía | 0,0090 |
| Rumania | 0,2260 |
| Rwanda | 0,0020 |
| Saint Kitts y Nevis | 0,0010 |
| Samoa | 0,0010 |
| San Marino | 0,0030 |
| Santa Lucía | 0,0010 |
| Santo Tomé y Príncipe | 0,0010 |
| San Vicente y las Granadinas | 0,0010 |
| Senegal | 0,0060 |
| Serbia | 0,0400 |
| Seychelles | 0,0010 |
| Sierra Leona | 0,0010 |
| Singapur | 0,3840 |
| Somalia | 0,0010 |
| Sri Lanka | 0,0250 |
| Sudáfrica | 0,3720 |
| Sudán | 0,0100 |
| Sudán del Sur | 0,0040 |
| Suecia | 0,9601 |
| Suiza | 1,0471 |
| Suriname | 0,0040 |
| Swazilandia | 0,0030 |

| Miembros y Miembros Asociados | Escala de la OMS para 2016-2017 % |
|---|---|
| Tailandia | 0,2390 |
| Tayikistán | 0,0030 |
| Timor-Leste | 0,0020 |
| Togo | 0,0010 |
| Tokelau | 0,0010 |
| Tonga | 0,0010 |
| Trinidad y Tabago | 0,0440 |
| Túnez | 0,0360 |
| Turkmenistán | 0,0190 |
| Turquía | 1,3281 |
| Tuvalu | 0,0010 |
| Ucrania | 0,0990 |
| Uganda | 0,0060 |
| Uruguay | 0,0520 |
| Uzbekistán | 0,0150 |
| Vanuatu | 0,0010 |
| Venezuela (República Bolivariana de) | 0,6270 |
| Viet Nam | 0,0420 |
| Yemen | 0,0100 |
| Zambia | 0,0060 |
| Zimbabwe | 0,0020 |
| **Total** | **100,0000** |

(Novena sesión plenaria, 26 de mayo de 2015 - Comisión B, segundo informe)

## WHA68.13 Informe del Comisario de Cuentas

La 68.ª Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe del Comisario de Cuentas a la 68.ª Asamblea Mundial de la Salud;[1]

Habiendo tomado nota del informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 68.ª Asamblea Mundial de la Salud,[2]

[1] Documento A68/41.

[2] Documento A68/59.

ACEPTA el informe del Comisario de Cuentas a la 68.ª Asamblea Mundial de la Salud.

(Novena sesión plenaria, 26 de mayo de 2015 -
Comisión B, segundo informe)

## WHA68.14 Nombramiento de Comisario de Cuentas

La 68.ª Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe sobre el nombramiento de Comisario de Cuentas,[1]

RESUELVE que el Presidente de la Comisión de Auditoría de la República de Filipinas sea nombrado Comisario de Cuentas de la Organización Mundial de la Salud para un periodo cuadrienal de 2016 a 2019, y que practique sus intervenciones de conformidad con los principios enunciados en el artículo XIV y en el apéndice del Reglamento Financiero, en el entendimiento de que, en caso necesario, nombrará a un representante para que actúe en su ausencia.

(Novena sesión plenaria, 26 de mayo de 2015 -
Comisión B, segundo informe)

## WHA68.15 Fortalecimiento de la atención quirúrgica esencial y de emergencia, y de la anestesia, como componentes de la cobertura sanitaria universal[2]

La 68.ª Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe sobre el fortalecimiento de la atención quirúrgica esencial y de emergencia, y de la anestesia, como componentes de la cobertura sanitaria universal;[3]

Reconociendo que cada año se realizan en todo el mundo más de 234 millones de intervenciones quirúrgicas para una amplia gama de afecciones comunes que requieren tratamiento quirúrgico y afectan a todos los grupos de edad —como el parto obstruido, los defectos congénitos, las cataratas, el cáncer, la diabetes, las afecciones abdominales agudas y las quemaduras y lesiones debidas a accidentes domésticos, laborales y de tránsito—, y que se prevé que las afecciones en las que la cirugía es una de las principales soluciones clínicas sean cada vez más frecuentes en los próximos años;

Observando que muchas enfermedades que pueden tratarse quirúrgicamente se encuentran entre las 15 causas principales de discapacidad física en todo el mundo, y de que el 11% de la carga mundial de morbilidad se debe a afecciones que pueden tratarse eficazmente mediante cirugía, siendo los países de ingresos bajos y medianos los más afectados;

Reconociendo que cada año más de 100 millones de personas de todo el mundo sufren traumatismos y más de cinco millones de personas mueren por causa de la violencia y los traumatismos, y

[1] Documento A68/43.

[2] En el anexo 8 se exponen las repercusiones financieras y adminstrativas de esta resolución para la Secretaría.

[3] Documento A68/31.

que el 90% de la carga mundial de mortalidad debida a la violencia y los traumatismos se registra en países de ingresos bajos y medianos;

Observando que más de 289 000 mujeres mueren cada año al dar a luz y que alrededor de una cuarta parte de las muertes maternas y de las muertes y discapacidades de lactantes provocadas por la obstrucción del parto, hemorragias o infecciones podrían evitarse si se dispusiera universalmente de servicios quirúrgicos y anestésicos seguros;

Tomando nota también de que la prestación sostenible de atención quirúrgica esencial y de emergencia y de servicios de anestesia es una parte fundamental del sistema integrado de atención primaria de salud, reduce la mortalidad y la discapacidad, disminuye el número de muertes provocadas por defectos congénitos y previene otros resultados sanitarios adversos derivados de la carga de traumatismos y enfermedades no transmisibles;

Observando asimismo la importancia de la atención quirúrgica esencial y de emergencia y de los servicios de anestesia para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud y de las metas pendientes de la agenda para después de 2015, en particular la cobertura sanitaria universal;

Reconociendo la importancia de la derivación en tiempo oportuno y de la existencia de normas y protocolos, como los establecidos en la herramienta de la OMS de gestión integrada de la atención quirúrgica esencial y de emergencia, para la continuidad asistencial, y recordando que en la resolución WHA55.18, titulada «Calidad de la atención: seguridad del paciente», se insta a los Estados Miembros a que establezcan y consoliden sistemas de base científica, que son necesarios para mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención sanitaria, en particular la vigilancia de los medicamentos, el equipo médico y la tecnología;

Reconociendo también que la atención quirúrgica esencial y de emergencia y la anestesia son servicios que, pese a ser eficaces y económicos, están desatendidos y se podrían añadir al conjunto básico de servicios sanitarios, y que el fortalecimiento de la capacidad quirúrgica esencial y de emergencia y los servicios de anestesia, especialmente en los hospitales de derivación de primer nivel, constituye una solución altamente costoeficaz para la carga mundial de morbilidad;

Observando la importancia de la analgesia en la cirugía y la anestesia; que una gran parte de la población mundial tiene un acceso limitado a los analgésicos opioides para aliviar el dolor; que frecuentemente los pacientes con dolor moderado o fuerte no reciben el tratamiento que necesitan; que 5500 millones de personas (el 83% de la población mundial) viven en países con un acceso escaso o inexistente a los analgésicos; que 250 millones (4%) tienen un acceso moderado; que 460 millones (7%) tienen un acceso adecuado; y que no se dispone de datos suficientes sobre el acceso a los analgésicos para 430 millones de personas (7%);

Reconociendo que en varios países se han aplicado con éxito políticas y reglamentaciones equilibradas para mejorar el acceso a los medicamentos fiscalizados y, al mismo tiempo, prevenir su uso ilícito;

Destacando la necesidad de que los Estados Miembros,[1] con el apoyo de la Secretaría, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito y la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes, se aseguren de que los esfuerzos para prevenir el desvío y el abuso de estupefacientes y sustancias sicotrópicas sometidos a fiscalización internacional que se realicen en el marco de los trata-

[1] Y, cuando proceda, las organizaciones de integración económica regional.

dos de las Naciones Unidas sobre fiscalización internacional de drogas no conlleven el establecimiento de obstáculos normativos inapropiados para el acceso médico a dichos medicamentos;[1]

Recordando que en la resolución WHA56.24 sobre la aplicación de las recomendaciones del *Informe mundial sobre la violencia y la salud* se pedía a la Directora General que prestara apoyo técnico para reforzar los servicios de atención psicológica y médica destinados a los supervivientes o víctimas de actos violentos, y que en la resolución WHA57.10 sobre seguridad vial y salud se recomendaba a los Estados Miembros que reforzaran los servicios de emergencia y de rehabilitación para las víctimas de traumatismos por accidentes de tránsito;

Reconociendo que el 15% de la población mundial vive con una discapacidad, y recordando que en la resolución WHA58.23 sobre la discapacidad, incluidos la prevención, el tratamiento y la rehabilitación, se instaba a los Estados Miembros a que promoviesen la intervención temprana y adoptasen las medidas necesarias para reducir los factores de riesgo que contribuyen a la discapacidad, especialmente durante el embarazo y la infancia, y a que pusieran en práctica las medidas más eficaces para prevenir las discapacidades, incluidas las intervenciones quirúrgicas oportunas y eficaces que sean necesarias;

Consciente de la importancia fundamental del fortalecimiento de los sistemas de salud para brindar acceso a una atención quirúrgica esencial y de emergencia y a servicios de anestesia que sean seguros, eficaces, asequibles y de calidad, y recordando la resolución WHA60.22, titulada «Sistemas de salud: sistemas de atención de emergencia», en la que se reconocía que la mejora de la organización y la planificación de la prestación de atención traumatológica y de emergencia, incluida la cirugía, forma parte esencial de la prestación integrada de atención de salud;

Recordando también la resolución WHA64.6 sobre el fortalecimiento del personal sanitario, en la que se insta a los Estados Miembros[1] a que den prioridad, en el marco de la situación económica mundial, al gasto sanitario en el sector público, según corresponda, para velar por que haya suficientes recursos financieros para ejecutar las políticas y estrategias dirigidas a ampliar y conservar al personal sanitario, particularmente en los países en desarrollo, y a reconocer que esta es una inversión en la salud de la población que contribuye al desarrollo social y económico, incluido el acceso a la atención quirúrgica esencial y de emergencia y a los servicios de anestesia;

Recordando asimismo la resolución WHA66.10 sobre el seguimiento de la Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles, en la que se pide que se adopten medidas para prevenir y controlar las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y las enfermedades respiratorias crónicas, y observando la importante función que desempeña la atención quirúrgica para diagnosticar, tratar y curar una parte considerable de estas enfermedades;

Consciente de la importancia fundamental del acceso a agentes antimicrobianos eficaces y de su uso responsable para la seguridad de las intervenciones quirúrgicas, y recordando la resolución WHA67.25 sobre la resistencia a los antimicrobianos, en la que se insta a los Estados Miembros[2] a que adopten medidas urgentes para luchar contra la resistencia a los antimicrobianos;

Recordando la resolución WHA67.19 sobre el fortalecimiento de los cuidados paliativos como parte del tratamiento integral a lo largo de la vida, en la que se insta a los Estados Miembros[2] a promover fórmulas de colaboración que permitan garantizar un abastecimiento adecuado de medicamentos esen-

---

[1] Véase la resolución WHA67.19.

[2] Y, cuando proceda, las organizaciones de integración económica regional.

ciales para la asistencia paliativa, y se pide a la Directora General que estudie posibles opciones para aumentar la disponibilidad y accesibilidad de los medicamentos utilizados en los servicios de cuidados paliativos mediante la celebración de consultas con los Estados Miembros, con las redes pertinentes y con la sociedad civil, así como con otros interesados directos internacionales, según proceda;

Reconociendo la labor ya realizada por la Iniciativa Mundial de la OMS para la Atención de Emergencia y Quirúrgica Esencial en el programa de la OMS para la Atención de Emergencia y Quirúrgica Esencial, la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente y el segundo reto mundial de la Alianza por la seguridad del paciente: la cirugía segura salva vidas;

Preocupada por que la insuficiente inversión en la infraestructura de los sistemas de salud, la formación inadecuada del personal sanitario dedicado a la atención quirúrgica y la ausencia de un suministro estable de equipo y artículos de primera necesidad quirúrgicos en muchos países impiden el progreso en la mejora de la prestación de atención quirúrgica esencial y de emergencia y de servicios de anestesia;

Reconociendo que se necesitan medidas pertinentes, adecuadas y fiables que garanticen la seguridad de la cirugía esencial y de emergencia y de los servicios de anestesia para su evaluación y seguimiento, y con objeto de fomentar el apoyo político y público;

Reconociendo que muchos países no pueden cumplir el umbral de 2,28 profesionales sanitarios cualificados por cada 1000 habitantes, y que muchos procedimientos quirúrgicos, como suturas básicas, episiotomías y drenaje de abscesos, pueden ser realizados satisfactoriamente por otros profesionales sanitarios capacitados por medio de la distribución de tareas en los ámbitos de distrito y subdistrito;[1]

Considerando que se necesitan esfuerzos adicionales en todo el mundo para fortalecer la prestación de atención quirúrgica esencial y de emergencia y los servicios de anestesia con objeto de asegurar una atención oportuna y efectiva a quienes la necesiten en el contexto general del sistema de salud, y las iniciativas conexas para la salud y la promoción de la salud,

1. INSTA a los Estados Miembros:[2]

1) a determinar y ordenar por prioridades un conjunto básico de servicios quirúrgicos esenciales y de emergencia y de servicios de anestesia en el ámbito de la atención primaria de salud y de los hospitales de primera derivación, y a formular métodos y sistemas de financiación para que tengan acceso a servicios quirúrgicos esenciales y de emergencia, y a servicios de anestesia, de calidad, seguros, efectivos y asequibles todas las personas que los necesiten, además de promover la derivación oportuna y un uso más efectivo del personal sanitario por medio de la distribución de tareas, según proceda, en el marco de una red integrada de atención quirúrgica con objeto de alcanzar la cobertura sanitaria universal;

2) a integrar la atención quirúrgica esencial y de emergencia y los servicios de anestesia en los centros de atención primaria de salud y los hospitales de primera derivación, y a fomentar la capacidad quirúrgica esencial y de emergencia y de servicios de anestesia como componentes integrales para alcanzar la cobertura sanitaria universal;

---

[1] Informe sobre la salud en el mundo 2006. *Colaboremos por la salud*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2006.

[2] Y, cuando proceda, las organizaciones de integración económica regional.

3) a fomentar la prestación de atención quirúrgica esencial y de emergencia y de servicios de anestesia y a velar por que los ministerios de salud asuman una función de liderazgo en el examen y el fortalecimiento de la prestación de dicha atención, y por que se disponga de mecanismos de coordinación intersectorial, en particular entre todos los proveedores de atención de salud, para dicho examen y fortalecimiento;

4) a fomentar el acceso a medicamentos esenciales, así como a medicamentos fiscalizados, antibióticos, dispositivos médicos y medios diagnósticos utilizados en anestesiología y cirugía, que sean de calidad, seguros, eficaces y asequibles, que se utilicen de forma responsable y adecuada y que estén en consonancia con las directrices de la OMS;

5) a efectuar un seguimiento y evaluación periódicos de la capacidad de los centros de atención de salud para prestar servicios quirúrgicos esenciales y de emergencia y servicios de anestesia con objeto de determinar las necesidades infraestructurales, de recursos humanos y de formación y suministro desatendidas;

6) a recabar y compilar datos sobre el número, tipo e indicaciones de los procedimientos quirúrgicos realizados, las derivaciones y la mortalidad perioperatoria en sus respectivos países, y a difundir esos datos, según proceda;

7) a fortalecer la prevención y el control de las infecciones como elemento fundamental para garantizar la calidad y la seguridad de la atención quirúrgica esencial y de emergencia y de los servicios de anestesia;

8) a formular y aplicar políticas relativas a la atención quirúrgica y los servicios de anestesia con objeto de asegurar unas normas mínimas para disponer de personal cualificado, equipo, infraestructuras y suministros adecuados, y para la documentación, seguimiento y evaluación del acceso a los servicios y su calidad, a fin de que se integren en los programas y la legislación a partir de los conocimientos actuales y las consideraciones para promocionar el derecho al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr;

9) a velar por que las competencias básicas adecuadas formen parte de los planes de estudio sanitarios correspondientes, la formación y la educación de estudiantes procedentes de diversas disciplinas pertinentes tales como la medicina, la enfermería o la obstetricia y otros proveedores de atención quirúrgica, así como de la formación continua de los profesionales que intervienen en la prestación de atención quirúrgica y de los servicios de anestesia;

2. PIDE a la Directora General:

1) que promueva las redes y alianzas multisectoriales, las políticas multidisciplinares y los planes de acción, y que apoye los esfuerzos en el ámbito nacional, regional y mundial por formular enfoques de base científica para la prevención, el examen y la aplicación de atención quirúrgica esencial y de emergencia y de servicios de anestesia, y por mejorar los programas de enseñanza y formación;

2) que facilite la colaboración entre los Estados Miembros[1] a fin de que difundan e intercambien información, conocimientos prácticos y tecnologías esenciales para fortalecer los servicios de cirugía y anestesia;

[1] Y, cuando proceda, las organizaciones de integración económica regional.

3) que dé a conocer más ampliamente las opciones costoeficaces para reducir la morbilidad y la mortalidad y prevenir o tratar la incapacidad o la deformidad a través de una mejor organización y planificación de la prestación de atención quirúrgica y de servicios de anestesia que sea adecuada para entornos con recursos limitados, y que siga organizando reuniones periódicas de expertos para fomentar el intercambio técnico y crear capacidad en este ámbito;

4) que establezca mecanismos para recopilar datos de diferentes servicios de cirugía esenciales y de emergencia y de servicios de anestesia con objeto de potenciar la comprensión de las necesidades desatendidas y mejorar la capacidad mundial de servicios de cirugía y anestesia en el contexto de la cobertura sanitaria universal;

5) que proyecte medidas pertinentes, adecuadas y fiables para garantizar el acceso a servicios quirúrgicos y anestésicos esenciales y de emergencia, y su seguridad; que facilite los medios para ajustar los indicadores en función de los riesgos, como la tasa de mortalidad perioperatoria; y que vele por que se presenten informes sobre esas medidas y se efectúen evaluaciones comparativas al respecto;

6) que recoja y evalúe datos sobre los costos conexos de prestar atención quirúrgica esencial y de emergencia y servicios anestésicos, así como sobre las repercusiones económicas de su disponibilidad, y que presente informes al respecto;

7) que apoye a los Estados Miembros[1] en la elaboración y aplicación de políticas y reglas para garantizar el acceso a medicamentos esenciales de calidad, seguros, eficaces y asequibles, así como a los medicamentos fiscalizados para tratar el dolor, los dispositivos médicos y los medios diagnósticos que se utilizan en la atención quirúrgica esencial y de emergencia y en los servicios de anestesia;

8) que siga prestando apoyo a los Estados Miembros, por conducto del programa de la OMS para el acceso a medicamentos fiscalizados, en la revisión y mejora de las legislaciones y políticas nacionales, con objeto de asegurar un justo equilibrio entre la prevención del uso indebido, la desviación y el tráfico ilícito de sustancias fiscalizadas y la garantía de un acceso apropiado a los medicamentos fiscalizados, de conformidad con los tratados de las Naciones Unidas sobre fiscalización internacional de drogas;

9) que colabore con la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, los ministerios de salud y otras instancias competentes en el ámbito mundial, regional y nacional con el fin de promover la disponibilidad y el control equilibrado de los medicamentos fiscalizados utilizados para la atención quirúrgica esencial y de emergencia y los servicios de anestesia;

10) que siga cooperando con la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes para ayudar a los Estados Miembros[1] a establecer estimaciones precisas que permitan asegurar la disponibilidad de medicamentos para la atención quirúrgica esencial y de emergencia y los servicios de anestesia, entre otras cosas mediante una aplicación más eficiente de las orientaciones para estimar las necesidades de sustancias sometidas a fiscalización internacional;

11) que apoye a los Estados Miembros[1] a poner en marcha políticas y estrategias para potenciar las competencias del personal sanitario pertinente en la atención quirúrgica esencial y de emergencia y en los servicios de anestesia, especialmente en el ámbito de la atención primaria de salud y de los hospitales de primera derivación;

[1] Y, cuando proceda, las organizaciones de integración económica regional.

12) que reserve recursos suficientes para la Secretaría, en consonancia con el presupuesto por programas 2016-2017 aprobado y el Duodécimo Programa General de Trabajo, 2014-2019, para fortalecer la atención quirúrgica esencial y de emergencia y los servicios de anestesia como componentes de la cobertura sanitaria universal;

13) que colabore con los Estados Miembros y otros asociados pertinentes en la elaboración de estrategias que ayuden a los Estados Miembros a movilizar los recursos adecuados para lograr los objetivos de fortalecer la atención quirúrgica esencial y de emergencia y los servicios de anestesia como componentes de la cobertura sanitaria universal;

14) que informe a la 70.ª Asamblea Mundial de la Salud, en 2017, sobre los progresos realizados en la aplicación de la presente resolución.

(Novena sesión plenaria, 26 de mayo de 2015 -
Comisión B, tercer informe)

## WHA68.16 Sueldos de los titulares de puestos sin clasificar y de la Directora General

La 68.ª 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]

1. FIJA en US$ 174 371 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 sueldo neto modificado de US$ 135 560 (con familiares a cargo) o de US$ 122 754 (sin familiares a cargo);

2. FIJA en US$ 191 856 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$ 147 799 (con familiares a cargo) o de US$ 133 012 (sin familiares a cargo);

3. FIJA en US$ 235 889 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$ 178 622 (con familiares a cargo) o de US$ 158 850 (sin familiares a cargo);

4. DECIDE que todos esos ajustes salariales tengan efecto a partir del 1 de enero de 2015.

(Novena sesión plenaria, 26 de mayo de 2015 -
Comisión B, cuarto informe)

[1] Véase el documento EB136/2015/REC/1, resolución EB136.R12.

## WHA68.17 Modificaciones del Estatuto del Personal[1]

La 68.ª Asamblea Mundial de la Salud,

Tomando nota de las recomendaciones del Consejo Ejecutivo acerca del nombramiento, la transferencia, la reasignación y la promoción de funcionarios, y de la separación del servicio,[2]

1. ADOPTA las modificaciones propuestas de los párrafos 4.1, 4.2, 4.3, 4.4 y 9.2 del Estatuto del Personal;[3]

2. DECIDE que estas modificaciones tengan efecto en cuanto entre en vigor la política de movilidad de la Organización.

(Novena sesión plenaria, 26 de mayo de 2015 -
Comisión B, cuarto informe)

## WHA68.18 Estrategia mundial y plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual[4]

La 68.ª Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe de la Secretaría sobre la estrategia mundial y plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual;[5]

Habiendo examinado también las recomendaciones del Consejo Ejecutivo a la 68.ª Asamblea Mundial de la Salud que figuran en la decisión EB136(17);

Recordando las resoluciones WHA61.21 y WHA62.16 relativas a la estrategia mundial y plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual, cuya finalidad es promover una nueva manera de concebir la innovación y el acceso a los medicamentos, así como proporcionar, sobre la base de la recomendación formulada en el informe de la Comisión de Derechos de Propiedad Intelectual, Innovación y Salud Pública, un marco a plazo medio que ofrezca una base más sólida y sostenible para las actividades esenciales de investigación y desarrollo en materia de salud orientadas por las necesidades y centradas en las enfermedades que afectan de manera desproporcionada a los países en desarrollo, proponer prioridades y objetivos claros de investigación y desarrollo y estimar las necesidades de financiación en esta esfera;

Reconociendo el papel central que desempeña la estrategia mundial y plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual en la orientación y coordinación de las políticas y el programa de trabajo de la OMS en dichas esferas;

---

[1] En el anexo 8 se exponen las repercusiones financieras y adminstrativas de esta resolución para la Secretaría.

[2] Véase el documento EB136/2015/REC/1, resolución EB136.R15.

[3] Véase el anexo 4.

[4] En el anexo 8 se exponen las repercusiones financieras y adminstrativas de esta resolución para la Secretaría.

[5] Documento A68/35.

Acogiendo con beneplácito la resolución EBSS3.R1 titulada «Ebola: Extinción del brote actual, fortalecimiento de la preparación mundial y garantía de la capacidad de preparación y respuesta de la OMS ante futuros brotes y emergencias a gran escala con consecuencias sanitarias», en la que se reafirma la importancia de la estrategia mundial y plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual;

Preocupada por el ritmo de aplicación de la estrategia mundial y plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual por las partes interesadas, especificadas en el apéndice de la estrategia mundial y plan de acción,

1. DECIDE:

1) ampliar el calendario del plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual de 2015 a 2022;

2) prorrogar hasta 2018 el plazo del examen general de los elementos del programa de la estrategia mundial y plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual para determinar los logros y los desafíos pendientes y formular recomendaciones acerca de la labor futura, reconociendo que no se presentó a la Asamblea de la Salud en 2015, tal y como se pedía en la resolución WHA62.16;

3) realizar la evaluación completa y el examen general del programa de la estrategia mundial y plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual separadamente y de forma escalonada, tal y como se indica en el documento A68/35[1] y su anexo, en consulta con los Estados Miembros,[2] a reserva del procedimiento y las disposiciones que se indican *infra*;

2. PIDE a la Directora General:

1) que inicie, en consonancia con lo indicado en la política de evaluación de la OMS y guiándose por el manual de prácticas de evaluación de la OMS,[3] la evaluación completa de la aplicación de la estrategia mundial y plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual en junio de 2015, con arreglo al mandato que figura en el documento A68/35; que presente el informe inicial y las observaciones del grupo de gestión de la evaluación a la consideración del Consejo Ejecutivo en su 138.ª reunión, que se celebrará en enero de 2016; y que someta el informe final de la evaluación completa a la consideración de la 70.ª Asamblea Mundial de la Salud (2017) por conducto del Consejo Ejecutivo;

2) que establezca un grupo especial de gestión de la evaluación para proporcionar asistencia en la evaluación completa, el cual habrá de estar integrado por seis expertos externos independientes en el tema de la evaluación y dos expertos en evaluación del Grupo de Evaluación de las Naciones Unidas;

3) que seleccione a los seis expertos externos independientes en materia de evaluación en consonancia con lo indicado en las directrices para la selección de miembros de los grupos de gestión de la evaluación recogidas en el manual de prácticas de evaluación de la OMS, así como por medio de consultas con los directores regionales;

---

[1] Véase el anexo 5.

[2] Y, cuando proceda, las organizaciones de integración económica regional.

[3] WHO evaluation practice handbook. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2013.

4) que establezca un cuadro de 18 expertos teniendo en cuenta la paridad entre los sexos, la equidad en la representación regional, y la diversidad de competencias técnicas y conocimientos especializados para llevar a cabo el examen general del programa, con una gama amplia y equilibrada de conocimientos técnicos, experiencia práctica y antecedentes que abarquen los ocho elementos de la estrategia y plan de acción, y con inclusión de expertos de países desarrollados y en desarrollo;

5) que invite a los Estados miembros a proponer a expertos para la lista, en particular por conducto de los directores regionales, inmediatamente después de la 139.ª reunión del Consejo Ejecutivo, de entre los cuales la Directora General seleccionará el cuadro de 18 miembros para el examen general del programa;

6) que presente el mandato del examen general del programa a la aprobación del Consejo Ejecutivo en su 140.ª reunión, que se celebrará en enero de 2017, y que presente la composición del cuadro encargado de llevar a cabo el examen general del programa a la consideración de la Mesa del Consejo Ejecutivo en febrero de 2017;

7) que someta el informe final del examen general del programa de la estrategia mundial y plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual, en relación con los logros, los desafíos pendientes y las recomendaciones acerca de la labor futura, a la 71.ª Asamblea Mundial de la Salud en 2018, por conducto del Consejo Ejecutivo en su 142.ª reunión.

(Novena sesión plenaria, 26 de mayo de 2015 -
Comisión B, cuarto informe)

## WHA68.19 Resultados de la Segunda Conferencia Internacional sobre Nutrición[1]

La 68.ª Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe acerca de los resultados de la Segunda Conferencia Internacional sobre Nutrición,[2]

1. HACE SUYA la Declaración de Roma sobre la Nutrición y el Marco de Acción,[3] que incluye un conjunto de estrategias y opciones normativas voluntarias para su uso por los gobiernos;

2. EXHORTA a los Estados Miembros[4] que cumplan los compromisos contraídos en virtud de la Declaración de Roma sobre Nutrición a través de una serie de opciones normativas voluntarias que figuran en el Marco de Acción;

[1] En el anexo 8 se exponen las repercusiones financieras y adminstrativas de esta resolución para la Secretaría.

[2] Documento A68/8.

[3] Véase el anexo 6.

[4] Y, cuando proceda, las organizaciones de integración económica regional.

3. PIDE a la Directora General que, en colaboración con el Director General de la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura y otros organismos, fondos y programas de las Naciones Unidas y otras organizaciones regionales e internacionales pertinentes, prepare un informe bienal para la Asamblea de la Salud sobre el cumplimiento de los compromisos previstos en la Declaración de Roma sobre la Nutrición.

(Novena sesión plenaria, 26 de mayo de 2015 -
Comisión B, cuarto informe)

## WHA68.20 Carga mundial de epilepsia y necesidad de medidas coordinadas en los países para abordar sus consecuencias sanitarias y sociales y su conocimiento por el público[1]

La 68.ª Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo considerado el informe sobre la carga mundial de epilepsia y la necesidad de medidas coordinadas en los países para abordar sus consecuencias sanitarias y sociales y su conocimiento por el público;[1]

Considerando la resolución WHA66.8, en la que la Asamblea de la Salud adoptó el plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020, y la resolución WHA67.22 sobre el acceso a los medicamentos esenciales;

Reconociendo la resolución 68/269 de la Asamblea General de las Naciones Unidas y la resolución WHA57.10 sobre seguridad vial y salud, la resolución WHA66.12 sobre las enfermedades tropicales desatendidas, la resolución WHA67.10 acerca del plan de acción sobre la salud del recién nacido, la resolución WHA67.15 sobre el fortalecimiento de la función del sistema de salud en la lucha contra la violencia, en particular la ejercida sobre las mujeres y las niñas, y sobre los niños en general, y los debates acerca del control de la neurocisticercosis y su relación con la epilepsia que tuvieron lugar en la 56.ª Asamblea Mundial de la Salud;[2]

Teniendo en cuenta la Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles,[3] en la que los Jefes de Estado y de Gobierno reconocieron que los trastornos mentales y neurológicos son una causa importante de morbilidad y contribuyen a la carga mundial de enfermedades no transmisibles, por lo que es necesario garantizar el acceso equitativo a programas e intervenciones de atención de la salud eficaces;

Considerando los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud, el documento final de la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Sostenible, titulado «El futuro que queremos»,[4] y el informe del Grupo de Trabajo de Composición Abierta sobre los Objetivos de Desarrollo Sostenible, establecido con arreglo a la resolución 66/288 de la Asamblea General de las Naciones Unidas, en el que se propone el Objetivo 3 (Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades) y la meta 3.4 (para 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por

[1] Documento A68/12.

[2] Véase el documento WHA56/2003/REC/3, acta resumida de la cuarta sesión de la Comisión A.

[3] Resolución 66/2 de la Asamblea General de las Naciones Unidas.

[4] Resolución 66/288 de la Asamblea General de las Naciones Unidas.

enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar);[1]

Reconociendo que la epilepsia es una de las enfermedades neurológicas crónicas graves más comunes, que afecta a 50 millones de personas de todas las edades y en todo el mundo, y que las personas con epilepsia muy a menudo son objeto de estigmatización y discriminación debido a la ignorancia, las ideas erróneas y las actitudes negativas que rodean a la enfermedad, y que afrontan graves dificultades en lo que se refiere, por ejemplo, a la educación, el empleo, el matrimonio y la reproducción;

Observando con preocupación que la magnitud de la epilepsia afecta a personas de todas las edades, sexos, razas y niveles de ingresos, y que las poblaciones pobres y las que viven en situaciones de vulnerabilidad, en particular en los países de ingresos bajos y medianos, soportan una carga desproporcionadamente alta, lo que supone una amenaza para la salud pública y el desarrollo económico y social;

Consciente de las grandes diferencias existentes en el grado de manejo de la epilepsia entre los diferentes países, ya que, por ejemplo, en los países de ingresos bajos el número mediano de neurólogos es de solo 3 por 10 millones de habitantes, que a menudo no se dispone de medicamentos antiepilépticos esenciales y que la brecha terapéutica estimada supera el 75% en los países de ingresos bajos, y es sustancialmente mayor en las zonas rurales que en las urbanas;

Observando que la mayoría de las personas con epilepsia podrían mantenerse libres de crisis si se trataran apropiadamente con medicamentos antiepilépticos costoeficaces y asequibles;

Reconociendo además que determinadas causas de epilepsia son prevenibles y que esas medidas de prevención son susceptibles de promoción en el sector de la salud y en sectores ajenos al de la salud;

Consciente de que en 1997 la OMS y dos organizaciones no gubernamentales internacionales, la Liga Internacional contra la Epilepsia y la Oficina Internacional para la Epilepsia, pusieron en marcha la Campaña Mundial contra la Epilepsia «Salir de la Sombra», y en 2008 la OMS presentó su Programa de acción para superar la brecha en salud mental, sentándose así las bases para que la OMS ampliara su labor rectora y coordinadora del desarrollo mundial de las actividades sobre la epilepsia;

Consciente asimismo de que las prácticas de China y otros países de bajos ingresos han demostrado que las medidas coordinadas a escala de país pueden ser muy eficaces para controlar la enfermedad y mejorar la calidad de vida de millones de personas con epilepsia con un costo muy bajo;

Reconociendo los destacados progresos realizados recientemente en la tecnología de manejo de la epilepsia, desde las investigaciones básicas hasta el diagnóstico y el tratamiento;

Considerando que las organizaciones gubernamentales internacionales, las organizaciones no gubernamentales, las sociedades académicas y otros órganos han mejorado recientemente sus investigaciones sobre el manejo de la epilepsia y han llevado a cabo una importante labor en colaboración con los gobiernos nacionales, como es el caso de la Liga Internacional contra la Epilepsia y la Oficina Internacional para la Epilepsia, con las que la OMS mantiene relaciones oficiales y con las que colabora desde hace varios decenios en el manejo de la epilepsia;

Reconociendo la función que incumbe a la OMS de dar más muestras de liderazgo y coordinación y de adoptar medidas eficaces apropiadas de manejo de la epilepsia, habida cuenta de la grandes repercusiones en la salud pública,

---

[1] Documento A/68/970.

1. INSTA a los Estados Miembros:[1]

1) a que refuercen un liderazgo y una gobernanza eficaces en materia de políticas sobre salud general, salud mental y enfermedades no transmisibles que tengan en cuenta las necesidades específicas de las personas con epilepsia, y pongan a disposición los recursos humanos y de otra índole que se hayan considerado necesarios para aplicar los planes y medidas basados en datos científicos;

2) a que, cuando sea necesario y de conformidad con las normas y criterios internacionales de derechos humanos, introduzcan y apliquen planes de acción nacionales de atención de salud para el manejo de la epilepsia, con la finalidad de superar las desigualdades y las inequidades de los servicios de salud y sociales y otros servicios conexos, prestando particular atención a las personas con epilepsia que viven en condiciones de vulnerabilidad tales como las que habitan en zonas pobres y remotas, incluso fortaleciendo los servicios públicos básicos de atención de salud y capacitando con técnicas adecuadas a los recursos humanos locales;

3) a que integren el manejo de la epilepsia, incluidas la atención sanitaria y social y en particular los servicios de base comunitaria, en el contexto de la cobertura sanitaria universal, incluida la rehabilitación de base comunitaria, en la atención primaria de salud, según proceda, con el fin de contribuir a la reducción de la brecha de tratamiento de la epilepsia, y que para ello se aseguren de que los dispensadores de atención de salud no especialistas cuentan con conocimientos básicos para el manejo de la epilepsia de modo que la enfermedad se pueda diagnosticar, tratar y seguir en la medida de lo posible en los establecimientos de atención primaria de salud, empoderen a las personas con epilepsia y a sus cuidadores para que utilicen más los programas de autoasistencia y asistencia domiciliaria especificados, se doten de un sistema de derivación de casos robusto y funcional, y fortalezcan los sistemas de información y vigilancia sanitaria para acopiar, notificar, analizar y evaluar sistemáticamente las tendencias en el manejo de la epilepsia;

4) a que presten apoyo al establecimiento y la aplicación de estrategias de manejo de la epilepsia, en particular para mejorar la accesibilidad de los medicamentos antiepilépticos y promover la asequibilidad de los medicamentos antiepilépticos seguros, eficaces y de calidad, y agreguen los medicamentos antiepilépticos esenciales a las listas nacionales de medicamentos esenciales;

5) a que velen por que se sensibilice al público acerca de la epilepsia y se eduque al respecto, en particular en las escuelas primarias y secundarias, para contribuir a que disminuyan las ideas erróneas, la estigmatización y la discriminación de las personas con epilepsia y de sus familias, muy difundidas en muchos países y regiones;

6) a que fomenten medidas para prevenir las causas de la epilepsia en el sector de la salud y en otros sectores, utilizando para ello intervenciones basadas en datos científicos;

7) a que aumenten las inversiones destinadas a las investigaciones sobre la epilepsia y la capacidad de investigación;

8) a que participen con la sociedad civil y otros asociados en las medidas mencionadas en los párrafos 1(1) a 1(7) *supra*;

[1] Y, cuando proceda, a las organizaciones de integración económica regional.

2. INVITA a los asociados internacionales, regionales, nacionales y locales del sector de la salud y ajenos a él a que participen en la aplicación de las medidas expuestas en los párrafos 1(1) a 1(8) *supra* y las respalden;

3. PIDE a la Directora General:

1) que examine y evalúe las medidas de interés para la epilepsia que la OMS ha dirigido, coordinado y respaldado, con el fin de determinar, resumir e integrar las prácticas óptimas pertinentes con miras a difundir ampliamente esa información, en especial a los países de ingresos bajos y medianos;

2) que elabore, en consulta con las partes interesadas pertinentes, sobre la base de las actividades que se piden en el párrafo dispositivo 1, un conjunto de recomendaciones técnicas para orientación de los Estados Miembros en la preparación y aplicación de programas y servicios de epilepsia, y que proporcione apoyo técnico a los Estados Miembros en las medidas relativas al manejo de la epilepsia, especialmente en los países de ingresos bajos y medianos;

3) que informe a la 71.ª Asamblea Mundial de la Salud sobre los progresos realizados en la aplicación de la presente resolución.

(Novena sesión plenaria, 26 de mayo de 2015 -
Comisión B, quinto informe)

# DECISIONES

## WHA68(1) Composición de la Comisión de Credenciales

La 68.ª Asamblea Mundial de la Salud estableció una Comisión de Credenciales integrada por delegados de los Estados Miembros siguientes: Bélgica, Colombia, Djibouti, Gabón, Guinea-Bissau, Honduras, Lesotho, Singapur, Suiza, Tayikistán, Timor-Leste y Tonga.

(Primera sesión plenaria, 18 de mayo de 2015)

## WHA68(2) Elección del Presidente y de los Vicepresidentes de la 68.ª Asamblea Mundial de la Salud

La 68.ª Asamblea Mundial de la Salud eligió al Presidente y a los Vicepresidentes:

**Presidente:** Sr. Jagat Prakash Nadda (India)

**Vicepresidentes:** Dr. Li Bin (China)
Sr. John David Edward Boyce (Barbados)
Dr. Ferozudin Feroz (Afganistán)
Sr. Francesco Mussoni (San Marino)
Profesora Awa Marie Coll Seck (Senegal)

(Primera sesión plenaria, 18 de mayo de 2015)

## WHA68(3) Elección de la Mesa de las comisiones principales

La 68.ª Asamblea Mundial de la Salud eligió a los Presidentes de las comisiones principales:

| | | |
|---|---|---|
| **Comisión A:** | **Presidente** | Dr. Eduardo Jaramillo Navarrete (México) |
| **Comisión B:** | **Presidente** | Sr. Michael Malabag (Papua Nueva Guinea) |

(Primera sesión plenaria, 18 de mayo de 2015)

Las comisiones principales eligieron después a los Vicepresidentes y Relatores:

| | | |
|---|---|---|
| **Comisión A:** | **Vicepresidentes** | Sra. Dorcas Makgato (Botswana)<br>Dr. Bahar Idreiss Abugarada Abdulgassim (Sudán) |
| | **Relator** | Dra. Liis Rooväli (Estonia) |
| **Comisión B:** | **Vicepresidentes** | Dr. Raymond Busuttil (Malta)<br>Sr. Khaga Raj Adhikari (Nepal) |
| | **Relator** | Dr. Guy Fones (Chile) |

(Primeras sesiones de las Comisiones A y B,
18 y 20 de mayo de 2015, respectivamente)

## WHA68(4) Constitución de la Mesa de la Asamblea

La 68.ª Asamblea Mundial de la Salud eligió a los delegados de los 17 países siguientes para formar parte de la Mesa de la Asamblea: Burkina Faso, Burundi, Comoras, Cuba, Estados Unidos de América, Federación de Rusia, Francia, Ghana, Indonesia, Letonia, Montenegro, Omán, Perú, Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, República Árabe Siria, Sudán del Sur y Viet Nam.

(Primera sesión plenaria, 18 de mayo de 2015)

## WHA68(5) Adopción del orden del día

La 68.ª Asamblea Mundial de la Salud adoptó el orden del día provisional preparado por el Consejo Ejecutivo en su 136.ª reunión, después de suprimir tres puntos y de transferir un punto de la Comisión A a la Comisión B. El examen de otro punto se aplazó hasta la 137.ª reunión del Consejo Ejecutivo.

(Segunda sesión plenaria, 18 de mayo de 2015)

## WHA68(6) Verificación de credenciales

La 68.ª Asamblea Mundial de la Salud consideró válidas las credenciales de las delegaciones siguientes: Afganistán; Albania; Alemania; Andorra; Angola; Antigua y Barbuda; Arabia Saudita; Argelia; Argentina; Armenia; Australia; Austria; Azerbaiyán; Bahamas; Bahrein; Bangladesh; Barbados; Belarús; Bélgica; Benin; Bhután; Bolivia (Estado Plurinacional de); Bosnia y Herzegovina; Botswana; Brasil; Brunei Darussalam; Bulgaria; Burkina Faso; Burundi; Cabo Verde; Camboya; Camerún; Canadá; Chad; Chile; Colombia; Comoras; Congo; Costa Rica; Côte d'Ivoire; Croacia; Cuba; China; Chipre; Dinamarca; Djibouti; Ecuador; Egipto; El Salvador; Emiratos Árabes Unidos; Eritrea; Eslovaquia; Eslovenia; España; Estados Unidos de América; Estonia; Etiopía; Ex República Yugoslava de Macedonia; Federación de Rusia; Fiji; Filipinas; Finlandia; Francia; Gabón; Gambia; Georgia; Ghana; Granada; Grecia; Guatemala; Guinea; Guinea-Bissau; Guinea Ecuatorial; Haití; Honduras; Hungría; India; Indonesia; Irán (República Islámica del); Iraq; Irlanda; Islandia; Islas Cook; Islas Salomón; Israel; Italia; Jamaica; Japón; Jordania; Kazajstán; Kenya; Kirguistán; Kiribati; Kuwait; Lesotho; Letonia; Líbano; Liberia; Libia; Lituania; Luxemburgo; Madagascar; Malasia; Malawi; Maldivas; Malí; Malta; Marruecos; Mauricio; Mauritania; México; Mónaco; Mongolia; Montenegro; Mozambique; Myanmar; Namibia; Nauru; Nepal; Nicaragua; Níger; Nigeria; Noruega; Nueva Zelandia; Omán; Países Bajos; Pakistán; Panamá; Papua Nueva Guinea; Paraguay; Perú; Polonia; Portugal; Qatar; Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte; República Árabe Siria; República Centroafricana; República Checa; República de Corea; República Democrática del Congo; República Democrática Popular Lao; República de Moldova; República Dominicana; República Popular Democrática de Corea; República Unida de Tanzanía; Rumania; Rwanda; Saint Kitts y Nevis; Samoa; San Marino; Santo Tomé y Príncipe; Senegal; Serbia; Seychelles; Sierra Leona; Singapur; Somalia; Sri Lanka; Sudáfrica; Sudán; Sudán del Sur; Suecia; Suiza; Suriname; Swazilandia; Tailandia; Tayikistán; Timor-Leste; Togo; Tonga; Trinidad y Tabago; Túnez; Turkmenistán; Turquía; Tuvalu; Ucrania; Uganda; Uruguay; Uzbekistán; Vanuatu; Venezuela (República Bolivariana de); Viet Nam; Yemen; Zambia; Zimbabwe.

(Sexta sesión plenaria, 20 de mayo de 2015)

## WHA68(7) Elección de Miembros facultados para designar una persona que forme parte del Consejo Ejecutivo

La 68.ª Asamblea Mundial de la Salud, después de examinar las recomendaciones de la Mesa de la Asamblea, eligió a los siguientes países como Miembros facultados para designar una persona que forme parte del Consejo Ejecutivo: Canadá, Congo, Filipinas, Francia, Jordania, Kazajstán, Malta, Nueva Zelandia, Pakistán, República Dominicana, Suecia y Tailandia.

(Octava sesión plenaria, 22 de mayo de 2015)

## WHA68(8) Situación sanitaria en el territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental, y en el Golán sirio ocupado

La 68.ª Asamblea Mundial de la Salud, teniendo presente el principio básico establecido en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, según el cual la salud de todos los pueblos es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad, y destacando que el acceso irrestricto a la atención de salud es un componente crucial del derecho a la salud; tomando nota también del informe de la Secretaría sobre la Situación sanitaria en el territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental, y en el Golán sirio ocupado,[1] y tomando nota también del informe de una evaluación sobre el terreno centrada en la situación sanitaria en el territorio palestino ocupado,[2] pidió a la Directora General:

1) que informe a la 69.ª Asamblea Mundial de la Salud acerca de la situación sanitaria en el territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental, y en el Golán sirio ocupado, sobre la base de una evaluación sobre el terreno realizada por la Organización Mundial de la Salud, con particular atención a lo siguiente:

*a*) obstáculos para el acceso a la atención sanitaria en el territorio palestino ocupado, por ejemplo de resultas de restricciones a los desplazamientos o de la fragmentación territorial, y progresos realizados en la aplicación de las recomendaciones incluidas en el informe de 2014 de la OMS *Right to health: crossing barriers to access health in the occupied Palestinian territory 2013*;[3]

*b*) discapacidades y lesiones físicas, y daños a la infraestructura y los establecimientos médicos, y destrucción de los mismos, así como obstáculos a la seguridad de los trabajadores sanitarios;

*c*) acceso de los presos palestinos a servicios de salud adecuados;

*d*) efectos de la prolongada ocupación y las violaciones de los derechos humanos para la salud mental y física, en particular las consecuencias sanitarias del sistema de detención militar israelí sobre los prisioneros y detenidos palestinos, especialmente los niños detenidos, así como de las condiciones de vida inseguras en el territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental;

---

[1] Documento A68/37.

[2] Véase el documento WHO-EM/OPT/006/E, disponible en http://applications.emro.who.int/docs/Cons_Rep_2015_EN_16311.pdf (consultado el 1 de junio de 2015).

[3] Right to health: crossing barriers to access health in the occupied Palestinian territory, 2013, disponible en http://www.emro.who.int/images/stories/palestine/documents/WHO_-_RTH_crossing_barriers_to_access_health.pdf?ua=1, (consultado el 20 de mayo de 2015).

*e*) efectos de las restricciones de acceso a los servicios de agua y saneamiento, así como de la inseguridad alimentaria, sobre la situación sanitaria en el territorio palestino ocupado, particularmente en la Franja de Gaza;

*f*) prestación de asistencia técnica y financiera y apoyo de la comunidad internacional de donantes, así como su contribución al mejoramiento de la situación sanitaria en el territorio palestino ocupado;

2) que preste apoyo a los servicios de salud palestinos, por ejemplo mediante programas de fortalecimiento de la capacidad;

3) que preste asistencia técnica en la esfera sanitaria a la población siria en el Golán sirio ocupado;

4) que continúe prestando la asistencia técnica requerida para satisfacer las necesidades sanitarias del pueblo palestino, incluidos los presos y detenidos, así como las personas discapacitadas y lesionadas, en apoyo de los esfuerzos que realiza el Comité Internacional de la Cruz Roja;

5) que preste apoyo al sector sanitario palestino en relación con la preparación para situaciones de emergencia y el fortalecimiento de sus capacidades de preparación y respuesta ante emergencias, así como con la reducción de la escasez de medicamentos que salvan vidas y de productos médicos desechables;

6) que apoye el desarrollo del sistema de salud en el territorio palestino ocupado, en particular el desarrollo de recursos humanos.

(Octava sesión plenaria, 22 de mayo de 2015)

## WHA68(9) Poliomielitis

La 68.ª Asamblea Mundial de la Salud, habiendo examinado el informe de la Secretaría sobre la poliomielitis,[1]

1) aprobó que la emergencia de salud pública de importancia internacional suscitada por la propagación internacional de poliovirus salvajes se siga gestionando mediante las recomendaciones temporales emitidas por la Directora General de conformidad con el Reglamento Sanitario Internacional (2005), y

2) pidió a la Directora General que informe a la 69.ª Asamblea Mundial de la Salud de los progresos realizados hacia la reducción del riesgo de propagación internacional de poliovirus salvajes.

(Novena sesión plenaria, 26 de mayo de 2015)

[1] Documento A68/21 Add.3.

## WHA68(10) Brote de enfermedad por el virus del Ebola de 2014 y seguimiento de la Reunión extraordinaria del Consejo Ejecutivo sobre la emergencia de ebola

La 68.ª Asamblea Mundial de la Salud, habiendo recordado la resolución adoptada por el Consejo Ejecutivo en su Reunión extraordinaria sobre la emergencia de ebola del 25 de enero de 2015,[1]

**Evaluación interina**

1. Acogió con agrado el informe preliminar del Grupo de expertos para la evaluación interina del ebola que figura en el documento A68/25;

2. Agradeció al Grupo de expertos para la evaluación interina del ebola el trabajo que ha realizado hasta la fecha;

3. Pidió al Grupo de expertos para la evaluación interina del ebola que prosiga sus trabajos según lo encomendado por el Consejo Ejecutivo en su Reunión extraordinaria sobre la emergencia de ebola,[1] y remita a la Directora General un informe final no más tarde del 31 de julio de 2015.

**Reglamento Sanitario Internacional (2005)**

1. Pidió a la Directora General que establezca un Comité de Examen de conformidad con el Reglamento Sanitario Internacional (2005) para que examine el papel del Reglamento en el brote de ebola y en la respuesta que se le ha dado, con los objetivos siguientes:

*a*) evaluar la eficacia del Reglamento Sanitario Internacional (2005) con respecto a la prevención, preparación y respuesta al brote de ebola, prestando especial atención a la notificación y los incentivos conexos, las recomendaciones temporales, las medidas adicionales, la declaración de la emergencia de salud pública de importancia internacional, las capacidades básicas nacionales y el contexto y vínculos con el Marco de Respuesta a las Emergencias[2] y otras responsabilidades humanitarias de la Organización;

*b*) evaluar el estado de la aplicación de las recomendaciones del anterior Comité de Examen de 2011[3] y sus repercusiones en el actual brote de ebola;

*c*) recomendar medidas para mejorar el funcionamiento, la transparencia, la eficacia y la eficiencia del Reglamento Sanitario Internacional (2005), en particular la respuesta de la OMS, y reforzar la preparación y la respuesta ante futuras emergencias con consecuencias sanitarias, proponiendo plazos para cada una de esas medidas;

2. Pidió a la Directora General que convoque el Comité de Examen del Reglamento Sanitario Internacional (2005), según lo estipulado en dicho Reglamento, para agosto de 2015 e informe de los progresos de su labor a la 69.ª Asamblea Mundial de la Salud, en mayo de 2016;

---

[1] Véase la resolución EBSS3.R1.

[2] Véase la resolución WHA65.20.

[3] Véase el documento A64/10.

3. Acordó prestar apoyo a los Estados de África occidental y central, así como a otros Estados en riesgo, para que en junio de 2019 hayan logrado aplicar plenamente el Reglamento Sanitario Internacional (2005), en particular respecto del cumplimiento de los requisitos relativos a las capacidades básicas;

4. Tomó nota de la recomendación del Grupo de expertos para la evaluación interina del ebola en el sentido de que la OMS proponga y comunique a los Estados Miembros y a otros interesados pertinentes un plan con los recursos necesarios para desarrollar en todos los países las capacidades básicas de salud pública requeridas por el Reglamento Sanitario Internacional (2005), y siga explorando mecanismos y opciones de análisis objetivo mediante autoevaluaciones y, con carácter voluntario, mediante exámenes colegiados y/o evaluaciones externas para los Estados Miembros que lo soliciten.

**Cuerpo mundial de profesionales sanitarios para emergencias**

1. Acogió con agrado los esfuerzos de la Directora General para proporcionar un plan conceptual inicial relativo a la creación de un Cuerpo mundial de profesionales sanitarios que responda a los brotes y emergencias con consecuencias sanitarias, en el marco de la estructura y funciones del programa más amplio de respuesta a las emergencias, que uniría y dirigiría todas las operaciones de respuesta de la OMS a brotes y emergencias abarcadas por el mandato de la Organización, en los tres niveles de esta y bajo la supervisión directa de la Directora General, en apoyo de la respuesta de los propios países;[1]

2. Reiteró que la respuesta de la OMS a las emergencias a todos los niveles debe ejercerse de acuerdo con el derecho internacional, en particular con el Artículo 2(*d*) de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, y de conformidad con los principios y objetivos del Marco de Respuesta a las Emergencias y el Reglamento Sanitario Internacional (2005), y debe orientarse según un planteamiento de las emergencias sanitarias que abarque todos los peligros, haciendo hincapié en la adaptabilidad, flexibilidad y rendición de cuentas; los principios humanitarios de neutralidad, humanidad, imparcialidad e independencia, y la previsibilidad, oportunidad e implicación de los países;

3. Destacó la importancia de que la OMS refuerce sus capacidades en las áreas en las que goza de ventajas comparativas y haga un amplio uso de las capacidades de otros organismos, fondos y programas de las Naciones Unidas, la Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos, los equipos médicos internacionales y los asociados para emergencias,[2] y subrayó la función de liderazgo que incumbe a la Organización en el Grupo de Acción Sanitaria Mundial;

4. Pidió a la Directora General que informe a la 69.ª Asamblea Mundial de la Salud, por conducto del Consejo Ejecutivo en su 138.ª reunión, en enero de 2016, sobre los progresos realizados en el establecimiento, la coordinación y la gestión del programa de respuesta a las emergencias, y en particular del Cuerpo mundial de profesionales sanitarios para emergencias.

[1] Véase el documento A68/27, párrafo 44.

[2] Véase el documento A68/27, párrafo 15.

**Fondo para contingencias**

1. Acogió con agrado los parámetros descritos en el documento A68/26, que incluyen los principios que han de regir el fondo, tales como: magnitud, alcance, sostenibilidad, operaciones, fuentes de financiación voluntarias y mecanismos de rendición de cuentas;

2. Decidió crear un fondo para contingencias sujeto a reposiciones que permita ampliar rápidamente la respuesta inicial de la OMS a brotes y emergencias con consecuencias sanitarias[1] y fusione los dos fondos de la OMS ya existentes,[2] con el objetivo de dotarlo de US$ 100 millones, financiados plenamente por contribuciones voluntarias, y flexible en el ámbito del fondo;

3. Acordó que el fondo para contingencias proporcionará financiación de forma fiable y transparente, en particular con respecto a la presentación de informes financieros y a la rendición de cuentas, durante periodos de hasta tres meses,[3] haciendo hincapié en la previsibilidad, la oportunidad y la implicación de los países; en los principios humanitarios de neutralidad, humanidad, imparcialidad e independencia, y en la buena gestión de las donaciones humanitarias;[4]

4. Decidió que el fondo para contingencias esté sometido a la autoridad del Director General, a cuya discreción quedarían los desembolsos con cargo al mismo;

5. Pidió a la Directora General que revise el ámbito de aplicación y los criterios del fondo para contingencias 2 años después de su aplicación, y que incluya propuestas para mejorar el funcionamiento y la sostenibilidad del fondo en un informe que se habrá de presentar a la 70.ª Asamblea Mundial de la Salud, en mayo de 2017;

6. Dio las gracias a los Estados Miembros por las contribuciones al fondo para contingencias ya comprometidas;

7. Pidió a la Directora General que se ponga en contacto con los donantes para alentarlos a contribuir al fondo para contingencias, en particular en la próxima ronda del diálogo sobre financiación;

8. Pidió a la Directora General que, por conducto del Consejo Ejecutivo en su 138.ª reunión, en enero de 2016, informe a la 69.ª Asamblea Mundial de la Salud, en mayo de 2016, sobre el funcionamiento del fondo para contingencias, en particular sobre las cantidades recaudadas y gastadas y con qué finalidad y sobre su valor añadido;

9. Pidió a la Directora General que, cuando utilice el fondo para contingencias, dé prioridad a las operaciones sobre el terreno en los países afectados.

---

[1] Utilizando los criterios objetivos expuestos en el Marco de Respuesta a las Emergencias.

[2] Cuenta de Respuesta Rápida de la OMS y Fondo de respuesta a emergencias epidémicas de la OMS-Iniciativa relativa a la amenaza nuclear.

[3] Si fuera necesario, ese plazo podrá ser prorrogado por el Director General durante un periodo adicional de hasta tres meses a fin de mantener la continuidad y solo si para entonces no se pueden movilizar otros fondos.

[4] Véase el documento de la Asamblea General y el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas: A/58/99/-E/2003/94, anexo II.

**Investigación y desarrollo**

1. Mostró su agrado por la función de coordinación clave desempeñada por la OMS en las actividades en curso de desarrollo de vacunas, medios de diagnóstico y medicamentos para la enfermedad por el virus del Ebola;

2. Acogió con agrado la elaboración, en consulta con los Estados Miembros y las partes interesadas pertinentes, de un proyecto para acelerar la investigación y el desarrollo en epidemias o situaciones de emergencia sanitaria para las que las soluciones preventivas o curativas sean inexistentes o insuficientes, teniendo en cuenta otras líneas de trabajo pertinentes que se siguen en la OMS;

3. Reafirmó la Estrategia mundial y plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual.

**Fortalecimiento de los sistemas de salud**

1. Acogió con agrado la elaboración de planes robustos y costeados de recuperación de los sistemas nacionales de salud para Guinea, Liberia y Sierra Leona, que se presentaron a las reuniones de primavera del Banco Mundial el 17 de abril de 2015, a modo de base para la coordinación de los donantes y las inversiones estratégicas;

2. Pidió a la OMS que mantenga su función de coordinación en apoyo de las administraciones nacionales a la hora de prepararse para la conferencia de alto nivel del Secretario General de las Naciones Unidas sobre promesas de contribuciones para el ebola, que se celebrará el 10 de julio de 2015;

3. Reconoció el liderazgo mostrado por los ministerios de salud de los tres países que, con apoyo de las oficinas de la OMS en los países, se habían centrado en la recuperación temprana haciendo hincapié en la prevención y el control de las infecciones, la reactivación de los servicios esenciales, las prioridades inmediatas del personal de salud y la vigilancia integrada de la morbilidad;

4. Pidió a la Directora General que mantenga y aumente las actividades de la Secretaría en apoyo de los Estados Miembros para mejorar su preparación para responder a las emergencias con consecuencias sanitarias fortaleciendo los sistemas nacionales de salud.

**Futuras vías de avance**

1. Acogió con agrado el compromiso de la Directora General de reformar la labor y la cultura de la OMS en lo que se refiere a las emergencias con consecuencias sanitarias y, en particular, de establecer una estructura de mando y control en los tres niveles de la Organización;

2. Acogió con satisfacción la propuesta de la Directora General de establecer un pequeño grupo consultivo de expertos centrado específicamente en orientar y respaldar la intensificación de la reforma de la labor de la OMS en emergencias con consecuencias sanitarias;

3. Pidió a la Directora General que informe a la 69.ª Asamblea Mundial de la Salud, en mayo de 2016, por conducto del Consejo Ejecutivo en su 138.ª reunión, en enero de 2016, sobre los progresos realizados respecto de esas reformas y de las demás decisiones adoptadas hasta aquí, y reiteró la petición a la Directora General de que informe anualmente a la Asamblea de la Sa-

lud de todas las emergencias de grado 3 y de nivel 3 del Comité Permanente entre Organismos en las que la OMS haya intervenido.

(Novena sesión plenaria, 26 de mayo de 2015)

## WHA68(11) Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud[1]

La 68.ª Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe del Grupo consultivo de expertos encargado de examinar la pertinencia y eficacia del Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud (2010),[2]

1) reconoció la pertinencia del Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud (2010) en el contexto de la creciente movilidad regional e interregional de los trabajadores y de la transición demográfica y epidemiológica que está aumentando la demanda de personal de salud;

2) instó a los Estados Miembros y a otras partes interesadas a ampliar el grado de conocimiento y la aplicación del Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud (2010), en particular aumentando su capacidad institucional y sus recursos para completar la segunda ronda de presentación de informes nacionales de aquí al 31 de julio de 2015;

3) pidió a la Secretaría —a nivel mundial, regional y de país— que ampliara su capacidad para concienciar, proporcionar apoyo técnico y promover la aplicación eficaz del Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud (2010) y la presentación de informes al respecto, con arreglo al presupuesto por programas aprobado;

4) decidió que se debería considerar la posibilidad de realizar la nueva evaluación de la pertinencia y eficacia del Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud (2010) en consonancia con la tercera ronda de presentación de informes nacionales en 2018 y el informe sobre los progresos realizados que está previsto presentar a la 72.ª Asamblea Mundial de la Salud en 2019.

(Novena sesión plenaria, 26 de mayo de 2015)

## WHA68(12) Productos médicos de calidad subestándar, espurios, de etiquetado engañoso, falsificados o de imitación

La 68.ª Asamblea Mundial de la Salud, habiendo examinado el informe sobre productos médicos de calidad subestándar, espurios, de etiquetado engañoso, falsificados o de imitación[3] y la deci-

[1] En el anexo 8 se exponen las repercusiones financieras y adminstrativas de esta resolución para la Secretaría.

[2] Documento A68/32 Add.1.

[3] Documento A68/33.

sión EB136(1), decidió aplazar el examen del mecanismo de Estados Miembros por un año, hasta 2017, como había propuesto el propio mecanismo en su informe.[1]

(Novena sesión plenaria, 26 de mayo de 2015)

## WHA68(13) Nombramiento de representantes en el Comité de la Caja de Pensiones del Personal de la OMS[2]

La 68.ª Asamblea Mundial de la Salud nombró miembro del Comité de la Caja de Pensiones del Personal de la OMS al Dr. Michel Tailhades, de la delegación de Suiza, por un mandato de 3 años, hasta mayo de 2018.

(Novena sesión plenaria, 26 de mayo de 2015)

## WHA68(14) Nutrición de la madre, el lactante y el niño pequeño: elaboración del conjunto básico de indicadores

La 68.ª Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe sobre la nutrición de la madre, el lactante y el niño pequeño y elaboración del conjunto básico de indicadores,[3] decidió:

1) aprobar los indicadores básicos adicionales para el marco de vigilancia mundial de la nutrición de la madre, el lactante y el niño pequeño;[4]

2) recomendar a los Estados Miembros que comiencen a informar en 2016 sobre la totalidad de los indicadores del conjunto básico, con la excepción de los indicadores de proceso 1,[5] 4[6] y 6[7] y del indicador referente al entorno y la capacidad normativos 1,[8] que serán examinados por el Consejo Ejecutivo una vez que estén disponibles, para su aprobación, y sobre los que se empezará a informar en 2018;

3) pedir a la Directora General que proporcione más orientaciones operacionales sobre el modo de generar los datos necesarios sobre los indicadores en diferentes contextos nacionales;

---

[1] Documento A68/33, anexo.

[2] Documento A68/48.

[3] Documento A68/9.

[4] Véase el anexo 7.

[5] Proporción de niños de 6 a 23 meses que reciben una dieta mínima aceptable.

[6] Proporción de embarazadas que reciben suplementos de hierro y ácido fólico.

[7] Proporción de madres de niños de 0 a 23 meses que han recibido asesoramiento, apoyo o mensajes sobre prácticas óptimas de lactancia natural al menos una vez en el último año.

[8] Número de profesionales capacitados en nutrición por 100 000 habitantes.

4) pedir a la Directora General que examine los indicadores para el conjunto ampliado y proporcione detalles sobre la definición de estos indicadores, la disponibilidad de datos y los criterios sobre su aplicación a diferentes contextos nacionales;

5) recomendar un examen del marco de vigilancia mundial de la nutrición en 2020.

(Novena sesión plenaria, 26 de mayo de 2015)

## WHA68(15) Selección del país en que se ha de reunir la 69.ª Asamblea Mundial de la Salud

De conformidad con lo dispuesto en el Artículo 14 de la Constitución, la 68.ª Asamblea Mundial de la Salud decidió que la 69.ª Asamblea Mundial de la Salud se celebrase en Suiza.

(Novena sesión plenaria, 26 de mayo de 2015)

# ANEXOS

ANEXO 1

# Estrategia técnica mundial contra la malaria 2016-2030[1]

[A68/28 – 20 de mayo de 2015]

**Índice**


SINOPSIS DE LA ESTRATEGIA TÉCNICA MUNDIAL .....104
ANTECEDENTES .....105
LA NECESIDAD DE UNA ESTRATEGIA TÉCNICA DESPUÉS DE 2015 .....106
EL PROCESO DE ELABORACIÓN DE LA ESTRATEGIA .....108
VISIÓN, OBJETIVOS Y PRINCIPIOS .....108
EL CAMINO HACIA LA ELIMINACIÓN DE LA MALARIA.....110
MARCO ESTRATÉGICO .....111
LOS TRES PILARES DE LA ESTRATEGIA .....112
Pilar 1. Lograr el acceso universal a la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la malaria .....112
Pilar 2. Acelerar los esfuerzos para lograr la eliminación y alcanzar el estado exento de malaria .....117
Pilar 3. Transformar la vigilancia malárica en una intervención básica .....121
ELEMENTO DE APOYO 1. APROVECHAR LAS INNOVACIONES Y AMPLIAR LAS INVESTIGACIONES.....123
ELEMENTO DE APOYO 2. FORTALECIMIENTO DEL ENTORNO PROPICIO .....126
EL COSTO DE LA EJECUCIÓN DEL PROYECTO DE ESTRATEGIA TÉCNICA MUNDIAL .....128
CUANTIFICACIÓN DEL PROGRESO Y LAS REPERCUSIONES MUNDIALES .....129
LA FUNCIÓN DE LA SECRETARÍA .....130


[1] Véase la resolución WHA68.2.

## SINOPSIS DE LA ESTRATEGIA TÉCNICA MUNDIAL

| **Visión – Un mundo sin malaria** | | | |
|---|---|---|---|
| **Objetivos** | **Hitos** | | **Metas** |
| | **2020** | **2025** | **2030** |
| 1. Reducir las tasas de mortalidad por malaria en todo el mundo en comparación con las de 2015 | ≥40% | ≥75% | ≥90% |
| 2. Reducir la incidencia de casos de malaria en todo el mundo en comparación con la de 2015 | ≥40% | ≥75% | ≥90% |
| 3. Eliminar la malaria en los países en los que siga habiendo transmisión de la enfermedad en 2015 | Por lo menos 10 países | Por lo menos 20 países | Por lo menos 35 países |
| 4. Prevenir el reestablecimiento de la enfermedad en todos los países sin malaria | Reestablecimiento evitado | Reestablecimiento evitado | Reestablecimiento evitado |

**PRINCIPIOS**

- Todos los países pueden acelerar los esfuerzos para lograr la eliminación mediante combinaciones de intervenciones adaptadas a las circunstancias locales.
- La responsabilización y el liderazgo de los países, junto con la participación de las comunidades, son esenciales para acelerar el progreso mediante un enfoque multisectorial.
- Para optimizar la ejecución de las intervenciones antimaláricas son imprescindibles la vigilancia, el seguimiento y la evaluación, así como la estratificación de acuerdo con la carga de morbilidad malárica.
- La equidad en el acceso a los servicios de salud, especialmente para los grupos de población más vulnerables y a los que resulta difícil alcanzar, es imprescindible.
- La innovación de los instrumentos y los métodos de ejecución permitirán que los países maximicen el avance en el camino hacia la eliminación.

**EL MARCO ESTRATÉGICO** se apoya en tres pilares principales y dos elementos de apoyo: 1) innovación e investigación y 2) un entorno propicio sólido

**Maximizar la repercusión de los instrumentos actuales que salvan vidas**

- **Pilar 1.** Lograr el acceso universal a la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la malaria
- **Pilar 2.** Acelerar los esfuerzos para lograr la eliminación y alcanzar el estado exento de malaria
- **Pilar 3.** Transformar la vigilancia malárica en una intervención básica

**Elemento de apoyo 1. Aprovechar las innovaciones y ampliar las investigaciones**

- Investigación básica para fomentar la innovación y la creación de instrumentos nuevos y mejorados
- Realización de investigaciones para optimizar la repercusión y la costoeficacia de los instrumentos y estrategias existentes
- Medidas para facilitar la incorporación rápida de instrumentos, intervenciones y estrategias nuevos.

**Elemento de apoyo 2. Fortalecimiento del entorno propicio**

- Compromisos político y de financiación sólidos
- Enfoques multisectoriales y colaboraciones transfronterizas y regionales
- Función rectora del sistema de salud en su totalidad, incluido el sector privado, con un sólido apoyo de reglamentación
- Fortalecimiento de la capacidad para la gestión eficaz de los programas y la investigación

## ANTECEDENTES

1. La malaria (o paludismo) es causada por parásitos de la familia *Plasmodium* y transmitida por los mosquitos *Anopheles* hembra. Cuatro especies diferentes de plasmodios infectan a los seres humanos (*P. falciparum*, *P. vivax*, *P. malariae* y *P. ovale*); las infecciones por *P. falciparum* y por *P. vivax* tienen la mayor prevalencia, y la infección por *P. falciparum* es la más grave. *P. knowlesi* es un plasmodio zoonótico que también infecta a los seres humanos.

2. A pesar de que la malaria se puede prevenir y tratar, sigue ejerciendo efectos devastadores en la salud y el modo de vida de las personas en todo el mundo. Según los datos más recientes, en 2013, aproximadamente 3200 millones de personas estaban en riesgo de contraer la enfermedad en 97 países, territorios y zonas, y se estima que se produjeron 198 millones de casos (intervalo: entre 124 millones y 283 millones). Ese mismo año, murieron de esta enfermedad unas 584 000 personas (intervalo: entre 367 000 y 755 000), en su mayoría niños menores de 5 años del África subsahariana.[1] En la mayor parte de los países donde es endémica, la enfermedad afecta desproporcionadamente a los pobres y marginados, que tienen un acceso limitado a los establecimientos sanitarios y no pueden costear el tratamiento recomendado.

3. Entre 2001 y 2013, una ampliación considerable de las intervenciones antimaláricas ayudó a disminuir en un 47% las tasas de mortalidad por malaria en todo el mundo, evitando 4,3 millones de defunciones, según estimaciones. En la Región de la OMS para África, la tasa de mortalidad por malaria en los niños menores de 5 años disminuyó un 58%. Durante el mismo periodo, la incidencia de malaria en el mundo descendió un 30%.[1] La meta 6.C del Objetivo de Desarrollo Mundial 6, es decir, «haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves», ya ha sido alcanzada, y 55 de los 106 países donde había transmisión de esta enfermedad en 2000 están en camino de cumplir el objetivo de reducir la incidencia en un 75% de aquí a 2015, establecido por la Asamblea de la Salud en 2005, en la resolución WHA58.2 sobre control del paludismo.

4. A pesar de este progreso, la enfermedad sigue siendo endémica en las seis regiones de la OMS, y la carga más onerosa recae en la Región de África, donde se calcula que ocurren el 90% de las defunciones por malaria. Dos países ─la República Democrática del Congo y Nigeria─ representan alrededor del 40% de la mortalidad estimada por malaria en todo el mundo. En todo el mundo, se cuentan por millones las personas que carecen de acceso a la prevención y el tratamiento de la malaria, y casi todos los casos y defunciones no se notifican ni registran. Habida cuenta de las previsiones de aumento del tamaño de la población mundial para 2030, en ese año vivirán más personas en los países donde existe riesgo de contraer la malaria, lo que impondrá más exigencias a los sistemas nacionales de salud y a los presupuestos de los programas antimaláricos.

[1] *Informe mundial sobre el paludismo 2014.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2014.

## LA NECESIDAD DE UNA ESTRATEGIA TÉCNICA DESPUÉS DE 2015

5. A comienzos del siglo XXI, la malaria fue objeto de amplia atención como un problema prioritario de salud mundial. Este renovado interés puso fin a una era de descuido entre los años sesenta y finales de los noventa del siglo anterior y vino a contrarrestar los aumentos extraordinarios de las tasas de morbilidad y mortalidad. Para lograr que las tendencias de la malaria sigan descendiendo, son necesarios un compromiso político inquebrantable, una financiación considerable y previsible, y un aumento de la colaboración regional. Una respuesta mundial vigorosa y coordinada, aunada a la inversión constante en investigación y desarrollo, permitirá que continentes enteros eliminen la enfermedad y que con el tiempo esta sea erradicada del planeta.

6. Aun cuando la ejecución de intervenciones básicas se amplió mucho entre 2000 y 2014, los adelantos logrados son frágiles y su distribución es desigual. El elevado tributo humano que se cobra la malaria y el riesgo que aún plantea en todo el mundo siguen siendo inadmisiblemente elevados. En muchos países afectados, los disturbios sociales, los conflictos armados y las catástrofes humanitarias son grandes obstáculos para el progreso. El brote reciente de enfermedad por el virus del Ebola en África occidental, que afectó a países en los que la malaria es muy endémica, ha tenido efectos devastadores en la prestación de servicios de salud básicos, y en particular en la capacidad de lucha contra la malaria. Los brotes recientes de malaria en países que habían estado exentos de la malaria y el resurgimiento en países que habían logrado adelantos importantes en la disminución de las tasas de morbilidad y mortalidad en el decenio pasado ponen de relieve la amenaza constante del restablecimiento y el resurgimiento, así como la necesidad de mantener la vigilancia para lograr la detección y la rápida contención de la transmisión en esas zonas.

7. Dada la asociación existente entre la transmisión de la malaria y el clima, los esfuerzos a largo plazo por controlar la malaria serán muy sensibles a los cambios climáticos mundiales. Se prevé que, sin medidas de mitigación, el cambio climático generará un aumento de la carga de malaria en varias regiones del mundo en las que la enfermedad es endémica, particularmente en las zonas montañosas tropicales densamente pobladas. El aumento del desarrollo económico, la urbanización y la desforestación, previsiblemente también producirán cambios en la dinámica de la transmisión; al mismo tiempo, el aumento de la población en las zonas donde la malaria plantea un riesgo elevado aumentará la necesidad de optimizar la cobertura de las intervenciones.

8. Las intervenciones antimaláricas son muy costoeficaces y la inversión en ellas tiene uno de los rendimientos más altos en el campo de la salud pública. En los países donde la enfermedad es endémica, las actividades para reducir y eliminar la malaria se consideran cada vez más como inversiones de gran repercusión que generan rendimientos considerables para la salud pública, ayudan a mitigar la pobreza, mejoran la equidad y contribuyen al desarrollo general.

9. El mundo se encuentra en una encrucijada con respecto a la lucha contra la malaria. Existen a la vez una oportunidad y una necesidad urgente de acelerar el progreso mediante la disminución de la morbilidad y la mortalidad mediante el aumento del número de países, territorios y zonas exentos de malaria, y la invención de métodos para reducir la transmisión. El avance se puede acelerar ampliando considerablemente las intervenciones existentes, haciendo que la respuesta frente a la malaria sea una prioridad técnica, económica y política de mayor envergadura, y procurando maximizar la obtención y el uso de nuevos instrumentos y nuevas soluciones.

10. Las medidas desplegadas para prevenir y controlar la malaria contribuyen a lograr el desarrollo sostenible y se benefician de él. Los objetivos de reducir la carga de morbilidad y eliminar la malaria se relacionan estrechamente con varios objetivos de desarrollo sostenible que se están considerando para después de 2015. Entre los vínculos y factores bien conocidos cabe mencionar la participación de la malaria en el ciclo de la pobreza, la concentración de la enfermedad en grupos de población vulne-

rables y con un acceso deficiente a los servicios de salud, y su repercusión perjudicial en la educación por causa del ausentismo escolar y los efectos de la anemia crónica en la capacidad cognoscitiva.

11. El Comité Asesor en Políticas de Paludismo, establecido en 2011 con la finalidad de brindar un asesoramiento estratégico independiente a la OMS sobre la formulación de recomendaciones de política, recomendó a la Directora General que se preparara un proyecto de estrategia técnica mundial contra el paludismo para después de 2015. En 2013, en la 66.ª Asamblea Mundial de la Salud, los Estados Miembros apoyaron la recomendación.[1] La estrategia, adoptada por la 68.ª Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2015 en la resolución WHA68.2, sucede a la estrategia mundial de la OMS contra el paludismo, que fue avalada por la Conferencia Ministerial sobre el Paludismo (Amsterdam, 1992) en la Declaración Mundial sobre la Lucha contra el Paludismo. Dicha adopción ofrece una base para asegurar que la OMS esté bien equipada para respaldar la finalización de la agenda inconclusa de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud, que es una de las seis prioridades de liderazgo de la Organización para el periodo 2014-2019.[2]

12. **Oportunidades.** Desde 2000, ocho países han eliminado la malaria y muchos otros han reducido la transmisión a niveles bajos. Los conocimientos que generen esos esfuerzos servirán de base para diseñar programas en el futuro. Con toda probabilidad, los próximos 15 años estarán determinados en gran medida por los adelantos tecnológicos; las innovaciones en materia de medicamentos, vacunas y control vectorial; y la mejora de las estrategias para la distribución de bienes. Se prevé que algunos instrumentos nuevos ejerzan un efecto adicional considerable y que, una vez validados, tengan que incorporarse rápidamente en las respuestas nacionales contra la malaria.

13. **Problemas.** La lucha antimalárica se ha visto prolongada, y en algunos casos detenida, por varios problemas que se vinculan entre sí. El peor de todos es la falta de una financiación internacional y nacional sólida, previsible y constante. Esto se complica por la dificultad para mantener el compromiso político y lograr la colaboración regional a los niveles más altos. El problema que sigue en importancia es de índole biológica: el surgimiento de la resistencia de los parásitos a los medicamentos antimaláricos y de resistencia del mosquito a los insecticidas. Esta doble amenaza puede debilitar gravemente la eficacia de las respuestas antimaláricas y contrarrestar los logros recientes.

14. Otros problemas que han de resolverse para acelerar el avance son de índole sistémica y técnica, a saber: el desempeño inadecuado de los sistemas de salud, por ejemplo, la gestión deficiente de las cadenas de suministro y la actuación no reglamentada del sector de salud privado en muchos países, lo que propicia el uso de medicamentos antimaláricos o de productos de control vectorial ineficaces; la debilidad de los sistemas de vigilancia, seguimiento y evaluación, lo que pone en riesgo la capacidad de seguir de cerca las deficiencias de cobertura de los programas y los cambios de la carga de morbilidad; la falta de recursos técnicos y humanos suficientes para mantener y ampliar las actividades; el riesgo desproporcionado de malaria que sobrellevan los grupos a los que es difícil llegar, como los grupos ocupacionales de riesgo elevado, los migrantes, las personas afectadas por crisis humanitarias y las comunidades rurales con un acceso escaso a los servicios de salud; y la carencia de instrumentos apropiados para diagnosticar y tratar eficazmente las infecciones causadas por *P. vivax* y otros plasmodios distintos de *P. falciparum*.

15. Otro problema importante es que muchas personas infectadas permanecen asintomáticas o no son diagnosticadas, de suerte que para fines prácticos resultan invisibles para el sistema de salud. Es más, en algunas circunstancias la parasitemia es tan baja en una proporción considerable de los

---

[1] Véase el acta resumida de la 66.ª Asamblea Mundial de la Salud, undécima sesión de la Comisión A, sección 1. (documento WHA66/2013/REC/3).

[2] Véase el Duodécimo Programa General de Trabajo, 2014-2019, disponible en (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665 /131701/1/GPW_2014-2019_spa.pdf, consultado el 10 de marzo de 2015).

individuos que no puede ser detectada con los instrumentos corrientes de diagnóstico. Estas personas contribuyen sin saberlo a perpetuar el ciclo de transmisión de la malaria. Para lograr buenos resultados, las estrategias futuras de control y eliminación habrán de tener en cuenta este gran «reservorio de parásitos infecciosos». Le creación y disponibilidad previstas de nuevos instrumentos y métodos en la próxima década ayudará a detectar este reservorio y concentrarse en él para eliminar los plasmodios de los portadores asintomáticos.

16. El surgimiento de farmacorresistencia y resistencia a los insecticidas se complica por otros problemas biológicos que tienen que ser afrontados por los programas antimaláricos nacionales. En algunas partes del mundo los instrumentos de control vectorial existentes no pueden proporcionar una protección eficaz contra la enfermedad, dada la diversidad de los vectores de la malaria y sus diferencias de comportamiento. En los países afectados *P. falciparum* y *P. vivax*, la carga de morbilidad causada por *P. vivax* resulta más difícil de reducir porque este parásito tiene en el hígado una etapa latente denominada hipnozoíto que en la actualidad no se puede detectar y ocasiona recaídas, contribuyendo así a mantener la transmisión de la enfermedad. Además, la infección de seres humanos por *P. knowlesi* plantea nuevas dificultades para el control y la eliminación de la malaria.

17. La presente estrategia técnica proporciona un marco para la formulación de programas a la medida que permitan acelerar el avance hacia la eliminación de la malaria, el cual debería ser el fundamento de las estrategias de los programas nacionales y subnacionales al respecto. En ella se define un camino claro y ambicioso para los países donde la malaria es endémica y sus asociados mundiales para el control y eliminación de la enfermedad en los próximos 15 años. Se destaca la necesidad de la cobertura universal de intervenciones antimaláricas básicas para todos los grupos en riesgo, y se pone de relieve la importancia de usar datos de vigilancia de gran calidad para adoptar decisiones con miras a impulsar respuestas idóneas que sean congruentes con los objetivos nacionales o subnacionales. En la estrategia se señalan áreas en que las soluciones innovadoras serán esenciales para cumplir los objetivos. Finalmente, se resumen los costos estimados de la ejecución de la estrategia y se presenta una estimación de los costos de investigación y desarrollo relativos a los instrumentos innovadores nuevos.

## EL PROCESO DE ELABORACIÓN DE LA ESTRATEGIA

18. Tras el apoyo manifestado por los Estados Miembros en la 66.ª Asamblea Mundial de la Salud a la elaboración de un proyecto de estrategia mundial contra el paludismo para después de 2015, la Secretaría celebró siete consultas regionales.[1] Se consultó a más de 400 expertos que representaban a programas nacionales contra la malaria, ministerios de salud, instituciones de investigación y asociados encargados de la ejecución. La Secretaría dirigió la tarea con el apoyo del Comité Asesor en Políticas de Paludismo y un comité de orientación exclusivo para la estrategia técnica mundial integrado por destacados expertos en el paludismo, científicos y representantes de países donde la enfermedad es endémica, que aportaron también sus puntos de vista amplios a la versión preliminar del documento. A continuación, la Secretaría preparó una versión revisada para someterla a una consulta en línea entre el 11 de julio y el 15 de agosto de 2014.

## VISIÓN, OBJETIVOS Y PRINCIPIOS

19. La visión de la OMS y de la comunidad mundial interesada en esta enfermedad es un mundo sin malaria. Como parte de esta visión, en la estrategia se establecen metas mundiales, ambiciosas pero factibles, para 2030, junto con hitos para medir los adelantos logrados en 2020 y en 2025. Los países

[1] Los informes de las reuniones figuran en WHO Global Malaria Programme, Global Techinical Strategy. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2014.

establecerán sus propias metas nacionales o subnacionales, que pueden diferir de las mundiales. Los objetivos, los hitos y las metas se describen en el cuadro 1.

**Cuadro 1. Objetivos, hitos y metas de la estrategia técnica mundial contra la malaria, 2016-2030**

| **Visión: Un mundo sin malaria** | | | |
|---|---|---|---|
| **Objetivos** | **Hitos** | | **Metas** |
| | **2020** | **2025** | **2030** |
| 1. Reducir las tasas de mortalidad por malaria en todo el mundo en comparación con las de 2015 | ≥40% | ≥75% | ≥90% |
| 2. Reducir la incidencia de casos de malaria en todo el mundo en comparación con la de 2015 | ≥40% | ≥75% | ≥90% |
| 3. Eliminar la malaria en los países en los que siga habiendo transmisión en 2015 | Por lo menos 10 países | Por lo menos 20 países | Por lo menos 35 países |
| 4. Evitar el reestablecimiento de la malaria en todos los países exentos de la enfermedad | Reestablecimiento evitado | Reestablecimiento evitado | Reestablecimiento evitado |

20. Estos objetivos rigen para todos los tipos de malaria en seres humanos y se han formulado después de examinar: 1) las metas de los programas nacionales contra la malaria enunciadas en sus planes estratégicos nacionales; 2) la magnitud de las disminuciones del número de casos y defunciones por esta enfermedad entre 2000 y 2012, según los datos notificados a la OMS; y 3) los resultados de modelos matemáticos de transmisión de la malaria por *P. falciparum* con el fin de estimar el posible efecto de diferentes combinaciones de intervenciones recomendadas entre 2016 y 2030.

21. La modelización indica que, si la cobertura de las intervenciones antimaláricas se mantiene en sus niveles actuales, la incidencia podría aumentar moderadamente como resultado de una pérdida parcial de inmunidad de los grupos de población que han experimentado disminuciones acentuadas de la intensidad de la transmisión. Sin embargo, este aumento y sus consecuencias podrían evitarse mediante esfuerzos concertados para optimizar el uso de los instrumentos que existen en la actualidad, particularmente el control vectorial, a niveles de cobertura superiores al 80% en las poblaciones en riesgo, lo cual reduciría considerablemente los casos y las defunciones por malaria. Teniendo en cuenta que alcanzar dicho nivel de cobertura resultaría difícil en la práctica, se necesitan innovaciones en cuanto a los instrumentos y los métodos destinados a suprimir la transmisión en las zonas donde esta es intensa; también hacen falta en las zonas y los grupos de población a los que en la actualidad resulta difícil hacer llegar las intervenciones.

22. La estrategia técnica contra la malaria se basa en cinco principios. Todos los países pueden acelerar los esfuerzos para lograr la eliminación mediante combinaciones de intervenciones adaptadas a las circunstancias locales. La responsabilización y el liderazgo de los países, junto con la participación de las comunidades, son esenciales para acelerar el progreso mediante un enfoque multisectorial. Para optimizar la ejecución de las intervenciones antimaláricas son imprescindibles la vigilancia, el seguimiento y la evaluación mejorados, así como la estratificación acorde con la carga de morbilidad malárica. Es imprescindible el acceso a los servicios de salud, especialmente por parte de los grupos de población más vulnerables y de acceso difícil. Por último, la innovación de los instrumentos y los métodos de ejecución permitirán que los países maximicen el avance hacia la eliminación.

## EL CAMINO HACIA LA ELIMINACIÓN DE LA MALARIA

23. El avance hacia un mundo sin malaria es un proceso continuo, no un conjunto de etapas independientes. Los países, las zonas subnacionales y las comunidades están situados en distintos puntos del camino hacia la eliminación de la malaria, y su ritmo de avance será diferente y dependerá de la cuantía de las inversiones, los determinantes biológicos (relacionados con los grupos afectados, los parásitos y los vectores), los factores ambientales, la fortaleza de los sistemas de salud y las circunstancias sociales, demográficas, políticas y económicas.

24. Con independencia del grado de endemicidad, el riesgo de malaria varía mucho dentro de un país o zona, de modo que la misma estrategia no es forzosamente adecuada para todas las circunstancias que se dan en un país. A medida que aumenta la cobertura de las intervenciones y se reduce la incidencia de malaria, es probable que aumente la heterogeneidad de las tasas de incidencia y la transmisión. Un criterio fundamental para optimizar las respuestas contra la malaria dentro de un país consistirá en estructurar los programas con arreglo a la estratificación según la carga de malaria y basándose en el análisis de los datos de incidencia anteriores, los determinantes del riesgo relacionados con el huésped humano, los parásitos, los vectores y el medio ambiente, todo ello aunado al análisis del acceso a los servicios.

25. El desempeño de los sistemas nacionales de salud y su adaptabilidad a las nuevas oportunidades son dos determinantes clave del ritmo de avance a lo largo del camino. A medida que los programas de control reduzcan la transmisión a niveles bajos o muy bajos, su objetivo debe dejar de ser la prevención, la detección y el tratamiento de casos para pasar a ser la prevención, la detección y el tratamiento de cada infección malárica. Esa transición exige contar con unos sistemas fortalecidos y sostenidos de vigilancia epidemiológica y entomológica, requisito que solo puede cumplirse mediante una financiación y un compromiso político sustanciales y prolongados, así como por medio de profundas transformaciones estructurales e institucionales de los programas contra la malaria.

26. La prioridad mayor de todos los países donde las tasas de transmisión son elevadas o moderadas es lograr la reducción máxima de la morbilidad y la mortalidad mediante la implantación sostenida del acceso universal a medidas de control vectorial, medios de diagnóstico y medicamentos antimaláricos de buena calidad y apropiados, junto con la aplicación de los tratamientos preventivos recomendados por la OMS que sean adecuados para las circunstancias epidemiológicas. Esas actividades deben ser respaldadas por sistemas de vigilancia epidemiológica eficaces, una sólida vigilancia entomológica y de la eficacia de los medicamentos y unos programas sólidos de comunicación de salud pública y de cambio comportamental.

27. En los países donde hay grandes posibilidades de transmisión, la aplicación óptima de todas las intervenciones idóneas propiciará un descenso acentuado de las tasas de morbilidad y mortalidad, pero ello no bastará para eliminar la malaria. En estas circunstancias, se necesitarán otros instrumentos para acelerar el avance. En estos momentos se están desarrollando muchos instrumentos nuevos que podrán aplicarse en los próximos 5 a 10 años (véanse los párrafos 79 a 95, «Aprovechar las innovaciones y ampliar las investigaciones»).

28. En cuanto los programas hayan reducido la transmisión a niveles muy bajos, deberán evaluar la factibilidad técnica, operativa y económica de la eliminación, así como la capacidad programática —en particular la capacidad de los sistemas de vigilancia para seguir de cerca y atender cada caso de infección malárica— para eliminar todas las infecciones maláricas. Además de las consideraciones, los recursos y la preparación de un determinado país, habrá que tener en cuenta la situación de los países vecinos y el riesgo de importación de la malaria.

29. A medida que los programas se acerquen a la eliminación o traten de evitar que la transmisión vuelva a establecerse, es preciso que los servicios generales de salud, lo mismo públicos que privados,

detecten y traten todos los casos de infección malárica y los comuniquen como una enfermedad de notificación obligatoria al registro nacional de malaria. Los pacientes a quienes se diagnostica la malaria deben ser tratados rápidamente con antimaláricos eficaces para impedir muertes evitables y reducir la probabilidad de que la transmisión continúe en la comunidad. Además, se deben mantener sistemas de vigilancia entomológica con el fin de introducir o modificar, según sea necesario, intervenciones apropiadas de control vectorial.

## MARCO ESTRATÉGICO

30. Con el fin de acelerar el avance hacia la eliminación, la OMS insta a los países afectados y a la comunidad mundial interesada en la malaria a que maximicen los efectos de los instrumentos y estrategias existentes que sirven para salvar vidas. Mientras no se obtengan instrumentos y métodos nuevos y mejores, es urgente la necesidad de adoptar y ampliar las estrategias recomendadas por la OMS a fin de aumentar la eficacia de las respuestas y acabar con las muertes evitables por malaria. La estrategia se basa en tres pilares y dos elementos de apoyo que orientan las actividades mundiales para avanzar hacia la eliminación de la malaria, los cuales se resumen a continuación.

31. **Pilar 1. Lograr el acceso universal a la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la malaria.** El conjunto de intervenciones básicas recomendado por la OMS —control vectorial, quimioprevención, pruebas diagnósticas y tratamiento, todas ellas de buena calidad— puede disminuir extraordinariamente la morbilidad y la mortalidad. En las zonas de transmisión entre moderada y alta, el objetivo primordial de los programas nacionales contra la malaria debería ser lograr el acceso universal a las intervenciones por parte de los grupos en riesgo. Los descensos de las tasas de incidencia y mortalidad maláricas son indicadores del éxito. La OMS recomienda aplicar las dos series de intervenciones en forma complementaria: 1) estrategias de prevención basadas en el control vectorial y, en determinadas circunstancias y ciertos grupos de población, la administración de quimioprevención; y 2) el diagnóstico universal y el tratamiento eficaz y rápido de la malaria en los establecimientos sanitarios públicos y privados del nivel comunitario. La estructuración de los programas con arreglo a la estratificación determinada por la carga de morbilidad malárica e incluyendo el análisis de los datos anteriores de incidencia, los determinantes del riesgo relacionados con el huésped humano, los parásitos, los vectores y el medio ambiente, todo ello aunado al análisis del acceso a los servicios, permitirá adaptar las intervenciones al contexto local y lograr el uso eficiente de los recursos.

32. **Pilar 2. Acelerar los esfuerzos para lograr la eliminación y alcanzar el estado exento de malaria.** Los países tienen que intensificar los esfuerzos para evitar la transmisión ulterior de las infecciones nuevas en zonas geográficas definidas, particularmente en circunstancias de transmisión de poca intensidad. Además de las intervenciones básicas, el logro de este objetivo implicará enfocar la atención tanto en los parásitos como en los vectores en focos de transmisión bien definidos, guiándose por la detección activa de casos y la investigación de casos como parte del programa de vigilancia y respuesta a la malaria. En ciertas circunstancias, el logro de la eliminación puede requerir el uso de medicamentos para la profilaxis u otros métodos nuevos para acabar con el reservorio de la infección que la OMS llegue a recomendar en su momento. La invención y aplicación de soluciones innovadoras será esencial para responder a la propagación de la resistencia a los insecticidas y la transmisión residual, así como para centrarse especialmente en los reservorios de hipnozoítos de *P. vivax.*

33. **Pilar 3. Transformar la vigilancia malárica en una intervención básica.** El fortalecimiento de la vigilancia de la enfermedad es fundamental para la planificación y la ejecución de los programas, y constituye un factor decisivo para acelerar el progreso. Todos los países donde la malaria es endémica y los que son susceptibles al reestablecimiento de esta parasitosis deberían implantar un sistema eficaz de administración e información sanitarias que ayude a los programas nacionales contra la malaria a dirigir los recursos a los grupos de población más afectados, reconocer lagunas en la cobertura, detectar brotes epidémicos y evaluar la repercusión de las intervenciones a fin de guiar los cambios de orientación de los programas. Cuando los niveles de transmisión sean muy bajos, la vigilancia debería activar una respues-

ta localmente adaptada a cada infección detectada, a las lagunas reconocidas en la cobertura del programa, a la mengua de la eficacia de los instrumentos o a la aparición de brotes epidémicos.

34. **Elemento de apoyo 1. Aprovechar las innovaciones y ampliar las investigaciones.** Para apoyar esos tres pilares, los países donde la malaria es endémica y la comunidad mundial interesada en esta enfermedad deberían aprovechar las innovaciones y acrecentar su implicación en las investigaciones básicas, clínicas y de ejecución. Las innovaciones fructíferas en la obtención de productos y la prestación de servicios serán una contribución importante para acelerar el progreso. La investigación básica resulta esencial para conocer mejor los parásitos y los vectores, y para obtener medios de diagnóstico y medicamentos más eficaces, métodos de control de vectores mejorados e innovadores y otros instrumentos, como las vacunas. La investigación acerca de la ejecución será fundamental para optimizar los efectos y la costoeficacia, así como para facilitar la implantación rápida en los grupos de población en riesgo.

35. **Elemento de apoyo 2. Fortalecimiento del entorno propicio.** Un compromiso político fuerte, una financiación sólida y un aumento de la colaboración multisectorial son factores fundamentales para seguir avanzando. Para optimizar las respuestas antimaláricas nacionales también son decisivos el fortalecimiento general de los sistemas de salud y el mejoramiento del entorno propicio. Los sistemas de salud fuertes, tanto públicos como privados, son importantes para disminuir la carga de morbilidad y la posibilidad de transmisión continua de los parásitos; además, favorecen la adopción e introducción de instrumentos y estrategias nuevos en el menor tiempo posible. A su vez, la ampliación de las intervenciones antimaláricas puede servir como punto de entrada para fortalecer los sistemas de salud, en particular los programas de salud maternoinfantil y los servicios de laboratorio, y crear sistemas más sólidos de información sanitaria y de vigilancia epidemiológica y entomológica. Por último, el empoderamiento de las comunidades, el aumento de la capacidad y la supervisión de apoyo para fortalecer al personal sanitario y los marcos de reglamentación son importantes para materializar la visión y alcanzar los objetivos y los hitos del proyecto de estrategia.

## LOS TRES PILARES DE LA ESTRATEGIA

### Pilar 1. Lograr el acceso universal a la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la malaria

36. El conjunto de intervenciones básicas recomendado por la OMS para prevenir la infección y disminuir la morbilidad y mortalidad abarca el control vectorial, la quimioprevención, las pruebas diagnósticas y el tratamiento, según se describe en los párrafos siguientes.

### Control vectorial

37. *Lograr el efecto máximo del control vectorial.* El control de vectores es un componente esencial del control y la eliminación de la malaria. La capacidad de los vectores para transmitir los parásitos y su vulnerabilidad a las medidas antivectoriales varían según la especie de mosquito y acusan la influencia de factores ambientales. El control vectorial debe basarse en los datos epidemiológicos y entomológicos locales. Hoy por hoy, las dos intervenciones básicas y de amplia aplicación son los mosquiteros tratados con insecticidas de efecto prolongado y la fumigación de interiores con acción residual.[1]

[1] WHO recommendations for achieving universal coverage with long-lasting insecticidal nets in malaria control, September 2013 (revised March 2014). Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2013. An operational manual for indoor residual spraying (IRS) for malaria transmission, control and elimination. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2013.

38. Es indispensable que los programas nacionales antimaláricos procuren que todos los habitantes de zonas con riesgo elevado de malaria se protejan mediante el suministro, el uso y la sustitución oportuna de mosquiteros tratados con insecticida de efecto prolongado o, cuando corresponda, la fumigación de interiores con acción residual. No se debe aplicar una intervención básica con el fin de compensar las deficiencias en la aplicación de la otra.[1] Sin embargo, en ciertas situaciones la fumigación se puede agregar para prevenir o aminorar la resistencia en zonas donde los mosquiteros se usan sistemáticamente; esta decisión tendrá que basarse en los datos locales. Cuando ambas intervenciones se aplican juntas, el insecticida de la fumigación debe tener un modo de acción distinto del que se usa en los mosquiteros. Los métodos suplementarios pueden convenir en circunstancias específicas, por ejemplo, el control de larvas en los criaderos acuáticos cuando estos son pocos, fijos y localizables.[2] La planificación, ejecución y monitoreo eficaces del control de larvas requieren una capacidad especializada de la que actualmente carecen la mayor parte de los programas antimaláricos y que hay que crear.

39. En muchas situaciones, la transmisión de los parásitos maláricos continúa a pesar de haberse logrado la cobertura universal con mosquiteros tratados o fumigación.[3] Para que estas intervenciones surtan un efecto máximo, los programas deben comprobar que los vectores se vean expuestos y sean sensibles a los insecticidas usados. Los mosquiteros tratados con insecticida de efecto prolongado afectan a los mosquitos que son activos de noche y pican en interiores, mientras que la fumigación con efecto residual ataca a los mosquitos que reposan en interiores. Esto significa que los mosquitos que pican al anochecer o que pican o reposan a la intemperie pueden evadir las intervenciones de uso más frecuente, lo que ocasiona la transmisión residual de la malaria. La transmisión puede continuar cuando las personas no están en casa o protegidas por los mosquiteros a las horas y en los lugares en que los vectores de la malaria prefieren picar. Para lograr el efecto máximo de los instrumentos de control vectorial actuales cuando su aplicación es aconsejable, los países deben usarlos eficazmente y sin poner en riesgo la calidad por una mala ejecución o por usar productos de mala calidad.

40. *Mantener una vigilancia y un seguimiento entomológicos adecuados.* Para aplicar una respuesta eficaz de control vectorial, los sistemas nacionales de vigilancia deben incluir la vigilancia entomológica y el seguimiento de la cobertura y el efecto de las intervenciones de control vectorial. El control vectorial debería guiarse por los datos epidemiológicos y entomológicos locales, en particular la resistencia a los insecticidas y el comportamiento de los vectores. Los países deben reunir datos de todas partes, incluidas las zonas sin malaria pero en riesgo de reestablecimiento.

41. La vigilancia entomológica tiene que incluir la evaluación periódica de las especies de vectores presentes, su abundancia y pautas estacionales, horas y lugares en que pican, sitios de reposo y huéspedes preferidos (comportamiento del vector), sensibilidad a los insecticidas y mecanismos subyacentes de resistencia a fin de prever la vulnerabilidad a las intervenciones. Igualmente esencial es el monitoreo sistemático de la cobertura y el efecto de las intervenciones, las condiciones materiales en que se hallan los mosquiteros tratados con insecticida de efecto prolongado, el uso efectivo de los mosquiteros y la utilidad que le atribuyen los usuarios, y el efecto residual de los insecticidas. Los datos obtenidos deben usarse para respaldar las decisiones con respecto al horario de las actividades de fumigación, las estrategias para el reemplazo de los mosquiteros y el desarrollo y el despliegue de instrumentos, incluidas las actividades de comunicación dirigidas a modificar el comportamiento de las personas.

---

[1] WHO guidance for countries on combining indoor residual spraying and long-lasting insecticidal nets. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2014.

[2] WHO interim position statement: the role of larviciding for malaria control in sub-Saharan Africa. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2012. Larval source management – a supplementary measure for malaria vector control: an operational manual. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2013.

[3] Control of residual malaria parasite transmission: guidance note, disponible en http://www.who.int/malaria/publications/atoz/technical-note-control-of-residual-malaria-parasite-transmission-sep14.pdf (consultado el 10 de marzo de 2015).

42. *Control de la resistencia a los insecticidas y transmisión residual.* Las intervenciones básicas de control vectorial siguen siendo eficaces casi en todas partes; no obstante, el aumento constante de la resistencia fisiológica de los mosquitos a los insecticidas y la combinación de los comportamientos de los vectores y de los seres humanos que mantienen la transmisión sostenida son problemas importantes que exigen una respuesta urgente y coordinada. Si la resistencia a los insecticidas no se contrarresta, podría causar aumentos considerables de la incidencia y la mortalidad por malaria, con consecuencias devastadoras para la salud pública. Se exhorta a todos los países donde la malaria es endémica, incluidos aquellos donde aún no se detecta resistencia, a trazar y ejecutar planes de monitoreo y control de la resistencia a los insecticidas.[1] El uso estratégico de los instrumentos actuales protege su eficacia. Los métodos de control de la resistencia consisten en usar insecticidas con diferentes modos de acción, ya sea mediante cambios periódicos (rotaciones) entre las tandas de fumigación de interiores con acción residual o mediante intervenciones combinadas múltiples. El comportamiento del vector que mengua la eficacia de las intervenciones básicas debe contrarrestarse mediante el uso de instrumentos nuevos. El costo de los productos para el control vectorial es una barrera importante para la aplicación de estrategias para prevenir y mitigar la resistencia a los insecticidas y reducir la transmisión residual. Los países deberían prever mejor sus necesidades de productos para el control vectorial y apoyar las compras mancomunadas. Dichas medidas deberían aumentar la confianza de los fabricantes, ayudar a estabilizar el mercado, reducir los precios y alentar las innovaciones.

43. *Fortalecer la capacidad para efectuar el control vectorial basado en datos científicos.* La ejecución y el monitoreo eficaces de las intervenciones de control vectorial requieren que los programas nacionales antimaláricos inviertan en recursos humanos y en el desarrollo institucional y de la infraestructura con miras a reforzar la capacidad de generar y analizar datos esenciales.[2] Se debería trazar un plan estratégico a largo plazo para fortalecer la capacidad sostenible en materia de recursos humanos y crear estructuras y sistemas de avance profesional que favorezcan la ejecución óptima de las intervenciones de control vectorial. Dicha capacidad es la base de todas las actividades de control y eliminación de la malaria, así como de la prevención del reestablecimiento de la enfermedad.

44. *Poner en práctica el control vectorial de la malaria en el contexto del control integrado de los vectores*. Para maximizar el efecto del control vectorial de la malaria —con inclusión del mantenimiento de una vigilancia y monitorización entomológicas adecuadas, de la gestión de la resistencia a los insecticidas y del fortalecimiento de la capacidad para efectuar un control vectorial basado en pruebas científicas— los programas nacionales contra la malaria deberían aplicar los principios del control integrado de los vectores, que es un proceso racional de toma de decisiones para hacer un uso óptimo de los recursos destinados al control vectorial. Trata de mejorar la eficiencia, la costoeficacia, la prudencia ecológica y la sostenibilidad del control de las enfermedades y los vectores con el fin último de prevenir la transmisión de enfermedades transmitidas por vectores. Los países deberían elaborar y aplicar planes nacionales sobre el control integrado de los vectores como parte de su estrategia más general de control de la malaria. Como la puesta en práctica del control vectorial requiere la participación de diferentes sectores, los países también deberían reforzar la coordinación intersectorial para obtener el máximo impacto.

---

[1] Programa Mundial de la OMS sobre Malaria. Global plan for insecticide resistance management in malaria vectors. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2012. Test procedures for insecticide resistance monitoring in malaria vector mosquitoes. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2013.

[2] WHO guidance note on capacity building in malaria entomology and vector control, disponible en http://www.who.int/malaria/publications/atoz/who_guidance_capacity_building_entomology.pdf (consultado el 10 de marzo de 2015).

**Quimioprevención**

45. *Ampliar el tratamiento preventivo para evitar la enfermedad en los grupos más vulnerables.* Las estrategias de tratamiento preventivo son elementos fundamentales de la estrategia múltiple para reducir la carga de morbilidad y la transmisión, y tienen que ampliarse mucho para ayudar a los países a disminuir la carga de la malaria. Esta intervención acaba con las infecciones existentes y previene las consecuencias de la parasitemia, como son la enfermedad y la muerte. Las estrategias de tratamiento preventivo varían según la intensidad de la transmisión y el grado de resistencia de los parásitos a los medicamentos antimaláricos en una zona determinada.

46. En la actualidad, el tratamiento preventivo recomendado por la OMS incluye el tratamiento preventivo intermitente de las embarazadas y los menores de 1 año, así como la quimioprevención estacional de los menores de 5 años.[1] Estas intervenciones se recomiendan en las zonas de transmisión entre moderada y alta en el África subsahariana; la quimioprevención estacional se recomienda únicamente en las zonas de intensa transmisión estacional en la subregión del Sahel. Las actuales estrategias de tratamiento preventivo se centran en la malaria por *P. falciparum* y es necesario crear otras para los demás tipos de la enfermedad.

47. *Proteger a todos los viajeros y migrantes que no son inmunes.* La quimioprofilaxis consiste en administrar dosis subterapéuticas de medicamentos antimaláricos a intervalos regulares suficientes para prevenir la enfermedad. Se debe administrar a las personas que se exponen a un riesgo elevado, junto con orientación sobre las medidas para evitar las picaduras del vector, particularmente en los viajeros no inmunes, que son más susceptibles de contraer la enfermedad y morir. Se recomienda también para los viajeros que van de una zona exenta de malaria a otra de alto riesgo dentro del mismo país.

**Pruebas diagnósticas y tratamiento**

48. *Lograr el acceso universal a las pruebas de diagnóstico de todos los casos presuntos de malaria.* Para confirmar el diagnóstico presuntivo de malaria en todos los casos se deben practicar pruebas de detección del parásito, como el examen microscópico de buena calidad o una prueba de diagnóstico rápido. Los servicios de salud, sean públicos o privados, deben confirmar el diagnóstico antes de administrar el tratamiento antimalárico. Todo caso confirmado deberá ser seguido muy de cerca y notificado al sistema de vigilancia, en cuyos datos se basa la planificación programática. Lograr el acceso universal a las pruebas de diagnóstico reducirá el uso excesivo del tratamiento combinado basado en la artemisinina, que es la pauta de primera línea para tratar la enfermedad sin complicaciones, y también la presión selectiva de los medicamentos sobre los parásitos.[2]

49. La ampliación del uso de las pruebas diagnósticas aportará datos oportunos y exactos de vigilancia basados en casos confirmados, no en casos presuntos. Además, permitirá mejorar la identificación y el tratamiento de muchas enfermedades febriles no maláricas que por la sola presencia de fiebre se presume que son malaria. La ampliación del acceso a las pruebas diagnósticas inmediatas ha ido a la zaga de las actividades de prevención mediante el control vectorial, pero el fortalecimiento del diagnóstico y el tratamiento en todas partes ayudará a reducir la morbilidad y la mortalidad por mala-

[1] Updated WHO policy recommendation: intermittent preventive treatment of malaria in pregnancy using sulfadoxine-pyrimethamine (IPTp-SP), Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2012. WHO policy recommendation on intermittent preventive treatment during infancy with sulphadoxine-pyrimethamine (SP-IPTi) for *Plasmodium falciparum* malaria control in Africa. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2010. WHO policy recommendation: seasonal malaria chemoprevention (SMC) for *Plasmodium falciparum* malaria control in highly seasonal transmission areas of the Sahel sub-region in Africa. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2013.

[2] Universal access to malaria diagnostic testing: an operational manual. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011.

ria. La OMS reconoce que el diagnóstico y el tratamiento radical seguro y eficaz de la malaria por *P. vivax* exige actualmente dos pruebas diagnósticas: la presencia de los parásitos *P. vivax* y el estado respecto de la glucosa-6-fosfato deshidrogenasa del paciente.

50. *Proporcionar tratamiento de buena calidad a todos los pacientes.* Lograr el acceso universal a los medicamentos antimaláricos recomendados por la OMS reviste una importancia decisiva en todas las circunstancias para prevenir la evolución de la malaria sin complicaciones a una forma grave de la enfermedad y la muerte. Después de la confirmación del diagnóstico, todo paciente con malaria por *P. falciparum* sin complicaciones debe ser tratado con una asociación basada en la artemisinina de buena calidad. Si en la zona hay *P. vivax* sensible a la cloroquina, la malaria por plasmodios distintos de *P. falciparum* debe tratarse con cloroquina o con una asociación basada en la artemisinina que sea eficaz en la región. Además del tratamiento combinado basado en la artemisinina o de la administración de cloroquina sola, todos los niños y adultos (menos las embarazadas) infectados por *P. vivax* o *P. ovale* que no presenten deficiencia de glucosa-6-fosfato deshidrogenasa deben recibir una pauta de 14 días de primaquina para prevenir la recaída. Todo caso grave de malaria por *P. falciparum*, *P. vivax* o *P. knowlesi* se debe tratar con artesunato o artemetero por vía parenteral, seguido de una tanda completa de tratamiento combinado basado en la artemisinina por la vía oral. La malaria grave exige atención médica urgente. La OMS ha puesto a disposición de los países unas recomendaciones detalladas.[1]

51. Los programas antimaláricos deben elaborar pautas nacionales de tratamiento detalladas que tengan en cuenta las modalidades locales de la farmacorresistencia de los parásitos y la capacidad de los servicios de salud. Los países deberían seleccionar el tratamiento combinado basado en la artemisinina recomendado por la OMS, que ofrece un 95% de eficacia demostrado mediante el monitoreo local de la eficacia terapéutica. Las asociaciones en dosis fijas (combinación de dos ingredientes activos diferentes en un solo comprimido) se recomiendan encarecidamente porque facilitan la observancia del tratamiento y disminuyen el posible uso indebido de los componentes individuales que vienen en envase alveolado. La artemisinina sola por vía oral nunca debe usarse para tratar la malaria sin complicaciones porque ello puede fomentar la aparición de farmacorresistencia.

52. *Ampliar las pruebas diagnósticas y el tratamiento en la comunidad.* La capacitación y el despliegue de agentes sanitarios y voluntarios de la comunidad puede complementar y ampliar sustancialmente el alcance de los servicios de salud públicos, particularmente en las zonas rurales y de acceso difícil, donde la infraestructura sanitaria tiende a ser más exigua y donde la transmisión de la malaria alcanza su grado máximo. El uso estratégico de agentes de salud comunitarios y voluntarios en la prevención y asistencia de la malaria no solo suple las deficiencias del sistema de salud sino que permite la asistencia ininterrumpida de los grupos más desfavorecidos. Los programas antimaláricos nacionales deberían ampliar la atención integrada de casos en la comunidad a la malaria, la neumonía y las enfermedades diarreicas, centrándose en los niños menores de 5 años.

53. *Monitorear la seguridad y la eficacia de los medicamentos antimaláricos y controlar la farmacorresistencia a los antipalúdicos.* El mejoramiento de la farmacovigilancia y el seguimiento de la eficacia de los medicamentos antimaláricos son esenciales para detectar eventos adversos imprevistos y la mengua de la eficacia, de tal manera que se puedan elegir las asociaciones medicamentosas más adecuadas para las normas nacionales de tratamiento. Los países deberían monitorear cada dos años la eficacia de los tratamientos antimaláricos de primera línea —contra la enfermedad causada por *P. falciparum* o por *P. vivax*— apoyándose en el protocolo estándar de la OMS para los estudios de

[1] Véanse las publicaciones de la OMS Guidelines for the treatment of malaria, third edition. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2015, y Tratamiento del paludismo grave: manual práctico. 3.ª edición. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2013.

eficacia terapéutica.[1] Una tasa de fracaso terapéutico superior al 10% debería propiciar un cambio de las normas nacionales de tratamiento de la malaria. Por ahora, los tratamientos combinados basados en la artemisinina siguen siendo muy eficaces, a condición de que los otros medicamentos de la asociación lo sean también. Pero hay que tener cuidado porque el surgimiento de resistencia a la artemisinina aumenta el riesgo de resistencia a los otros medicamentos de la asociación.

54. *Atajar la farmacorresistencia a los antimaláricos.* Proteger la eficacia de los tratamientos en combinación basados en la artemisinina y crear nuevas asociaciones debería ser una de las prioridades principales de los países donde la malaria es endémica y de la comunidad malariológica mundial.[2] En los países donde la artemisinina sola y en asociación sigue siendo plenamente eficaz, hay que promover el uso correcto de los medicamentos, prestando atención especial a la ampliación de las pruebas diagnósticas y el tratamiento de buena calidad, así como ampliar todas las intervenciones básicas contra la malaria, como el control vectorial, para prevenir el posible surgimiento de farmacorresistencia. En los países que registran resistencia a la artemisinina es urgente intensificar el control de la malaria para disminuir la carga de morbilidad y demorar o evitar la propagación de la farmacorresistencia. En las zonas de transmisión baja pero donde hay resistencia a la artemisinina, los países deberían emprender la eliminación rápida de la malaria por *P. falciparum*.

55. *Eliminar la malaria por* P. falciparum *en la subregión del Gran Mekong.* La resistencia de *P. falciparum* a la artemisinina ha surgido de manera independiente en muchos lugares de la subregión del Gran Mekong en Asia sudoriental. La situación es peor en la frontera entre Camboya y Tailandia, donde *P. falciparum* se ha vuelto resistente a casi todos los antimaláricos. El surgimiento de la multirresistencia podría amenazar gravemente los logros alcanzados hasta la fecha en esa zona y aumentar la carga de morbilidad en otras partes del mundo.[3] La eliminación de la malaria por *P. falciparum* es la única estrategia que puede evitar la propagación de la farmacorresistencia, y debería ser una prioridad urgente en la subregión del Gran Mekong mientras los instrumentos actuales sigan siendo eficaces.

56. *Eliminar de los mercados todos los medicamentos antimaláricos inapropiados.* Todos los países donde la malaria es endémica deberían proponerse la eliminación de todos los medicamentos antimaláricos inapropiados de los mercados del sector privado. Se insta a las autoridades nacionales de reglamentación farmacéutica a formular normas contra la producción, autorización de comercialización, exportación, importación y uso de la monoterapia con artemisinina por vía oral. Los países deberían también tomar medidas decisivas, como la vigilancia y las medidas reglamentarias y el seguimiento estricto, para eliminar los medicamentos antimaláricos ineficaces de los establecimientos sanitarios y las farmacias, así como su suministro por proveedores informales. Esas medidas serán determinantes para proteger la eficacia de los tratamientos combinados basados en la artemisinina y ayudarán mucho a acelerar el avance en el camino hacia la eliminación.

### Pilar 2. Acelerar los esfuerzos para lograr la eliminación y alcanzar el estado exento de malaria

57. Todos los países deberían proponerse eliminar la malaria. El logro de este objetivo implicará centrarse tanto en los vectores como en los parásitos. Evitar el contacto entre las personas y los vectores disminuirá la transmisión continua de nuevas infecciones, mientras que la eliminación de los parásitos que infectan a un gran número de personas no diagnosticadas acelerará el descenso de la transmi-

[1] Methods for surveillance of antimalarial drug efficacy. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2009.

[2] Alianza Mundial para Hacer Retroceder el Paludismo. Global plan for artemisinin resistance containment. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011.

[3] Emergency response to artemisinin resistance in the Greater Mekong subregion: regional framework for action 2013-2015. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2013.

sión. En los próximos 10 años aparecerán nuevos instrumentos y métodos que ayudarán a centrarse en el reservorio de los parásitos constituido por las personas infectadas. Las recomendaciones técnicas mencionadas como parte de este pilar están basadas en los instrumentos y métodos existentes, pero cabe prever que se amplíen en el plazo de dos o tres años.

58. *Reorientar los programas* Cuando en un país o una zona subnacional dados se haya disminuido el número de casos a niveles bajos, las prioridades y actividades de los programas antimaláricos tendrán que reajustarse para pasar a la fase final de la eliminación. De esta manera, además de las intervenciones mencionadas como parte del pilar 1, los programas deberán mejorar la vigilancia para detectar todas las infecciones, aplicar las medidas específicas para atacar a parásitos y vectores a fin de interrumpir la transmisión local, eliminar todos los parásitos que infectan a las personas y controlar el riesgo de reintroducción por casos importados.

59. *Sancionar leyes.* Se necesitan leyes nuevas para respaldar los cambios de prioridades de los programas, especialmente para prohibir la venta sin receta de los antipalúdicos y para fortalecer la vigilancia con miras a incluir la notificación obligatoria de todos los casos confirmados de infección detectados en los establecimientos sanitarios públicos y privados. Asimismo, los ministerios de salud, con el apoyo de las autoridades pertinente, necesitan asumir la supervisión directa de la gestión del suministro de los medicamentos antimaláricos; crear un sistema centralizado de notificación para la vigilancia epidemiológica de la malaria, los datos sobre el control vectorial, la notificación de brotes epidémicos, y los planes de preparación y respuesta; e intensificar la coordinación entre los organismos y servicios públicos, privados y de la comunidad.

60. *Renovar el compromiso político y profundizar la colaboración regional.* La fase final de la eliminación necesita un compromiso político fuerte, una financiación previsible a largo plazo y una mayor colaboración entre los países vecinos. En muchos países existe la necesidad urgente de ampliar los esfuerzos para apoyar a las comunidades en riesgo en las zonas de transmisión baja, especialmente las alejadas y de acceso difícil. Se deberían hallar soluciones para proteger a los grupos de población itinerantes y los trabajadores migrantes dentro de los países y entre estos, informándoles de los peligros de la enfermedad y brindándoles acceso a instrumentos de prevención y tratamiento mediante consultorios accesibles.

61. *Reducir el número de infecciones sin detectar.* Para conseguir la eliminación completa de los parásitos de la malaria en las personas infectadas utilizando intervenciones de salud pública habrá que aplicar métodos nuevos que aún no forman parte del repertorio de instrumentos recomendados por la OMS. Estrategias como la administración en masa de medicamentos se han usado satisfactoriamente en el pasado, y actualmente se están explorando en varias situaciones de transmisión. En varias investigaciones se está evaluando el posible papel de la administración de fármacos que bloquean la transmisión en los lugares donde esta es intensa, con el fin de acelerar el avance hacia la eliminación. Otras investigaciones están examinando las repercusiones y el efecto a largo plazo de la administración de antimaláricos eficaces a toda una población o a grupos seleccionados, en particular el tratamiento de personas infectadas seleccionadas mediante la detección de los parásitos por pruebas muy sensibles.

62. *Aplicar el control focalizado de los vectores de la malaria.* A medida que la transmisión disminuya a niveles bajos en los países o zonas subnacionales, en casi todas partes habrá que mantener la cobertura universal de los grupos en riesgo de contraer la malaria aplicando intervenciones de control vectorial para evitar el resurgimiento. En una zona determinada, el grupo de población en riesgo definido probablemente cambie a medida que los programas avancen hacia la eliminación. El cambio de la cobertura universal a la focalización del control vectorial en determinados grupos o zonas puede estar justificado cuando el potencial intrínseco de transmisión es bajo, los sistemas de vigilancia son sólidos, el grado de preparación es alto y se tiene la capacidad de responder rápidamente si la transmisión volviera a producirse. La fumigación focalizada de interiores con efecto residual desempeña una

función importante en algunos entornos como respuesta a los brotes epidémicos y la reaparición de la transmisión, o para eliminar focos de esta. A medida que la transmisión descienda, podría aumentar la necesidad de aplicar medidas suplementarias como el control de larvas en los criaderos.

63. *Prevenir el reestablecimiento local de la transmisión de la malaria.* Incluso después de haber eliminado la enfermedad de un país o una región de este, la importación constante de casos obliga a mantener una detección de casos de gran calidad. La vigilancia para reconocer una posible reaparición de la transmisión local es responsabilidad de los servicios de salud generales como parte de su función normal de control de las enfermedades transmisibles, en colaboración con otros sectores pertinentes (como agricultura, medio ambiente, industria y turismo). Con miras a reducir la importación de los parásitos, las personas que van a viajar a zonas donde la malaria es endémica deben recibir información sanitaria, quimioprofilaxis y orientación sobre las medidas para protegerse de las picaduras de los mosquitos. Los visitantes e inmigrantes que provienen de zonas endémicas deben ser informados de los riesgos de la malaria y tener acceso fácil y gratuito a los medios de diagnóstico y tratamiento. El control vectorial tendrá que seguirse aplicando para atajar los brotes epidémicos y proteger las zonas donde la transmisión puede resurgir y que están expuestas a la importación frecuente de los parásitos maláricos. Las modalidades de vigilancia que es preciso aplicar para mantener el estado exento de malaria dependen de la vulnerabilidad y la receptividad de la zona en cuestión. El programa para prevenir el restablecimiento de la transmisión es permanente. Por consiguiente, debe mantenerse la vigilancia en los países en los que ya no hay transmisión.

64. *Aplicar la quimioterapia bloqueadora de la transmisión.* Esta quimioterapia consiste en usar medicamentos antimaláricos eficaces para reducir la transmisión de gametocitos, la etapa sexuada de los plasmodios que infecta a los mosquitos vectores, interrumpiendo de esta manera el ciclo de transmisión. La OMS recomienda la quimioterapia bloqueadora de la transmisión para disminuir la transmisión de la malaria, particularmente en las zonas bajo la amenaza de resistencia de *P. falciparum* a la artemisinina y como parte de las estrategias para eliminar la infección por este plasmodio.[1] Esta intervención se recomienda actualmente en zonas con transmisión baja y una cobertura de tratamiento elevada. Hoy en día se cuenta con estrategias de bloqueo de la transmisión dirigidas a la malaria por *P. falciparum*, pero no se han ideado para otros parásitos maláricos.

65. *Detectar todas las infecciones para lograr la eliminación y evitar el reestablecimiento.* Cuando la tasa de transmisión es muy baja, la detección activa y la investigación de las infecciones, además de las medidas para preservar el estado exento de malaria y la notificación en los establecimientos sanitarios, son medidas importantes para suprimir los focos residuales de transmisión.[2] La investigación de casos y la detección de infecciones en las personas que conviven con un enfermo malárico diagnosticado por un establecimiento médico brindarán información sobre la posible exposición a las mismas fuentes de infección a fin de determinar si está ocurriendo la transmisión local o si los casos son importados.

66. *Uso de medicamentos para reducir la reserva de parásitos.* La administración de medicamentos antimaláricos es un componente de la estrategia de eliminación porque estos pueden acabar con la reserva de parásitos en la población tratada y, si se usan de manera preventiva, disminuyen la cantidad de personas susceptibles y la capacidad de transmisión de los gametocitos. En el futuro, la OMS evaluará la posible función de los medicamentos para destruir los mosquitos antes de que puedan transmitir los parásitos maláricos, y también para tratar todas las infecciones al margen de la presencia de

---

[1] The updated WHO policy recommendation: on single dose primaquine as a gametocytocide in *Plasmodium falciparum* malaria. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2012.

[2] Disease surveillance for malaria elimination: an operational manual. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2012; Policy brief on malaria diagnostics in low-transmission settings. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2014.

síntomas o del comportamiento de búsqueda de asistencia médica. En la tarea dirigida a lograr la eliminación, todos los pacientes infectados por *P. vivax* o *P. ovale* según las pruebas de laboratorio deben recibir una pauta radical para eliminar todos los hipnozoítos remanentes, que posteriormente podrían causar una recaída.

67. *Idear estrategias específicas contra P. vivax.* La eliminación solo podrá lograrse prestando mayor atención a *P. vivax*, parásito menos conocido que *P. falciparum*. La malaria causada por *P. vivax* plantea muchas dificultades y requiere estrategias específicas. Estas son las dificultades:

- *P. vivax* tolera una mayor variedad de condiciones ambientales que *P. falciparum* y por lo tanto tiene una distribución geográfica más amplia;

- *P. vivax* puede ser transmitido de los seres humanos a los mosquitos antes de que aquellos presenten síntomas;

- los métodos corrientes de control vectorial (mosquiteros tratados con insecticidas de efecto prolongado y fumigación de interiores con acción residual) pueden tener menos eficacia contra *P. vivax* porque en muchas zonas donde este predomina los mosquitos vectores pican al atardecer y a la intemperie, donde también reposan;

- los hipnozoítos latentes son más difíciles de detectar porque de ordinario la parasitemia es baja y dichas etapas se alojan en el hígado, de manera que no pueden ser detectadas con las pruebas diagnósticas actuales;

- los hipnozoítos pueden causar recaídas múltiples, una morbilidad considerable y una transmisión continua;

- los hipnozoítos de *P. vivax* solo se eliminan mediante una tanda de 14 días de primaquina, que puede acarrear efectos colaterales graves (anemia hemolítica) en personas con deficiencia de glucosa-6-fosfato deshidrogenasa, y está contraindicada en grupos vulnerables como los lactantes y las mujeres embarazadas o que amamantan;

- la prueba para determinar la deficiencia de glucosa-6-fosfato deshidrogenasa es difícil y en muchas partes no se tienen los medios para efectuarla;

- la malaria por *P. vivax* resistente a la cloroquina se está propagando.

68. *Usar la vigilancia como una intervención en los programas de eliminación.* A medida que los programas antimaláricos avanzan hacia la eliminación, la finalidad de la vigilancia es detectar todas las infecciones maláricas, sean sintomáticas o no; investigar cada caso individual de infección y distinguir los casos importados de los locales; y procurar que cada caso detectado reciba tratamiento para evitar que transmita la infección. Si bien las infecciones ocurren esporádicamente o en focos delimitados, los sistemas de vigilancia deben abarcar todo el país y prestar atención especial a las zonas donde la transmisión persiste o se producía en fecha reciente. Los países deben monitorear las infecciones importadas, que representan una gran proporción de las infecciones en la fase de eliminación y pueden entrañar el riesgo de reestablecimiento de la transmisión en zonas donde ya se había interrumpido.[1]

[1] Disease surveillance for malaria elimination: an operational manual, disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44852/1/9789241503334_eng.pdf (consultado el 10 de marzo de 2015).

**Pilar 3. Transformar la vigilancia malárica en una intervención básica**

69. Sea cual fuere la etapa del camino hacia la eliminación en que se encuentren los países, la vigilancia de la malaria se debe transformar en una intervención básica en las estrategias nacionales y subnacionales contra esta enfermedad. La vigilancia transformada en intervención abarca el seguimiento de la enfermedad y de las respuestas programáticas, así como la adopción de medidas acordes con los datos recibidos. En este momento, la mayor parte de los países con una carga elevada no se hallan en condiciones de recopilar datos esenciales sobre la malaria de manera continua, lo cual dificulta ofrecer respuestas óptimas, evaluar las tendencias de la enfermedad y responder a los brotes epidémicos. La vigilancia como intervención puede funcionar más intensamente cuando los programas se hallan cerca de la eliminación, pero en todas las etapas del camino hace falta una vigilancia eficaz. Se describen a continuación los beneficios de la vigilancia eficaz y las medidas necesarias para transformarla.

70. La vigilancia sólida de la malaria permite a los programas optimizar su funcionamiento al imbuirles la capacidad de:

- propugnar las inversiones de fuentes nacionales e internacionales, acordes con la carga de morbilidad malárica en un país o una zona dentro de este;
- asignar los recursos a los grupos que más los necesitan y a las intervenciones más eficaces, con miras a conseguir la mayor repercusión sanitaria posible;
- evaluar periódicamente si los planes están progresando según lo previsto o si es necesario hacer ajustes de la escala o la combinación de intervenciones;
- rendir cuentas de los resultados de la financiación recibida y permitir que la ciudadanía, los representantes electos y los donantes determinen si el dinero se ha utilizado adecuadamente;
- evaluar si se han cumplido los objetivos programáticos y determinar lo que ha funcionado y lo que no, a fin de trazar programas más eficientes y eficaces.

71. *La vigilancia en zonas de transmisión elevada.* El análisis de los datos y el monitoreo de los programas se basan en números globales, y las medidas se aplican a nivel de la población para procurar que todos los grupos tengan acceso a los servicios y no haya tendencias negativas de la enfermedad.[1] La información exacta y puntual sobre los números y las tendencias de las defunciones relacionadas con la malaria son un requisito fundamental para seguir de cerca el progreso del control de la enfermedad. Se deben desplegar esfuerzos concertados para lograr que todos los internamientos y defunciones por malaria en los hospitales y establecimientos sanitarios sean confirmados mediante una prueba parasitológica y notificados al sistema nacional de vigilancia. El carácter representativo de los datos hospitalarios se debe caracterizar en lugares determinados con una población beneficiaria bien definida en los que la causa de defunción se registre continuamente.

72. *La vigilancia en zonas de transmisión baja.* En las zonas donde las tasas de transmisión son bajas o moderadas, se observa gran heterogeneidad en la distribución de la malaria y por ello es cada vez más importante reconocer a los grupos de población más susceptibles a la enfermedad y enfocar adecuadamente las intervenciones. La malaria puede concentrarse en grupos marginados, como los que viven en zonas de acceso difícil o fronterizas, los trabajadores itinerantes y migrantes y los grupos tribales con acceso limitado a los servicios. Puede ser necesario llevar los servicios de diagnóstico y

[1] Disease surveillance for malaria control: an operational manual, disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44851/1/9789241503341_eng.pdf (consultado el 10 de marzo de 2015).

tratamiento directamente a los grupos sin acceso a ellos (es decir, la detección y el tratamiento activos de casos). A medida que la inmunidad colectiva disminuye por efecto de las intervenciones, es importante que los programas estén alerta ante la posibilidad de brotes epidémicos y que se intensifique la notificación (por ejemplo, semanalmente) de la incidencia de las infecciones y el monitoreo de los determinantes principales de la transmisión, como los datos meteorológicos.

73. *Vigilancia en las zonas seleccionadas para la eliminación de la malaria.* Cada vez es más necesaria la existencia de sistemas de notificación exclusivos de la malaria para satisfacer las necesidades de información adicional y concentrar y monitorear las intervenciones en grupos o focos de riesgo particulares. Conforme se avanza hacia la eliminación, se hace necesario investigar los casos individuales de infección o los conglomerados de casos a fin de conocer los factores de riesgo y eliminar los focos de transmisión. También va cobrando importancia procurar que los sistemas de vigilancia recopilen los datos de los casos detectados por los prestadores de asistencia del sector privado, tanto formales como informales. Los recursos y la capacidad necesarios para el funcionamiento y mantenimiento de los sistemas de vigilancia de la malaria, que se vuelven más complejos y consumen muchos recursos al pasar a la fase de eliminación, aumentan sin cesar, de manera que es preciso ofrecer aptitudes, capacitación y actividades adicionales al personal involucrado. Hay que mantener sistemas de vigilancia sólidos para sostener la eliminación una vez que esta se ha logrado; los países necesitan también monitorear el riesgo de importación (vulnerabilidad) y la posibilidad de transmisión en las zonas de riesgo (receptividad).[1]

74. *Invertir en sistemas de información ordinarios.* Los sistemas de información ordinarios cobran una importancia decisiva en la vigilancia de todas las etapas de control de la malaria y sientan las bases para supervisar las actividades de los programas antimaláricos. Hay que invertir en la gestión y el uso de los datos aportados por los sistemas de información ordinarios mejorados a fin de generar la información necesaria para la planificación, ejecución y evaluación de los programas. Es preciso aportar el apoyo económico y logístico suficiente para la adquisición de material y equipo de oficina, la capacitación y actualización del personal, la supervisión de los establecimientos sanitarios y las comunicaciones. La notificación de datos requiere una gestión que implante el control de calidad y un buen seguimiento. El fortalecimiento de la capacidad técnica del personal para el análisis y la interpretación de los datos es una necesidad imperiosa para lograr que los programas usen de la manera más eficaz la información de vigilancia.

75. *Recopilar los datos necesarios para conocer las tendencias de la enfermedad y el desempeño general de los programas.* La información necesaria abarca los datos sobre recursos destinados al control de la malaria (financiación, personal y bienes del programa), los niveles existentes de prestación de servicios (acceso a estos y cobertura de las intervenciones) y las tendencias en la utilización de los servicios de salud. También incluye datos sobre los grupos de población afectados, en particular las tasas de prevalencia de infección por los distintos parásitos maláricos y los factores vinculados con un riesgo más elevado de contraer la malaria. Entre las diversas fuentes de datos sobresalen los sistemas de información ordinarios (para seguir de cerca las finanzas, el flujo de bienes, la prestación de servicios y las tendencias de la enfermedad), las encuestas de los establecimientos sanitarios (para seguir de cerca la ejecución de los servicios que prestan), las encuestas domiciliarias para seguir de cerca la cobertura del programa y la prevalencia de los parásitos (en los grupos de población) y los resultados de las investigaciones sobre la ejecución. Los sistemas de vigilancia entomológica son necesarios para actualizar periódicamente la información sobre los vectores, su comportamiento y su sensibilidad a los insecticidas. Los estudios de eficacia terapéutica son esenciales para detectar la resistencia a los medicamentos antimaláricos. El peso que se concede a cada fuente de datos varía según la intensidad de la transmisión de la malaria y la madurez y capacidad del programa antimalárico.

[1] Disease surveillance for malaria elimination: an operational manual, disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44852/1/9789241503334_eng.pdf (consultado el 10 de marzo de 2015).

76. *Trazar planes estratégicos nacionales que tengan en cuenta las características epidemiológicas y la heterogeneidad de la malaria en el país.* A medida que aumenta la cobertura de las intervenciones y se reduce la incidencia de malaria, aumenta la heterogeneidad de las tasas de incidencia y de transmisión. Un método fundamental para optimizar las respuestas a la malaria dentro de un país o territorio será la estratificación, según la cual un país o zona se divide en unidades más pequeñas en las que puede ser necesario aplicar distintas combinaciones de intervenciones. Los planes estratégicos nacionales deben tener en cuenta la preparación de los sistemas de salud para ampliar los programas antimaláricos y determinar los recursos necesarios para alcanzar los niveles previstos de cobertura y repercusión. Deben definir la función de las distintas partes interesadas en la ejecución del plan y fijar las metas para monitorear el avance y lograr la rendición de cuentas.

77. *Supervisar a intervalos periódicos la ejecución de los planes estratégicos nacionales contra la malaria.* En particular, se deben efectuar exámenes anuales antes de preparar el presupuesto; pueden realizarse exámenes a mitad de periodo para evaluar los avances preliminares; y el examen final del programa deberá hacerse antes de formular el siguiente plan estratégico. Cada mes o cada tres meses, a modo de retroalimentación, se debe comunicar a los distritos y establecimientos sanitarios, incluidos los privados, la información sobre el estado que guardan ciertos indicadores clave. Conviene que los datos se sinteticen de manera que el personal de los establecimientos y distritos sanitarios pueda evaluar fácilmente su desempeño. La supervisión y vigilancia de los programas no debe circunscribirse a los gestores y ejecutores de los programas antimaláricos. Otras dependencias gubernamentales, funcionarios electos, miembros de la comunidad y donantes tienen interés en que haya programas antimaláricos de gran calidad y necesitan someter a escrutinio las operaciones que están apoyando. Si participan en el examen de los programas, pueden ayudar a que estos satisfagan las necesidades de la población y a que el control y la eliminación de la malaria se promuevan como una prioridad del desarrollo.

78. *Lograr que el sistema de vigilancia sea supervisado.* Los sistemas ordinarios de información sanitaria y la vigilancia epidemiológica eficaz permiten que los programas sigan de cerca la financiación, la cobertura de las intervenciones y las tendencias de la enfermedad. Es importante supervisar el desempeño del sistema de vigilancia mediante parámetros como el porcentaje de establecimientos sanitarios que presentan informes mensuales, la proporción de establecimientos sanitarios que reciben retroalimentación trimestral, y, en la fase avanzada de la eliminación, la proporción de casos y defunciones que son investigados. Otras características importantes que deben evaluarse periódicamente son la oportunidad, la exactitud, la representatividad y la validez. La supervisión del sistema de vigilancia pondrá de relieve los puntos flacos y permitirá adoptar medidas para mejorar la vigilancia, lo que a su vez puede mejorar el desempeño del programa antimalárico y acelerar el avance hacia la eliminación.

## ELEMENTO DE APOYO 1. APROVECHAR LAS INNOVACIONES Y AMPLIAR LAS INVESTIGACIONES

79. Se prevé que en el periodo de vigencia de la presente estrategia surjan unos instrumentos nuevos e importantes, tales como medicamentos nuevos y más eficaces, asociaciones medicamentosas nuevas, medios de diagnóstico mejorados, vacunas nuevas, insecticidas nuevos y otros instrumentos innovadores de control vectorial. Mientras no aparezcan esos instrumentos nuevos, los programas deberían realizar investigaciones sobre la ejecución para refinar la aplicación de las intervenciones existentes de una manera eficaz y eficiente en las circunstancias locales. Esas investigaciones tendrán que centrarse en particular en la cobertura y la observancia de la población a plazos corto y medio, así como en los aspectos de recursos humanos; además, deberán estar bien diseñadas para aportar datos de calidad suficiente que permitan respaldar recomendaciones normativas. Conforme vayan surgiendo instrumentos y métodos nuevos, serán examinados por la OMS y los organismos nacionales de reglamentación antes de emitir las recomendaciones pertinentes. Los países deberían velar por la existencia de un entorno de reglamentación que facilite la evaluación rápida, pues la implantación de instrumentos validados reviste una importancia decisiva. Los escollos que dificulten la introducción de instrumentos nuevos tendrán que detectarse mediante los estudios de ejecución a fin de eliminarlos tempranamente y facilitar así el uso inmediato

de aquellos una vez que haya datos objetivos que permitan definir las condiciones adecuadas para su despliegue. A continuación se describen las prioridades de estas cinco áreas.

**Control vectorial**

80. Se están estudiando muchos instrumentos y métodos que permitan superar los problemas específicos de la resistencia de los vectores a los insecticidas y la transmisión residual. Cabe mencionar insecticidas nuevos, formulaciones o métodos de aplicación, nuevas sustancias para atraer o repeler los mosquitos, agentes bioactivos nuevos (por ejemplo, hongos o endosimbiontes), nuevos puntos de ataque en el ciclo vital de los mosquitos (por ejemplo, alimentación con azúcar o fases de apareamiento y oviposición) y mosquitos modificados por bioingeniería. También se están explorando estrategias nuevas para mejorar la implantación de las intervenciones, como el uso novedoso de la tecnología de los teléfonos móviles y la cartografía digital. Se necesitan igualmente instrumentos para proteger a las personas cuando, por motivos profesionales o de otra índole, se hallan fuera de viviendas protegidas por intervenciones básicas.

81. La mejora de las intervenciones básicas de control vectorial existentes es un área prioritaria que exige más atención, habida cuenta de que habrá que seguir haciendo grandes desembolsos en este rubro. Además de la incorporación de nuevos ingredientes activos en estas intervenciones, son importantes la obtención y validación de mosquiteros con un efecto residual mejorado o prolongado y que sean más útiles y físicamente más resistentes. Por consiguiente, los países deberían seguir aplicando la investigación operativa para mejorar el acceso, el sentido de propiedad y el uso de los mosquiteros y la calidad e implantación de la fumigación de interiores con acción residual, incluidos los componentes de comunicación para modificar el comportamiento.

82. Es imprescindible explorar urgentemente estas opciones a fin de lograr el acceso oportuno y asequible a instrumentos mejorados de control vectorial, en particular las dirigidas a reducir la resistencia a los insecticidas y la transmisión residual. Los países y la comunidad mundial tienen que colaborar con la industria y las instituciones investigadoras para identificar y validar los marcadores de la resistencia a los insecticidas, determinar la magnitud y los factores que impulsan la transmisión residual, y evaluar instrumentos en estudio. Se requiere formular una definición clara del tipo de pruebas científicas necesarias para validar los instrumentos nuevos, junto con un proceso reconocido para recomendar la aplicación programática.

83. La garantía de la calidad de los productos y el equipo para el control de vectores, tanto existentes como nuevos, es indispensable para lograr la eficacia y la seguridad. En vista de que la capacidad mundial y nacional para realizar evaluaciones del control de la calidad es reducida, los países tienen que invertir en la formación de personal especializado suficiente y los establecimientos necesarios.

**Pruebas diagnósticas y tratamiento**

84. Se necesitan investigaciones para crear instrumentos que puedan detectar más fácilmente la parasitemia poco intensa en portadores asintomáticos y determinar la eficacia de diferentes estrategias de tamizaje cuando los niveles de transmisión son altos, con el fin de dirigir adecuadamente las intervenciones, y cuando los países entran en la fase de eliminación. Se necesitan mejores pruebas diagnósticas rápidas específicas en el punto de atención para todos los plasmodios distintos de *P. falciparum*, y así como técnicas diagnósticas para detectar los hipnozoítos de *P. vivax*.

85. Hacen falta también pruebas diagnósticas sencillas en el punto de atención para determinar la situación de las personas con respecto a la glucosa-6-fosfato deshidrogenasa con el fin de ampliar el acceso al tratamiento de la malaria por *P. vivax* con 8-aminoquinolinas.

86. Hay que tener una cartera bien surtida de agentes terapéuticos en estudio porque la utilidad a largo plazo de cualquier medicamento o asociación medicamentosa se ve amenazada por el surgimiento y la propagación de la farmacorresistencia. La asociación ideal sería un tratamiento seguro, eficaz y asequible en dosis única que produjera la curación radical, disminuyera la capacidad de transmisión de los gametocitos, ejerciera un efecto profiláctico de las infecciones por *P. falciparum* y *P. vivax*, y pudiera usarse durante el embarazo y en personas con deficiencia de glucosa-6-fosfato deshidrogenasa. Hay que crear nuevas pautas medicamentosas que sean seguras, bien toleradas, asequibles, no fomenten la resistencia y tengan un espectro amplio de actividad para el tratamiento de los casos clínicos confirmados y para el tratamiento en masa contra el reservorio del parásito, incluidas las formas sexuadas de *P. falciparum* y de *P. vivax*. Habrá que crear otras vías de reglamentación para la obtención de nuevos agentes quimioprofilácticos, así como estrategias claras de investigación para obtener medicamentos antimaláricos para el tratamiento preventivo.

87. Se necesitan con urgencia pruebas rápidas de aplicación e interpretación sencillas de los marcadores moleculares de la farmacorresistencia para todos los componentes de las asociaciones medicamentosas. La identificación y validación de marcadores moleculares mejorará la capacidad de vigilar el surgimiento y la propagación de la resistencia a cada medicamento por separado. Además de los marcadores moleculares para detectar la farmacorresistencia de *P. falciparum*, se necesitan otros para detectar la resistencia de *P. vivax*. Una vez que se logren los medios para vigilar los marcadores moleculares de farmacorresistencia, estos serán útiles particularmente en zonas de transmisión baja donde cada vez es más difícil efectuar estudios de eficacia terapéutica.

88. Hay que desplegar estrategias específicas para las circunstancias locales a fin de conocer mejor los comportamientos de búsqueda de asistencia médica en las regiones con transmisión continua a fin de aumentar la demanda de tratamiento, pruebas y tratamiento recomendado. Se deben idear métodos innovadores para que tanto los prestadores de asistencia públicos como los privados, y los que no forman parte del sistema sanitario formal, cumplan las directrices para detectar, tratar y registrar todos los casos de malaria.

**Vacunas antimaláricas**

89. Se prevé que en el futuro las vacunas antimaláricas representen una adición importante a los medios de control. Actualmente se hallan en diversas etapas de desarrollo varias vacunas candidatas, con diferentes mecanismos de acción, para prevenir las infecciones por *P. falciparum* y *P. vivax*. Una de ellas (RTS,S) está próxima a obtener la autorización y ser examinada con miras a una recomendación normativa. La comunidad sanitaria mundial ha pedido la obtención y autorización, para 2030, de vacunas antimaláricas con una eficacia protectora mínima del 75%. Se prevé que las vacunas sean un instrumento complementario que no debería remplazar a la serie de intervenciones básicas.

**Vigilancia**

90. Los adelantos en la tecnología de la información y las comunicaciones ofrecen perspectivas de aumentar la oportunidad de la notificación, mejorar el intercambio de datos (entre sistemas de información y distintos niveles del sistema de salud) y fortalecer el análisis de los datos. La tecnología de la información puede aplicarse para optimizar y mejorar las adquisiciones y el suministro, los sistemas de alerta temprana y la cartografía de las deficiencias en la prestación de servicios Además, la adopción de tecnologías nuevas debería brindar la oportunidad de mejorar la gestión de los sistemas y fortalecer la capacidad y los recursos humanos implicados.

91. Hay que propiciar un mejor intercambio de los resultados de las intervenciones y las pruebas de sensibilidad a los antimaláricos, así como de la información relativa a los adelantos de la vigilancia y las investigaciones que con frecuencia son generados por muchas instituciones y obran en poder de

estas. Todo acuerdo de investigación o prestación de servicios debería incluir una cláusula de intercambio de datos, a ser posible mediante portales de acceso libre.

92. Se necesitan investigaciones para determinar las estrategias más eficaces para detectar casos y para evaluar la eficacia de los conjuntos de intervenciones una vez que se detectan.

**Eliminación**

93. Se requieren investigaciones para definir la variedad de los entornos donde la reducción de la transmisión mediante el ataque directo al reservorio de los parásitos sea una intervención eficaz. También será preciso definir la mejor combinación de métodos para optimizar los intervalos entre tratamientos y los mecanismos para vigilar la eficacia de las intervenciones. Entre estos últimos se incluyen las valoraciones diagnósticas submicroscópicas muy sensibles para detectar la parasitemia por *P. falciparum* y *P. vivax*.

94. Las recaídas de la infección por *P. vivax* representan una proporción considerable de la transmisión de la malaria causada por los hipnozoítos presentes en el hígado. Es necesario idear estrategias dirigidas contra este reservorio del parásito como parte de las iniciativas de eliminación de *P. vivax*, con inclusión de las personas que no pueden ser tratadas con primaquina.

95. Hay que efectuar investigación básica dirigida a obtener instrumentos nuevos para prevenir la transmisión, incluidas vacunas contra diferentes etapas del ciclo vital del parásito y que puedan ser eficaces para prevenir todas las infecciones o centrándose directamente en las etapas sexuadas y prevenir la infección de los mosquitos.

**ELEMENTO DE APOYO 2. FORTALECIMIENTO DEL ENTORNO PROPICIO**

96. Las intervenciones antimaláricas tienen que encajar y apoyarse en un entorno propicio sólido que favorezca la ampliación de los esfuerzos de manera eficaz y sostenible. Se describen enseguida las actividades que coadyuvan a crear ese entorno propicio.

97. *Aumentar la financiación internacional y nacional.* Es urgente la necesidad de aumentar y sostener un compromiso político de alto nivel y la existencia de una financiación previsible y a largo plazo de los programas antimaláricos. Se alienta a los donantes internacionales a mantener y aumentar los compromisos con los objetivos y programas contra la malaria; hay que idear nuevas soluciones de financiación para aprovechar los fondos para el desarrollo y del sector privado que están surgiendo. Se insta a los países donde la malaria es endémica a aumentar los recursos nacionales dirigidos a fortalecer los sistemas de salud y combatir la enfermedad. La financiación sólida y previsible también es esencial para sostener los logros recientes: si los países disminuyen los niveles existentes de cobertura de las intervenciones debido a una financiación insuficiente, podrían venirse abajo algunos logros recientes en los esfuerzos mundiales contra la malaria. El mantenimiento de programas y capacidad sólidos contra la malaria reviste importancia capital en cada paso del camino hacia la eliminación y para prevenir el reestablecimiento de la transmisión.

98. *Lograr una respuesta sólida del sector de la salud.* En muchos países donde la malaria es endémica, la capacidad insuficiente de los sistemas de salud es un obstáculo importante para acelerar el avance. Se necesitan inversiones considerables para fortalecer los sistemas de salud, particularmente la infraestructura sanitaria básica, los sistemas de distribución de bienes, la reglamentación farmacéutica, los recursos humanos y los sistemas de registro de estadísticas demográficas con el fin de mejorar el entorno en que funcionan los programas nacionales antimaláricos. La colaboración intensa entre los programas antimaláricos y otros programas de salud —como salud reproductiva, salud de la madre y

el niño, servicios de laboratorio y autoridades de reglamentación (para los dispositivos de diagnóstico, los medicamentos y los insecticidas)— resulta esencial para la aplicación correcta de las intervenciones contra la malaria.

99. *Fortalecer la fuerza de trabajo sanitaria y la colectividad de expertos en la malaria.* En casi todos los países donde la malaria es endémica hay una escasez crónica de profesionales sanitarios calificados, las prácticas clínicas son anticuadas, los sistemas de vigilancia son insuficientes, y los programas de vigilancia y evaluación son débiles. Los programas antimaláricos funcionan en un entorno complejo en el que es constante la necesidad de ajustar las respuestas con arreglo a los brotes epidémicos y el resurgimiento de la transmisión, los frecuentes cambios de las pautas de transmisión, y la aparición de resistencia a los medicamentos y los insecticidas. La ampliación sólida de las intervenciones contra la enfermedad requiere una capacidad considerablemente mayor de recursos humanos en los niveles nacional, distrital y comunitario. La educación, capacitación y motivación de los agentes sanitarios, el personal de los programas y los investigadores del campo de la malaria —incluidos el asesoramiento, la supervisión y la compensación adecuadas— son la clave de la eficacia de los programas. En el futuro próximo se avizoran varios instrumentos nuevos cuya introducción exigirá nuevas aptitudes e inversiones aún mayores en el fortalecimiento de la capacidad. El fortalecimiento de la fuerza de trabajo debe ser reconocido como una parte esencial del fortalecimiento de los sistemas de salud.

100. *Lograr que las respuestas a la malaria sean sostenibles.* Para cumplir este objetivo y aprovechar al máximo las inversiones en esta área, los planes estratégicos nacionales contra la malaria deberían estar integrados en un enfoque más amplio de los sistemas de salud. A la hora de lograr mejoras sistémicas revisten una importancia decisiva el aumento de la atención a las cadenas de suministros mejoradas de medios de diagnóstico, medicamentos e instrumentos de control vectorial de buena calidad, las adquisiciones bien planificadas, el aprovechamiento de las tecnologías para la recopilación y gestión de los datos, y una mejor reglamentación y supervisión de las actividades de los vendedores de productos farmacéuticos del sector privado. La prevención y atención de la malaria de gran calidad y eficientes, tanto en el sector público como en el privado, se beneficiarán de la existencia de sistemas de salud fuertes y ayudarán a mejorarlos.

101. *Mejorar la función rectora del gobierno y la colaboración transfronteriza de los programas antimaláricos.* Habida cuenta del gran número de partes interesadas y la función importante de los programas antimaláricos de los asociados para el desarrollo, la industria privada, la comunidad investigadora y académica, los establecimientos sanitarios privados, las organizaciones no gubernamentales y los agentes sanitarios de la comunidad, los programas nacionales de salud pública en los países donde la malaria es endémica deben mejorar la coordinación general de sus actividades relacionadas con esta enfermedad. Hay que establecer y reforzar la colaboración transfronteriza eficaz entre los programas nacionales contra la malaria a fin de lograr la cobertura óptima de las intervenciones en las zonas limítrofes. Los programas nacionales deberían velar por que todas las actividades de ejecución del programa y la eliminación sean plenamente acordes con las prioridades estratégicas nacionales y acaten las recomendaciones de la OMS, y también por que existan los marcos de reglamentación apropiados para lograr el uso de instrumentos seguros y de buena calidad por personal debidamente capacitado.

102. *Fortalecer la colaboración multisectorial.* Hay que mejorar la colaboración con sectores distintos del de la salud. Los programas antimaláricos nacionales deberían ser una parte integral de las estrategias de reducción de la pobreza, los planes nacionales de desarrollo y las estrategias regionales de cooperación para el desarrollo. La respuesta debe dejar de centrarse en una sola enfermedad y adoptar un enfoque de salud en todas las políticas. Resulta especialmente importante la participación de los ministerios de finanzas, educación, medio ambiente, transporte y turismo, así como la colaboración activa de las autoridades de reglamentación. Por otra parte, a veces el control vectorial integrado ofrece la plataforma apropiada para la ejecución eficiente de las intervenciones.

103. *Alentar la participación del sector privado.* El sector de salud privado, incluidos la industria, los establecimientos sanitarios y otros agentes, desempeña una función vital en el desarrollo y la entrega de bienes y servicios, por ejemplo, mediante la obtención de instrumentos e intervenciones nuevos y su puesta en el mercado. Su implicación más intensa será esencial para mejorar la calidad de las intervenciones, en particular la prestación de asistencia a los pacientes por el sector privado formal o informal y la notificación apropiada a los sistemas nacionales de vigilancia de los casos de malaria, los resultados del tratamiento y las defunciones. Hacen falta alianzas nuevas y mejores para reforzar la cadena de suministro de bienes, las cuales pueden asimismo desempeñar una función importante en la protección de los trabajadores contratados por grandes proyectos de desarrollo y para tratar a los que son infectados.

104. *Empoderar a las comunidades y colaborar con las organizaciones no gubernamentales.* Un factor esencial para lograr buenos resultados es la colaboración estrecha con los líderes de la comunidad y los asociados no gubernamentales que ejecutan las intervenciones. Las intervenciones contra la malaria no pueden fructificar a menos que las comunidades hagan caso de las orientaciones dadas por el gobierno sobre el modo de empleo de los instrumentos de prevención y los tratamientos recomendados. Se necesitan servicios comunitarios integrados y centrados en las personas, que además deben ser introducidos en coordinación con los prestadores de asistencia sanitaria de los sectores público y privado. Los grupos que viven en zonas remotas o a donde es difícil llegar y tienen poco acceso a los establecimientos sanitarios solo pueden ser ayudados mediante métodos basados en la comunidad, a menudo en colaboración con las entidades no gubernamentales que ejecutan las intervenciones. La comunicación sanitaria bien planificada y los programas de modificación comportamental son esenciales para instruir a las poblaciones afectadas acerca de los beneficios y el uso correcto de los instrumentos de prevención de la malaria.

## EL COSTO DE LA EJECUCIÓN DE LA ESTRATEGIA TÉCNICA MUNDIAL

105. Para lograr los hitos y objetivos fijados en la presente estrategia, las investigaciones en el campo de la malaria, incluidas las contribuciones internacionales y las nacionales, tienen que aumentar considerablemente por encima del gasto actual de US$ 2700 millones anuales. La inversión anual tendrá que aumentar a un total estimado de US$ 6400 millones de aquí a 2020 para alcanzar el primer hito de una disminución del 40% de las tasas de incidencia y mortalidad por malaria. Esa cifra deberá aumentar a una inversión anual estimada en US$ 7700 millones para 2025 a fin de alcanzar el segundo hito de reducción del 75%. Para cumplir el objetivo de reducción del 90%, el gasto total anual en malaria tendrá que alcanzar una suma estimada en US$ 8700 millones para 2030.[1] El costo de la ejecución se ha estimado a partir de las cantidades de bienes que se requieren para ampliar las intervenciones, multiplicadas por el costo unitario estimado para que el proveedor ponga en práctica cada intervención, y en un análisis de los datos de vigilancia y financiación contenidos en los planes estratégicos nacionales y los informes mundiales de la OMS sobre el paludismo.[2] Unos fondos adicionales por un promedio de US$ 673 millones (con un intervalo de US$ 524 millones a US$ 822 millones) serán necesarios cada año para la investigación y el desarrollo; esta cifra proviene de un modelo ajustado de la cartera de proyectos de investigación e innovación en malaria necesarios de aquí a 2030.

[1] Estimaciones con un intervalo de confianza del 95%.

[2] Los informes mundiales sobre el paludismo se pueden consultar en http://www.who.int/malaria/publications/world_malaria_report/en/ (consultado el 10 de marzo de 2015).

## CUANTIFICACIÓN DEL PROGRESO Y LAS REPERCUSIONES MUNDIALES

106. El progreso mundial en la reducción de la morbilidad y la mortalidad y la eliminación final de la malaria dependerán de las actividades de vigilancia de los países. Los progresos realizados se cuantificarán mediante datos provenientes de muchas fuentes, incluidos sistemas de información ordinarios, encuestas domiciliarias y de establecimientos sanitarios y estudios longitudinales. Los avances deberán monitorearse mediante una serie de por lo menos 14 indicadores de resultado y de repercusión (cuadro 2) derivados de una serie mayor de indicadores recomendados por la OMS y vigilados sistemáticamente por los programas antimaláricos. Ciertos indicadores solo son válidos para conjuntos parciales de países que se definen por el grado de endemicidad de la malaria (por ejemplo, el tratamiento preventivo intermitente de las embarazadas en el África subsahariana) o por el punto alcanzado en el camino hacia la eliminación (por ejemplo, la investigación de casos y focos para los programas enfrascados en actividades de eliminación). En relación con otros indicadores, como los relativos al control vectorial, la población en riesgo que puede beneficiarse de la intervención puede ser definida de distintas manera por los programas que se hallan en diferentes puntos del camino hacia la eliminación. Los países deberían procurar que en 2015 se disponga de datos de punto de partida, para que se pueda seguir de cerca el avance a lo largo del periodo de vigencia de la estrategia.

**Cuadro 2. Indicadores para la estrategia técnica mundial contra la malaria 2016-2030**

| **Resultado** |
|---|
| • Proporción del grupo de población en riesgo que la noche anterior durmió protegida por un mosquitero tratado con insecticida<br>• Proporción del grupo de población en riesgo protegido por la fumigación de interiores con efecto residual en los últimos 12 meses<br>• Proporción de las embarazadas que recibieron por lo menos tres dosis de tratamiento preventivo intermitente de la malaria en el marco de controles prenatales durante el embarazo anterior (solo para el África subsahariana)<br>• Proporción de pacientes con diagnóstico presuntivo de malaria que fueron sometidos a una prueba parasitológica<br>• Proporción de pacientes con malaria confirmada que recibieron tratamiento antimalárico de primera línea de conformidad con las normas nacionales<br>• Proporción de los informes previstos de los establecimientos sanitarios que se reciben en el nivel nacional<br>• Proporción de casos de malaria detectados por los sistemas de vigilancia<br>• Proporción de casos investigados (programas implicados en la eliminación)<br>• Proporción de focos investigados (programas implicados en la eliminación) |
| **Repercusión** |
| • Prevalencia de parásitos: proporción de la población con indicios de infección por parásitos maláricos<br>• Incidencia de casos de malaria: número de casos confirmados por 1000 personas al año<br>• Tasa de mortalidad por malaria: número de defunciones por esta causa por 100 000 personas al año<br>• Número de países que han eliminado la malaria por primera vez desde 2015<br>• Número de países que estaban exentos de malaria en 2015 y en los que la enfermedad se ha reestablecido |

## LA FUNCIÓN DE LA SECRETARÍA

107. La Secretaría seguirá prestando apoyo a los Estados Miembros y colaborando estrechamente con organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, donantes, organizaciones no gubernamentales, instituciones investigadoras y académicas y todos los demás asociados técnicos cuyo trabajo sea fundamental para la aplicación correcta de la presente estrategia. La Secretaría emprenderá las actividades siguientes para contribuir al logro de las metas mundiales, regionales y nacionales de control y eliminación de la malaria.

108. La Secretaría continuará estableciendo, comunicando y divulgando orientaciones normativas, asesoramiento de políticas y orientaciones sobre la ejecución para apoyar la actuación de los países. Procurará que su proceso de formulación de políticas —que incluye al Comité Asesor de Políticas sobre el Paludismo— se adapte a las circunstancias rápidamente cambiantes de la malaria y su orientación técnica mundial se actualice regularmente para incorporar instrumentos y estrategias innovadores de eficacia comprobada. La Secretaría seguirá evaluando y precalificando los productos de control vectorial, los medios de diagnóstico y los medicamentos antimaláricos.

109. La Secretaría ofrecerá orientación y apoyo técnico a los Estados Miembros para que examinen y pongan al día su estrategia nacional contra la malaria con arreglo a las medidas prioritarias descritas en el presente proyecto de estrategia. Velará por fortalecer su propia capacidad en los niveles mundial, regional y nacional a fin de encabezar un esfuerzo coordinado mundial enderezado a reducir la carga de morbilidad por lo menos un 90% de aquí a 2030, y apoyar la aplicación de todas las recomendaciones de la presente estrategia. Colaborará con los Estados Miembros para trazar planes regionales de ejecución, según corresponda.

110. La Secretaría apoyará a los países para que fortalezcan su sistema nacional de vigilancia de la malaria con el fin de mejorar la calidad, disponibilidad y gestión de los datos sobre la malaria, y de optimizar el uso de estos datos para la toma de decisiones y las respuestas programáticas. Vigilará la ejecución de la estrategia y evaluará regularmente los progresos realizados en la consecución de los hitos y objetivos fijados para 2020, 2025 y 2030. También apoyará a los países para que formulen metas e indicadores nacionales apropiados para facilitar el monitoreo subregional de los progresos realizados.

111. De conformidad con sus funciones básicas, la Secretaría seguirá vigilando las tendencias mundiales y regionales de la malaria y poniendo estos datos a disposición de los países y los asociados mundiales contra la enfermedad. Respaldará las iniciativas para vigilar la eficacia de los medicamentos y las intervenciones de control vectorial, y, para tal efecto, mantener las bases de datos mundiales sobre eficacia de los medicamentos y resistencia a los insecticidas. Informará regularmente a los órganos deliberantes regionales y mundiales de la Organización, a la Asamblea General de las Naciones Unidas y a otros organismos de las Naciones Unidas.

112. La OMS fomentará las investigaciones y la generación de conocimientos que se requieren para acelerar el avance hacia un mundo sin malaria.

113. La presente estrategia se actualizará periódicamente a fin de lograr su vinculación con las más recientes recomendaciones normativas y las orientaciones técnicas complementarias.

---

# ANEXO 2

## Recomendaciones incluidas en el informe para la Directora General del Comité de Examen sobre las segundas prórrogas para establecer capacidades nacionales de salud pública y sobre la aplicación del RSI[1]

[A68/22 Add.1, anexo 1 – 27 de marzo de 2015]

***Recomendación 1***

**Conviene encomiar el notable esfuerzo realizado por los Estados Partes que declaran haber satisfecho los requisitos mínimos de capacidad básica**, recordándoles al mismo tiempo que la aplicación del RSI es un proceso dinámico y permanente, que es preciso evaluar, mantener y reforzar continuamente en función de las necesidades. Conviene instar a esos países a que sigan trabajando para mantener y consolidar sus capacidades básicas y a que contemplen la posibilidad de apoyar a otros Estados Partes que tengan dificultades técnicas, financieras, políticas o de otra índole para establecer las capacidades básicas.

***Recomendación 2***

**Conviene otorgar una segunda prórroga para el periodo 2014-2016 a todos los Estados Partes que la hayan solicitado (o lo hagan en el futuro)**. Al concederla, la Directora General debe observar si la solicitud se acompaña de un plan de aplicación y, en tal caso, si este plan responde debidamente a los criterios para la concesión de prórrogas establecidos por la 66.ª Asamblea Mundial de la Salud. En sus conversaciones con el Estado Parte en cuestión, la Directora General también puede tener en cuenta otros datos que guarden relación con las capacidades básicas de ese país. Las oficinas regionales y en los países de la OMS también podrían servirse de las comunicaciones de la Directora General con el Estado Parte para establecer una interlocución con ese país y, cuando proceda, utilizarlas como punto de partida para fijar prioridades, definir los pasos subsiguientes y movilizar recursos. La OMS (desde la Sede, las regiones y los países) debe seguir prestando a esos países el apoyo necesario para que logren instaurar con éxito las capacidades básicas.

***Recomendación 3***

**Conviene recordar a los Estados Partes que no hayan comunicado sus intenciones a la OMS la importancia que reviste la transparencia** en relación con la letra y el espíritu del RSI. Esos Estados Partes forman seguramente una amalgama en la que hay desde Estados que han cumplido los requisitos de capacidad básica, pero no lo han comunicado, hasta otros que han hecho escasos progresos. La OMS debe hacer nuevas tentativas para establecer contacto con esos Estados Partes, proponerles asistencia y ofrecerles la posibilidad de solicitar una prórroga, si la necesitan, o señalar que han satisfecho los requisitos mínimos previstos en el anexo 1 del Reglamento Sanitario Internacional (2005) y que por consiguiente no necesitan prórroga alguna.

---

[1] Véase la resolución WHA68.5.

***Recomendación 4***

**Conviene alentar a Estados Partes, interlocutores y programas de donantes a prestar la asistencia técnica y financiera** que se requiera, y a los Estados Partes a servirse de las directrices y herramientas que la OMS ha elaborado o pueda elaborar en el futuro para secundar la aplicación del RSI.

***Recomendación 5***

**El Comité recomienda a los Estados Partes que:**

*a*) examinen y, cuando convenga, refuercen las entidades que ejercen de centros nacionales de enlace y les confieran más atribuciones para hacer posible que las principales funciones ligadas al RSI se cumplan eficazmente, facilitar el proceso decisorio y garantizar apoyo de alto nivel a la comunicación y cooperación multisectoriales;

*b*) presten apoyo a la creación de equipos multidisciplinares para la investigación de brotes y la respuesta a ellos, que integren, cuando proceda, a especialistas en sanidad animal;

*c*) promuevan un planteamiento operativo gracias al cual la cooperación entre países se traduzca en soluciones prácticas y duraderas para dotar de capacidades de vigilancia, laboratorio y de otra índole a los pequeños Estados insulares y demás Estados de pequeñas dimensiones;

*d*) utilicen un método de evaluación de riesgos para jerarquizar las prioridades con respecto a las amenazas de salud pública y a sus déficit de capacidad, y también para determinar los puntos de entrada que conviene designar y capacitar prioritariamente;

*e*) infundan confianza al personal de atención sanitaria instituyendo medidas normativas que fomenten la protección y el respeto de sus derechos.

***Recomendación 6***

**El Comité recomienda también a la Directora General que se plantee la creación de grupos de trabajo técnicos con objeto de:**

*a*) reforzar las capacidades y procedimientos de gestión de datos; y

*b*) pasar revista a las enseñanzas extraídas de la experiencia actual y pasada en relación con medidas de salud pública que hayan repercutido negativamente en los viajes, el transporte o el comercio.

***Recomendación 7***

**El Comité de Examen recomienda a la Directora General que examine diversos métodos para la evaluación y consolidación a corto y a largo plazo de las capacidades básicas prescritas en el RSI,** con arreglo a lo siguiente:

Urge que los Estados Partes:

*i*) refuercen el sistema vigente de autoevaluación (p.ej., si todavía no lo han hecho, mejorando los procesos de planificación e informes de autoevaluación anuales con debates multisectoriales y multipartitos); y

*ii*) pongan en marcha estudios exhaustivos de grandes brotes de enfermedad y eventos de salud pública que se traduzcan en métodos más científicos o empíricos para evaluar el funcionamiento efectivo, en situaciones reales, de las capacidades básicas. Simultáneamente, la Secretaría debe promover una serie de evaluaciones o metaevaluaciones regionales oficiales de esos estudios de brotes, gestionadas desde las oficinas regionales, para que las regiones puedan aprender unas de otras y en el futuro se puedan integrar las enseñanzas extraídas en los programas relativos al RSI.

Paralelamente, y con objetivos a más largo plazo, la Secretaría, a través de mecanismos consultivos regionales, debe definir posibles fórmulas para pasar de la autoevaluación exclusiva a métodos que combinen la autoevaluación con el examen colegiado por expertos y con evaluaciones externas voluntarias con intervención de expertos tanto nacionales como independientes. Estas nuevas fórmulas de trabajo deben tener en cuenta, entre otras cosas, los aspectos estratégicos y operativos del RSI, como la necesidad de apoyo político de alto nivel o el objetivo de una plena participación gubernamental y multisectorial. Las oficinas regionales de la OMS deben intervenir activamente a la hora de definir cualquier nuevo dispositivo de monitoreo y evaluación, que después se propondrá a todos los Estados Partes por conducto de los órganos deliberantes de la OMS.

***Recomendación 8***

**Conviene elaborar un plan para la aplicación y el mantenimiento permanentes del RSI, un plan integral, escalonado y provisto de un orden de prioridades que sirva para guiar la implantación a largo plazo de las capacidades prescritas en el RSI, partiendo para ello de los resultados del proceso consultivo, los exámenes analíticos y los análisis ya mencionados.** En ese plan, que debe ser a la vez realista y ambicioso, conviene tener en cuenta las grandes disparidades que existen entre los Estados Partes en cuanto a capacidades y recursos, así como el objetivo de delinear las capacidades básicas mínimas que todos los países deben tener instituidas.

***Recomendación 9***

**El Comité de Examen recomienda a la Directora General que aliente el diálogo entre los Estados Partes y los asociados públicos y privados, en particular grandes organizaciones no gubernamentales, para mejorar la cooperación y la asistencia y con los fines siguientes:**

*a*) obtener apoyo para implantar y mantener continua y duraderamente las capacidades nacionales, prestando especial atención a los países que soliciten prórrogas y a los que presenten un déficit importante de capacidades;

*b*) conforme a la recomendación del primer Comité de Examen,[1] crear un fondo de respuesta a emergencias de salud pública de importancia internacional que esté fácilmente disponible para afrontar futuros eventos;

*c*) establecer un cuerpo de reserva mundial más amplio de expertos en salud pública que se pueda movilizar como parte de una respuesta prolongada a una emergencia de salud pública de importancia internacional.

***Recomendación 10***

**El Comité de Examen alienta a los Estados Partes a que respalden a la OMS, con medios económicos y humanos,** en la preparación para emergencias de salud pública de importancia internacional y en la respuesta a ellas cuando se produzcan.

---

[1] Véase el docoumento A64/10, recomendación 13.

ANEXO 3

# Plan de acción mundial sobre la resistencia a los antimicrobianos[1]

[A68/20 – 27 de marzo de 2015]

## INTRODUCCIÓN

1. Cuando los microbios se vuelven resistentes a los medicamentos, se reducen las opciones para tratar las enfermedades que provocan. Esa resistencia a los medicamentos antimicrobianos ocurre en todas partes del mundo y afecta a una amplia selección de microorganismos, con una creciente prevalencia que amenaza la salud humana y animal. Las consecuencias directas de una infección por microorganismos resistentes pueden ser graves, por ejemplo enfermedades más largas, mayor mortalidad, estancias prolongadas en el hospital, pérdida de protección en el caso de los pacientes que se someten a operaciones y otros procedimientos médicos, e incremento de los costos. La resistencia a los antimicrobianos afecta a todos los ámbitos de la salud, implica a muchos sectores y tiene efectos en el conjunto de la sociedad.

2. Las consecuencias indirectas de la resistencia a los antimicrobianos, sin embargo, van más allá del aumento de los riesgos para la salud, pues repercuten en gran medida en la salud pública y tienen amplios efectos, por ejemplo, en el desarrollo. La resistencia a los antimicrobianos erosiona la economía mundial con pérdidas económicas debidas a la menor productividad a causa de la enfermedad (de los seres humanos y también de los animales) y al incremento de los costos de tratamiento. Para combatirla se requieren inversiones a largo plazo, por ejemplo apoyo financiero y técnico a los países en desarrollo, en el desarrollo de nuevos medicamentos, medios de diagnóstico, vacunas y otras intervenciones, y en el fortalecimiento de los sistemas de salud para utilizar los agentes antimicrobianos, y acceder a ellos, de forma más adecuada.

3. En la elaboración del presente plan de acción mundial sobre la resistencia a los antimicrobianos, solicitado por la Asamblea de la Salud en la resolución WHA67.25 en mayo de 2014, se plama el consenso general de que la resistencia a los antimicrobianos representa una grave amenaza para la salud humana. Asimismo, se recogen las aportaciones recibidas hasta la fecha de amplias consultas multisectoriales y con los Estados Miembros.

4. El plan de acción mundial tiene por objeto asegurar la continuidad, mientras sea posible, del tratamiento y la prevención satisfactorios de enfermedades infecciosas con medicamentos eficaces, seguros y de calidad garantizada, que se usen de modo responsable y sean accesibles a todas las personas que los necesiten. Cabe esperar que los países elaboren sus respectivos planes de acción nacionales sobre la resistencia a los antimicrobianos en consonancia con el plan mundial.

5. A tal fin, en el plan de acción mundial se establecen cinco objetivos estratégicos: 1) mejorar la concienciación y la comprensión con respecto a la resistencia a los antimicrobianos; 2) reforzar los conocimientos a través de la vigilancia y la investigación; 3) reducir la incidencia de las infecciones;

[1] Véase la resolución WHA68.7.

4) utilizar de forma óptima los agentes antimicrobianos; y 5) asegurar una inversión sostenible para combatir la resistencia a los antimicrobianos. Estos objetivos pueden lograrse con la aplicación de medidas claramente definidas por los Estados Miembros, la Secretaría y los asociados nacionales e internacionales de diferentes sectores. Las medidas para utilizar de forma óptima los medicamentos antimicrobianos y renovar la inversión en la investigación y desarrollo de nuevos productos deben ir acompañadas de medidas que garanticen que las personas que los necesitan tienen un acceso asequible y equitativo a esos medicamentos.

6. Con este planteamiento es posible conseguir el objetivo principal, a saber, asegurar el tratamiento y la prevención de enfermedades infecciosas con medicamentos de calidad garantizada, seguros y eficaces.

## ALCANCE

7. La **resistencia a los antibióticos** se presenta cuando las bacterias se adaptan y crecen en presencia de antibióticos. La aparición de la resistencia va ligada a la frecuencia de uso de los antibióticos. Dado que muchos antibióticos pertenecen a la misma clase de medicamentos, la resistencia a un agente antibiótico concreto puede llevar a la resistencia a toda una clase conexa. Además, la resistencia que se manifiesta en un organismo o ubicación puede propagarse de forma rápida e impredecible, por ejemplo mediante el intercambio de material genético entre diferentes bacterias, y puede afectar a la antibioterapia de un amplio número de infecciones y enfermedades. Las bacterias farmacorresistentes pueden circular en poblaciones de seres humanos y animales a través de los alimentos, el agua y el medio ambiente, y en la transmisión influyen el comercio, los viajes, la migración humana y la trashumancia. Puede haber bacterias resistentes en los animales destinados a la alimentación y en los productos alimentarios destinados al consumo humano.

8. Algunas de esas características se aplican también a los medicamentos que se utilizan para tratar enfermedades víricas y parasitarias y micosis, de ahí que se utilice el término más amplio de **resistencia a los antimicrobianos**.

9. El plan de acción mundial aborda la resistencia a los antibióticos con mayor detalle, pero también se refiere, cuando corresponde, a los planes de acción existentes para las enfermedades víricas, parasitarias y bacterianas, incluidos el VIH/sida, el paludismo y la tuberculosis.[1] Muchas de las medidas propuestas en el presente plan son igualmente aplicables a la resistencia antifúngica, además de a la resistencia a esos otros microorganismos.

10. La resistencia a los antimicrobianos (y en especial la resistencia a los antibióticos) se está extendiendo, y hay pocas perspectivas de que se desarrollen nuevos tipos de antibióticos a corto plazo. Sin embargo, hoy en día se es bastante consciente de la necesidad de adoptar y apoyar políticamente medidas para combatir la resistencia a los antimicrobianos. El apoyo es multisectorial, y cada vez es mayor la colaboración entre los sectores de la salud humana, la salud animal y la agricultura (cabe mencionar en particular una colaboración tripartita acordada por la FAO, la OIE y la OMS[2]). La nece-

---

[1] *World Health Organization global strategy for the surveillance and monitoring of HIV drug resistance*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2012. *Guidelines for surveillance of drug resistance in tuberculosis*, cuarta edición. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2009. *Companion handbook to the WHO guidelines for the programmatic management of drug-resistant tuberculosis*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2014. *Global plan for artemisinin resistance containment*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011. *Emergency response to artemisinin resistance in the Greater Mekong subregion*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2013. Véase también la resolución WHA62.15.

[2] *The FAO-OIE-WHO Collaboration: sharing responsibilities and coordinating global activities to address health risks at the animal-human-ecosystems interfaces – a tripartite concept note, 2010*, disponible en http://www.who.int/influenza/resources/documents/tripartite_concept_note_hanoi_042011_en.pdf (consultado el 20 de noviembre de 2014).

sidad de adoptar medidas urgentes es coherente con un enfoque de precaución;[1] además, las lagunas en los conocimientos no deberían ser un obstáculo para la colaboración y adopción de medidas multisectoriales en los ámbitos nacional e internacional.

11. El presente plan de acción ofrece a los planes de acción nacionales un marco para combatir la resistencia a los antimicrobianos. En él se establecen las principales medidas que deben adoptar los diferentes agentes participantes, partiendo de un enfoque gradual que abarca los próximos 5 a 10 años para combatir la resistencia a los antimicrobianos. Las medidas se estructuran en torno a los cinco objetivos estratégicos establecidos en los párrafos 29 a 47.

## EL DESAFÍO

12. Las mejoras en la salud mundial conseguidas en los últimos decenios corren peligro porque los microorganismos que provocan muchas de las enfermedades y afecciones médicas comunes –como la tuberculosis, el VIH/sida, el paludismo, las enfermedades de transmisión sexual, las infecciones de las vías urinarias, la neumonía, las bacteriemias y la intoxicación alimentaria– se han vuelto resistentes a una gran diversidad de medicamentos antimicrobianos. Los médicos se ven obligados a recurrir con creciente frecuencia a medicamentos de «último recurso», que son más caros, posiblemente tengan más efectos secundarios y muy a menudo no están disponibles o no son asequibles en países de ingresos bajos y medianos. Algunos casos de tuberculosis y gonorrea son resistentes en estos momentos incluso a antibióticos de último recurso.

13. La resistencia aparece más rápidamente por el uso indebido o excesivo de medicamentos antimicrobianos. Según consta en los informes, el uso de antibióticos para la salud está aumentando considerablemente. Las encuestas efectuadas en una amplia selección de países demuestran que muchos pacientes creen que los antibióticos curan las infecciones víricas que provocan tos, resfriados y fiebre. Los antibióticos son necesarios para tratar animales enfermos, pero también se utilizan extensamente en animales sanos para prevenir enfermedades y, en muchos países, para potenciar el crecimiento con su administración masiva a los hatos. Los agentes antimicrobianos se utilizan habitualmente en la agricultura y en la cría de peces y mariscos con fines comerciales. Para muchas personas son también preocupantes los posibles efectos de los antimicrobianos en el medio ambiente.

14. La resistencia a los antimicrobianos puede afectar a todos **los pacientes y sus familias**. Algunas de las enfermedades infantiles más comunes en los países en desarrollo —paludismo, neumonía, otras infecciones respiratorias y disentería— ya no se curan con muchos de los antibióticos o medicamentos más antiguos. En países de ingresos bajos, es crucial contar con antibióticos eficaces y accesibles para salvar las vidas de niños que tienen esas enfermedades, y otras afecciones como las bacteriemias En todos los países, algunas operaciones quirúrgicas habituales y la quimioterapia contra el cáncer serán menos seguras sin antibióticos eficaces que protejan de las infecciones.

15. El **personal sanitario** desempeña una función fundamental en la conservación de la capacidad de los medicamentos antimicrobianos. Su prescripción y administración inadecuadas puede llevar a un uso indebido o excesivo si el personal médico carece de información actualizada, no alcanza a identificar el tipo de infección, cede a la presión del paciente para prescribir antibióticos o se beneficia económicamente de la administración de los medicamentos. Una higiene y control y prevención de la infección inadecuados en los hospitales contribuyen a propagar las infecciones. Los pacientes hospita-

[1] Sección IV: Análisis de riesgos, párrafo 11. En: Programa Conjunto FAO/OMS sobre Normas Alimentarias. Manual de procedimiento de la Comisión del Codex Alimentarius, vigésima tercera edición. Roma: Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura; 2015:110.

larios infectados por el *Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina tienen un riesgo mayor de morir que los infectados por una forma no resistente de la bacteria.

16. Por lo que respecta a los **agricultores, la ganadería y la industria alimentaria**, la pérdida de agentes antimicrobianos eficaces para tratar animales enfermos perjudica a la producción de alimentos y los medios de subsistencia de las familias. Un riesgo añadido para las personas que trabajan en ganadería es la exposición a animales que transportan bacterias resistentes. Por ejemplo, los ganaderos que trabajan con ganado vacuno o porcino y aves de corral infectados por el *Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina tienen un riesgo mucho mayor de infección o colonización por esas bacterias. Los alimentos son uno de los posibles vehículos de transmisión de las bacterias resistentes desde los animales a los seres humanos y el consumo humano de alimentos que transportan bacterias resistentes a los antibióticos ha provocado que se contraigan infecciones que también son resistentes. Entre otros riesgos de infección por organismos resistentes se incluyen la exposición a cultivos tratados con agentes antimicrobianos o contaminados por abono o estiércol líquido, y las escorrentías agrícolas hacia las aguas subterráneas.

17. Reducir la resistencia a los antimicrobianos exigirá la **voluntad política** de adoptar nuevas normativas, además de controlar el uso de los medicamentos antimicrobianos en la salud humana y animal y en la producción de alimentos. En la mayoría de los países pueden adquirirse antibióticos en mercados, tiendas, farmacias o por internet sin receta o sin la intervención de un profesional sanitario o un veterinario. Los productos médicos y veterinarios de calidad deficiente están por doquier y a menudo contienen concentraciones bajas de los principios activos, lo que alienta la aparición de microbios resistentes. Es necesario promulgar y aplicar leyes para velar por que los medicamentos sean de calidad garantizada, seguros, eficaces y accesibles para las personas que los necesitan.

18. El Foro Económico Mundial ha señalado que la resistencia a los antibióticos constituye un riesgo de ámbito mundial que ninguna organización o país puede gestionar o paliar en solitario,[1] pero en general se tiene poca conciencia de las posibles repercusiones sociales, económicas y financieras de la farmacorresistencia. En los países desarrollados, entre las repercusiones cabe citar el aumento del costo de la atención sanitaria y la disminución de la oferta de mano de obra, la productividad, los ingresos familiares, y los ingresos e impuestos nacionales. Solamente en la Unión Europea, un subgrupo de bacterias farmacorresistentes provoca cada año unas 25 000 muertes, lo que supone unos gastos sanitarios adicionales y una disminución de la productividad por la resistencia a los antimicrobianos cuyos costos ascienden al menos a € 1500 millones. Es necesario efectuar análisis similares para los países de ingresos bajos y medianos. La resistencia a los medicamentos antimicrobianos utilizados habitualmente en veterinaria provoca además pérdidas en la producción de alimentos, deficiencias en el bienestar animal y costos adicionales. La resistencia a los antimicrobianos mina la economía mundial, por lo que es necesario preparar una argumentación económica sólida en defensa de una inversión sostenible a largo plazo que permita abordar el problema, y en particular que asegure al acceso al apoyo financiero y técnico para los países en desarrollo.

19. Por lo que respecta al **sector farmacéutico**, los medicamentos que ya no son eficaces pierden su valor. Los líderes de la industria son socios importantes en la lucha contra la resistencia a los antimicrobianos, al apoyar el uso responsable de los medicamentos para prolongar su eficacia y al apostar por la investigación y el desarrollo de medicamentos innovadores y otros medios para combatir la resistencia. Desde 1987 no se ha descubierto ningún tipo importante de antibióticos y los agentes antibacterianos en fase de desarrollo no bastan para afrontar el reto de la multirresistencia. Se necesitan conceptos nuevos, para ofrecer incentivos a la innovación y fomentar la cooperación entre las autoridades encargadas de formular las normativas, el estamento académico y la industria farmacéutica a fin

[1] Howell L Ed. *Global risks* 2013: octava edición. Ginebra, Foro Económico Mundial, 2013.

de asegurar que en todo el mundo se dispone de nuevas tecnologías para prevenir, diagnosticar y tratar las infecciones resistentes. Las alianzas del sector público con el sector privado son también importantes para contribuir a que haya un acceso equitativo a productos de calidad garantizada y a otras tecnologías sanitarias conexas, a través de la fijación de precios justos y donaciones a las poblaciones más necesitadas.

## RUMBO AL FUTURO

20. A pesar de las propuestas e iniciativas presentadas a lo largo de muchos años para combatir la resistencia a los antimicrobianos, los progresos han sido lentos, en parte debido, por un lado, a la vigilancia y notificación deficientes en los ámbitos nacional, regional y global y, por otro, a un reconocimiento inadecuado por todas las partes interesadas de la necesidad de adoptar medidas en sus respectivos ámbitos.

21. En el ámbito nacional, se necesitan planes de acción operacionales de lucha contra la resistencia a los antimicrobianos que sirvan de apoyo a los marcos estratégicos.[1] Se insta a todos los Estados Miembros a que establezcan, en un plazo de dos años tras el refrendo del plan de acción por la Asamblea de la Salud, planes de acción nacionales sobre la resistencia a los antimicrobianos que estén en consonancia con el plan de acción mundial y con las normas y directrices establecidas por organismos intergubernamentales como la Comisión del Codex Alimentarius, la FAO y la OIE. Tales planes de acción nacionales son necesarios para formar la base de una evaluación de las necesidades de recursos, y deben tener en cuenta las prioridades nacionales y regionales. Los asociados y otras partes interesadas, en particular la FAO, la OIE, el Banco Mundial, y las asociaciones y fundaciones de la industria, deben también establecer y poner en marcha planes de acción en sus respectivos ámbitos de responsabilidad para combatir la resistencia a los antimicrobianos, y dar cuenta del progreso como parte de sus ciclos de presentación de informes. Todos los planes de acción deben integrar los siguientes principios:

1) **Participación de toda la sociedad con inclusión de un enfoque de «Una salud».** La resistencia a los antimicrobianos afectará a todas las personas, independientemente de su lugar de residencia, su salud, circunstancias económicas, estilo de vida o comportamiento. Afectará a otros sectores además del de la salud humana, como la salud animal, la agricultura, la seguridad alimentaria y el desarrollo económico. Por lo tanto, todas las personas –en todos los sectores y disciplinas– deben participar en la aplicación del plan de acción y, en particular, en los esfuerzos por preservar la eficacia de los medicamentos antimicrobianos mediante programas de conservación y rectoría.

2) **Lo primero, la prevención.** La infección que se previene no necesita tratamiento alguno. La prevención de las infecciones puede ser costoeficaz y aplicarse en todos los entornos y sectores, incluso cuando los recursos son limitados. Un buen saneamiento, higiene y otras medidas de prevención de las infecciones que pueden ralentizar la aparición de infecciones resistentes a los antibióticos de difícil tratamiento y restringir su propagación son la mejor opción.

3) **Acceso.** El objetivo de conservar la capacidad de tratar las infecciones graves exige un acceso equitativo a los medicamentos antimicrobianos nuevos y los ya existentes, y un uso adecuado de ellos. La ejecución eficaz de los planes de acción nacionales y mundiales para abordar

[1] La Secretaría ha trabajado con los Estados Miembros para reunir información relativa a la situación de los planes de acción nacionales sobre la resistencia a los antimicrobianos y a las reglas y normas para el uso de los medicamentos antimicrobianos. En un informe basado en esos datos se ofrece una referencia para vigilar los progresos futuros en los ámbitos nacional y mundial, y presentar informes al respecto; véase http://www.who.int/drugresistance/documents/situationanalysis/en/ (consultado el 9 de septiembre de 2015).

la resistencia a los antimicrobianos depende también del acceso, entre otras cosas, a servicios de salud, profesionales sanitarios, veterinarios, tecnologías preventivas, medios de diagnóstico, en particular los que están en el «lugar de consulta», y a conocimientos, formación e información.

4) **Sostenibilidad.** Todos los países deben tener un plan de acción nacional sobre la resistencia a los antimicrobianos que incluya una evaluación de las necesidades de recursos. La ejecución de los planes exigirá inversiones a largo plazo, por ejemplo en vigilancia, investigaciones operativas, laboratorios, sistemas de salud humana y de salud animal, capacidades normativas competentes, y formación y capacitación de profesionales, tanto en el sector de la salud humana como en el de la salud animal. El compromiso político y la colaboración internacional son imprescindibles para fomentar la inversión técnica y financiera necesaria en la elaboración y ejecución eficaces de los planes de acción nacionales.

5) **Metas progresivas para la aplicación.** Los Estados Miembros se encuentran en etapas muy diferentes por lo que respecta a la elaboración y aplicación de planes nacionales para combatir la resistencia a los antimicrobianos. Para que todos los países puedan avanzar tanto como sea posible hacia la aplicación del plan de acción mundial sobre la resistencia a los antimicrobianos, la flexibilidad formará parte integral de los procesos de vigilancia y notificación, a fin de que cada país pueda determinar las medidas prioritarias que necesita adoptar para lograr cada uno de los cinco objetivos estratégicos y para aplicar las medidas de un modo progresivo que satisfaga a la vez las necesidades locales y las prioridades mundiales.

## PROCESO CONSULTIVO

22. En mayo de 2014, la 67.ª Asamblea Mundial de la Salud adoptó la resolución WHA67.25 sobre resistencia a los antimicrobianos, en la que, entre otras cosas, se pedía a la Directora General que elaborara un proyecto de plan de acción mundial para luchar contra la resistencia a los antimicrobianos, incluida la resistencia a los antibióticos, y que presentara el proyecto a la 68.ª Asamblea Mundial de la Salud, por conducto del Consejo Ejecutivo.

23. Para iniciar la preparación de un proyecto de plan de acción mundial, la Secretaría se sirvió de las recomendaciones del Grupo Consultivo Estratégico y Técnico sobre la resistencia a los antimicrobianos,[1] de planes de acción nacionales y regionales ya en vigor, de orientaciones y planes de acción de la OMS sobre asuntos conexos, y de otros datos y análisis disponibles.[2] La Secretaría consultó periódicamente a la FAO y la OIE, por ejemplo a través de reuniones enmarcadas en la colaboración tripartita, y a través de su participación en otras consultas, a fin de velar por que se aplicara un enfoque de «Una salud» y que se mantuviera la coherencia con las normas y directrices internacionales del Codex Alimentarius y la OIE.

24. En su segunda reunión (Ginebra, 14-16 de abril de 2014),[3] el Grupo Consultivo Estratégico y Técnico examinó las aportaciones de más de 30 participantes adicionales, entre los que se incluían

[1] Los pormenores del Grupo Consultivo Estratégico y Técnico sobre la resistencia a los antimicrobianos se recogen en http://www.who.int/drugresistance/stag/en/ (consultado el 18 de noviembre de 2014).

[2] Los pormenores de los planes de acción nacionales y regionales, la orientaciones y planes de acción de la OMS para determinadas enfermedades y temas de salud, incluida la resistencia a los antimicrobianos, las normas y directrices establecidas por organizaciones intergubernamentales tales como la FAO y la OIE y otra información que se haya tenido en cuenta, se recogen en el material complementario que figura en http://www.who.int/drugresistance/documents/situationanalysis/en, (consultado el 9 de septiembre de 2015).

[3] El informe de la reunión figura en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/128675/1/WHO_ HSE_PED_AIP_ 2014.4_eng.pdf?ua=1&ua=1 (consultado el 18 de noviembre de 2014).

representantes de organizaciones intergubernamentales, la sociedad civil, organismos de reglamentación y de salud pública, asociaciones de la industria, organizaciones profesionales y grupos de pacientes. En una reunión posterior (Ginebra, 17 de octubre de 2014), el Grupo Estratégico examinó el texto del proyecto de plan de acción. Dicho Grupo Estratégico celebró recientemente su cuarta reunión (Ginebra, 24 y 25 de febrero de 2015) para proporcionar asesoramiento a la Secretaría sobre la ultimación del proyecto del plan de acción mundial.

25. Durante los meses de julio y agosto de 2014, la Secretaría mantuvo una consulta en la web para los Estados Miembros y otras partes interesadas pertinentes, en la que se recogieron 130 observaciones y contribuciones: 54 de los Estados Miembros, 40 de organizaciones no gubernamentales y 16 de entidades del sector privado.

26. Entre junio y noviembre de 2014, los Estados Miembros, las partes interesadas y la Secretaría convocaron nuevas deliberaciones interinstitucionales técnicas y políticas de alto nivel para contribuir al plan de acción.[1] Cabe citar la Conferencia ministerial sobre la resistencia a los antibióticos: unir fuerzas en pro de la salud futura (La Haya, 25 y 26 de junio de 2014); una reunión relativa a la Agenda sobre la seguridad sanitaria mundial, incluida la resistencia a los antimicrobianos (Yakarta, 20 y 21 de agosto de 2014); una consulta oficiosa a los Estados Miembros para que presentaran aportaciones directas sobre el proyecto de plan (Ginebra, 16 de octubre de 2014); una reunión sobre el uso responsable de los antibióticos (Oslo, 13 y 14 de noviembre de 2014); y una reunión sobre normas, sistemas y capacidad de vigilancia mundial (Estocolmo, 2 y 3 de diciembre de 2014).

## OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

27. El plan de acción tiene como objetivo general velar por que, mientras sea posible, continúe la capacidad de **tratar y prevenir enfermedades infecciosas con medicamentos eficaces y seguros** que sean de calidad garantizada, se utilicen de forma responsable y sean accesibles a todas las personas que los necesiten.

28. Para conseguir este objetivo general, se han fijado cinco objetivos estratégicos, que se recogen en los párrafos 29 a 47. En el cuadro que figura a continuación del párrafo 50 se indican las correspondientes medidas para los Estados Miembros, la Secretaría (incluidas medidas para la FAO, la OIE y la OMS en el seno de la colaboración tripartita), y organizaciones internacionales y otros asociados. Se espera que los países elaboren sus respectivos planes de acción nacionales sobre la resistencia a los antimicrobianos en consonancia con el plan mundial.

### Objetivo 1: Mejorar el conocimiento de la resistencia a los antimicrobianos a través de una comunicación, educación y formación efectivas, y la concienciación al respecto

29. Es necesario adoptar de inmediato medidas para aumentar la concienciación sobre la resistencia a los antimicrobianos y fomentar un cambio de comportamiento mediante programas de comunicación pública para diferentes destinatarios en salud humana, salud animal y prácticas agrícolas, así como los consumidores. La incorporación del uso de los agentes antimicrobianos y de la resistencia a ellos en los planes de estudio escolares permitirá fomentará una mejor comprensión y concienciación desde muy pronto.

30. Introducir la resistencia a los antimicrobianos como un componente básico de la educación, formación, certificación, capacitación permanente y desarrollo profesionales en los sectores sanitario y

[1] La información sobre esas consultas figura en http://www.who.int/drugresistance/es/ (consultado el 9 de marzo de 2015).

veterinario y en las prácticas agrícolas contribuirá a que los profesionales entiendan bien el problema y estén concienciados al respecto.

### Objetivo 2: Reforzar los conocimientos y la base científica a través de la vigilancia y la investigación

31. Las medidas y las inversiones para abordar la resistencia a los antimicrobianos deben apoyarse en justificaciones claras sobre sus ventajas y costoeficacia. Los gobiernos, las organizaciones intergubernamentales, los organismos, las organizaciones profesionales, las organizaciones no gubernamentales, la industria y el estamento académico tienen importantes funciones en la generación de tales conocimientos y su traslación a la práctica.

32. Entre las carencias especialmente importantes de conocimientos que es necesario subsanar se incluyen las siguientes:

- información sobre la incidencia, la prevalencia, los diferentes tipos de patógenos y las pautas geográficas relacionadas con la resistencia a los antimicrobianos, que es necesario facilitar de manera oportuna a fin de guiar el tratamiento de los pacientes, sentar la base de las medidas en los ámbitos local, nacional y regional, y supervisar la eficacia de las intervenciones;

- el conocimiento de la aparición y propagación de la resistencia, y también de la circulación de la resistencia en los seres humanos y los animales y de unos a otros, y a través de los alimentos, el agua y el medio ambiente, que es importante para la elaboración de nuevas herramientas, directrices y reglamentos destinados a combatir la resistencia a los antimicrobianos;

- la capacidad de caracterizar con rapidez la resistencia recientemente aparecida en microorganismos y entender los mecanismos subyacentes, cuyo conocimiento es necesario para asegurar la vigencia de los medios de vigilancia y diagnóstico;

- la comprensión de los comportamientos y la ciencia social, y otras investigaciones necesarias para respaldar el logro de los Objetivos 1, 3 y 4, incluidos los estudios en apoyo de programas rectores eficaces sobre los antimicrobianos en la salud humana y animal y la agricultura;

- la investigación, así como los estudios clínicos realizados con acuerdos de gobernanza nacionales e internacionales, sobre los tratamientos y la prevención de las infecciones bacterianas comunes, especialmente en entornos de bajos recursos;

- estudios básicos de investigación y traslación de resultados que sirvan de apoyo a la elaboración de nuevos tratamientos, medios de diagnóstico, vacunas y otras intervenciones;

- investigación para determinar alternativas a los usos no terapéuticos de los agentes antimicrobianos en la agricultura y la acuicultura, incluido su uso en el fomento del crecimiento y la protección de las cosechas;

- investigación económica, incluida la elaboración de modelos para evaluar el costo de la resistencia a los antimicrobianos y los costos y beneficios del presente plan de acción.

33. El informe mundial de la OMS sobre la vigilancia de la resistencia a los antimicrobianos[1] reveló también muchas deficiencias en la información sobre la resistencia a los antimicrobianos en los pató-

[1] *Antimicrobial resistance: global report on surveillance 2014*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2014.

genos de gran importancia para la salud pública. Los miembros de la OIE adoptaron en 2012 normas internacionales sobre la armonización de los programas nacionales de supervisión y vigilancia de la resistencia a los antimicrobianos, pero no se dispone de normas internacionalmente acordadas para la compilación de datos y la notificación sobre la resistencia a los antibacterianos en la salud humana, ni tampoco de normas armonizadas en los sectores médico, veterinario y agrícola. Tampoco existe ningún foro de ámbito mundial para intercambiar información rápidamente sobre la resistencia a los antimicrobianos.

34. En 2013, algunos Estados Miembros de la Unión Europea publicaron una agenda estratégica de investigación sobre la resistencia a los antimicrobianos a través de una iniciativa de programación conjunta.[1] Esta iniciativa, en la que participan algunos países que no pertenecen a la Unión Europea, podría servir de marco inicial para la elaboración ulterior de un programa estratégico mundial de investigación.

## Objetivo 3: Reducir la incidencia de las infecciones con medidas eficaces de saneamiento, higiene y prevención de la infección

35. Muchas de las infecciones resistentes a los antibióticos más graves y difíciles de tratar ocurren en los establecimientos de atención de salud, no solo porque es allí donde ingresan los pacientes con infecciones graves sino también por el amplio uso de antibióticos que se hace en ellos. Si bien la aparición de la resistencia en tales situaciones puede ser una consecuencia natural del uso necesario de los antimicrobianos, la adopción de medidas inadecuadas para prevenir y controlar las infecciones puede contribuir a la proliferación de microorganismos resistentes a los medicamentos antimicrobianos.

36. Para restringir la aparición y propagación de infecciones resistentes a los antimicrobianos y las bacterias multirresistentes es fundamental mejorar la higiene y las medidas de prevención de las infecciones. Una prevención eficaz de las infecciones de transmisión sexual o de las transmitidas por inyección de drogas, así como un mejor saneamiento, lavado de manos, salubridad de los alimentos y del agua, deben ser también componentes básicos de la prevención de enfermedades infecciosas.

37. Debe alentarse la vacunación, cuando sea pertinente como medida de prevención de las infecciones. La inmunización puede reducir la resistencia a los antimicrobianos de tres formas:

- las vacunas existentes pueden prevenir enfermedades infecciosas cuyo tratamiento exigiría medicamentos antimicrobianos;
- las vacunas existentes pueden reducir la prevalencia de primoinfecciones víricas, que a menudo se tratan de forma inadecuada con antibióticos, y que pueden también dar lugar a sobreinfecciones que exigen tratamiento con antibióticos;
- el desarrollo y uso de vacunas nuevas o mejoradas pueden prevenir enfermedades cuyo tratamiento es cada vez más difícil o que no se pueden tratar debido a la resistencia a los antimicrobianos.

38. Gran parte del uso de los antibióticos está vinculada a la producción pecuaria. Los antibióticos se usan en ocasiones para prevenir infecciones, impedir la propagación de enfermedades en el ganado cuando ya se ha producido la infección y como estimulantes del crecimiento, y se administran a menudo con el pienso o el agua. Con prácticas sostenibles de ganadería, por ejemplo la vacunación, pue-

[1] Agenda Estratégica de Investigación: Iniciativa de programación conjunta sobre la resistencia a los antimicrobianos. La Haya, JPIAMR, 2013.

den reducirse las tasas de infección y la dependencia de los antibióticos, así como el riesgo de que surjan organismos resistentes a los antibióticos y se propaguen por la cadena alimentaria.

### Objetivo 4: Utilizar de forma óptima los medicamentos antimicrobianos en la salud humana y animal

39. Las pruebas de que la resistencia a los antimicrobianos se debe al gran uso de agentes antimicrobianos son abrumadoras. El uso elevado de antibióticos puede deberse a que se prescriben en exceso, a que resulta fácil acceder a ellos en ventas sin receta y, más recientemente, en ventas por internet, que están generalizadas en muchos países. A pesar de las medidas adoptadas por algunos Estados Miembros, el uso de antibióticos en los seres humanos, los animales y la agricultura sigue en aumento en todo el mundo. El incremento previsto en la demanda de alimentos de origen animal puede llevar a nuevos aumentos en el uso de antibióticos.

40. En muchos países de ingresos altos y medianos se recogen y analizan datos sobre el uso de los antibióticos y la OIE está en vías de confeccionar una base de datos sobre el uso de antibióticos en los animales. Sin embargo, faltan datos sobre el uso de antibióticos en los seres humanos en el lugar de consulta y en países de ingresos bajos.

41. Es necesario un reconocimiento más generalizado de los medicamentos antimicrobianos como bien público con objeto de reforzar la reglamentación de su distribución, calidad y uso, y alentar la inversión en investigación y desarrollo. En algunos casos, el gasto de la industria en la promoción de los productos es superior a la inversión de los gobiernos en la promoción del uso racional de los medicamentos antimicrobianos o en la facilitación de información objetiva.

42. La decisión de recetar antibióticos rara vez se basa en diagnósticos definitivos; se necesitan medios de diagnóstico efectivos, rápidos y de bajo costo para guiar el uso óptimo de los antibióticos en la medicina humana y animal, y tales medios deberían integrarse fácilmente en las prácticas clínicas, farmacéuticas y veterinarias. La prescripción y dispensación basada en datos científicos debería ser la norma asistencial.

43. La reglamentación del uso de los agentes antimicrobianos es inadecuada o se aplica de forma deficiente en muchas zonas, como ocurre con la venta sin receta o por internet. Otros puntos débiles conexos que pueden contribuir a la aparición de la resistencia a los antimicrobianos son la escasa observancia por parte del paciente y del profesional de la salud, la prevalencia de medicamentos de calidad subestándar tanto para uso humano como veterinario, y el uso inadecuado y no reglamentado de agentes antimicrobianos en la agricultura.

### Objetivo 5: Preparar argumentos económicos a favor de una inversión sostenible que tenga en cuenta las necesidades de todos los países, y aumentar la inversión en nuevos medicamentos, medios de diagnóstico, vacunas y otras intervenciones

44. Los argumentos económicos deben reflejar la necesidad de desarrollo de la capacidad, en particular la formación en entornos con recursos escasos, y la necesidad del uso basado en pruebas científicas de intervenciones en los sistemas de atención de salud humana y animal, incluidos los medicamentos, los medios de diagnóstico y las vacunas.

45. Es necesario evaluar las repercusiones económicas en la carga sanitaria y la carga socioeconómica más amplia de la resistencia a los antimicrobianos, y debería compararse el costo de no hacer nada con el costo y las ventajas de actuar. La falta de datos de ese tipo obstaculizó la aplicación de

la Estrategia Mundial para la Contención de la Resistencia a los Antimicrobianos 2001.[1] Los pocos estudios que existen sobre el costo económico de la resistencia a los antimicrobianos se limitan principalmente a los países desarrollados.

46. Es necesario invertir urgentemente en el desarrollo de nuevos medicamentos antimicrobianos y en medios de diagnóstico y vacunas. La ausencia de tal inversión refleja, en parte, el miedo a que la resistencia se extienda rápidamente y a que los retornos de la inversión se vean limitados por las restricciones de uso. Así pues, la investigación y el desarrollo de nuevos antibióticos se consideran una inversión empresarial menos atractiva que los de medicamentos para enfermedades crónicas. Actualmente, la mayoría de las principales empresas farmacéuticas han interrumpido la investigación en este ámbito, una situación que el Grupo consultivo de expertos en investigación y desarrollo: financiación y coordinación[2] describió como «un grave fracaso del mercado» que «suscita particular inquietud». Se necesitan nuevos procesos que faciliten el aumento de la inversión en investigación y desarrollo de nuevos antibióticos, y que garanticen que el uso de nuevos productos se rija por un marco rector de salud pública que conserve la eficacia y longevidad de dichos productos. Puede que sea necesario desligar el costo de la inversión en investigación y desarrollo del precio y del volumen de ventas a fin de facilitar un acceso equitativo y asequible a nuevos medicamentos, medios de diagnóstico, vacunas y otros productos de la investigación y el desarrollo en todos los países. En los últimos años se han creado muchos foros para debatir esas cuestiones.[3]

47. Por otra parte, los antibióticos deben ir acompañados de medios de diagnóstico asequibles en el lugar de atención, que informen a los profesionales sanitarios y los veterinarios de la sensibilidad de los patógenos a los antibióticos disponibles. Deben tenerse en cuenta la aplicabilidad y la asequibilidad de esas técnicas en los países de ingresos bajos y medianos.

## MARCO PARA LA ACCIÓN SOBRE LA RESISTENCIA A LOS ANTIMICROBIANOS

48. En el marco que figura a continuación se presentan en forma de cuadro las medidas que los Estados Miembros, la Secretaría y los asociados nacionales e internacionales deben adoptar para lograr la meta y cumplir los objetivos del plan mundial.

49. Se insta a todos los Estados Miembros a que pongan en marcha, en un plazo de dos años a partir de que la Asamblea de la Salud refrende el proyecto de plan de acción, planes de acción nacionales sobre la resistencia a los antimicrobianos que estén alineados con el plan de acción mundial y con las normas y directrices establecidas por organismos intergubernamentales como la Comisión del Codex Alimentarius, la FAO y la OIE. Los planes de acción nacionales deben sentar las bases para una evaluación de las necesidades de recursos, tener en cuenta las prioridades nacionales y regionales y abordar los acuerdos de gobernanza nacionales y locales pertinentes. La Secretaría facilitará la labor del siguiente modo:

---

[1] Taller sobre la ejecución de la Estrategia Mundial OMS para la Contención de la Resistencia a los Antimicrobianos. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003.

[2] Investigación y desarrollo para atender las necesidades sanitarias de los países en desarrollo: fortalecimiento de la financiación y la coordinación mundiales. Informe del Grupo consultivo de expertos en investigación y desarrollo: financiación y coordinación. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2012.

[3] En la Consulta técnica de la OMS sobre modelos innovadores para el desarrollo de nuevos antibióticos y su conservación (Ginebra, 13 de mayo de 2014) se examinaron varias iniciativas actualmente en marcha (http://www.who.int/phi/implementation/consultation_imnadp/en/, consultado el 20 de noviembre de 2014. Disponible solo en inglés).

- apoyando a los países a elaborar, aplicar y supervisar los planes nacionales;
- dirigiendo y coordinando el apoyo a los países para la evaluación y ejecución de las necesidades de inversión, de conformidad con el principio de sostenibilidad (apartado 21(4) *supra*);
- supervisando la elaboración y aplicación de los planes de acción por los Estados Miembros y otros asociados;
- publicando informes bienales sobre los progresos conseguidos, que incluirán una evaluación de los países y organizaciones que cuentan con planes, el progreso en su aplicación, y la eficacia de las medidas en los planos regional y mundial, así como una evaluación de los progresos logrados por la FAO, la OIE y la OMS en la aplicación de las medidas emprendidas en el seno de la colaboración tripartita de las organizaciones.

50. La Secretaría trabajará también con el Grupo Consultivo Estratégico y Técnico sobre la resistencia a los antimicrobianos, los Estados Miembros, la FAO y la OIE, y con otros asociados pertinentes con objeto de elaborar un marco para la supervisión y la evaluación, así como la identificación de indicadores mensurables de la aplicación y eficacia del plan de acción mundial. En el cuadro donde se expone el marco se muestran para cada uno de los objetivos estratégicos ejemplos de los indicadores de eficacia (efectos) que podrían aplicarse.

| **Objetivo 1: Mejorar el conocimiento de la resistencia a los antimicrobianos a través de una comunicación, educación y formación efectivas, y la concienciación al respecto**<br>**Posibles cuantificadores de la eficacia:** alcance de la reducción en el consumo humano mundial de antibióticos (dejando margen para la necesidad de un mejor acceso en algunos entornos), y reducción en el volumen de antibióticos utilizados en la producción de alimentos | | |
|---|---|---|
| **Medidas de los Estados Miembros** | **Medidas de la Secretaría** | **Medidas de los asociados nacionales e internacionales** |
| Fomentar la concienciación en los países sobre la resistencia a los antimicrobianos mediante programas de comunicación pública para diferentes destinatarios en salud humana, salud animal y prácticas agrícolas, además de la participación en una campaña mundial anual de concienciación sobre los antibióticos.<br>Establecer la resistencia a los antimicrobianos como un componente básico de la educación, formación, certificación y desarrollo profesionales en los sectores sanitario y veterinario y en las prácticas agrícolas.<br>Introducir el uso de los antimicrobianos y la resistencia a ellos en los planes de estudio | Elaborar y poner en marcha programas y campañas mundiales de comunicación, incluida una campaña mundial anual de concienciación sobre los antibióticos a partir de campañas regionales y nacionales ya en marcha y en colaboración con otras organizaciones (por ejemplo, la UNESCO y el UNICEF).<br>Proporcionar materiales y herramientas básicos de comunicación (incluidos los destinados a los medios de comunicación sociales y a evaluar la concienciación y comprensión públicas) que los Estados Miembros y otros puedan adaptar y aplicar.<br>Elaborar, junto con la FAO y la OIE a través de la colaboración tripartita, materiales básicos de comunicación, educación y formación que puedan | Las organizaciones y sociedades profesionales deberían establecer la resistencia a los antimicrobianos como un componente básico de la educación, formación, registro o certificación y desarrollo profesionales.<br>La OIE debería seguir prestando apoyo a sus miembros en la aplicación de las normas de la OIE, incluidas las normas y la formación veterinarias profesionales, en la aplicación de su proceso de prestaciones de servicios veterinarios[1] y en la actualización de la legislación. |

[1] Véase http://www.oie.int/es/apoyo-a-los-miembros-de-la-oie/evaluacion-pvs/ (consultado el 20 de noviembre de 2014).

| | | |
|---|---|---|
| escolares con objeto de fomentar una mejor comprensión y sensibilización, y ofrecer a los medios de comunicación pública información correcta y pertinente, a fin de que la información pública y la notificación refuercen los mensajes fundamentales.<br><br>Reconocer la resistencia a los antimicrobianos como una necesidad prioritaria para la adopción de medidas en todos los ministerios gubernamentales mediante su inclusión en registros nacionales de riesgos u otros mecanismos eficaces de compromiso intragubernamental.<br><br>Fomentar y apoyar el establecimiento de coaliciones multisectoriales («Una salud») para abordar la resistencia a los antimicrobianos en el plano nacional o local, y la participación en esas coaliciones en el ámbito regional y mundial. | adaptarse y aplicarse en el ámbito regional y nacional, sobre asuntos entre los que se incluyan la necesidad del uso responsable de los antibióticos, la importancia de la prevención de las infecciones en la salud humana y animal y en las prácticas agrícolas, y las medidas para controlar la propagación de organismos resistentes a través de los alimentos y el medio ambiente. Prestar apoyo a los Estados Miembros con la integración de la educación sobre la resistencia a los antimicrobianos en la formación, educación y registro profesionales.<br><br>Publicar informes periódicos sobre los progresos en la aplicación del plan de acción mundial y los progresos en la consecución de las metas previstas, con objeto de mantener el compromiso de reducir la resistencia a los antimicrobianos.<br><br>Mantener la resistencia a los antimicrobianos como tema prioritario de debate con los Estados Miembros a través de los comités regionales, el Consejo Ejecutivo y la Asamblea de la Salud, y con otras organizaciones intergubernamentales, incluidas las Naciones Unidas. | La FAO debería apoyar el fomento de la concienciación sobre la resistencia a los antimicrobianos y fomentar buenas prácticas de higiene y producción pecuaria entre el personal sanitario, los encargados de la producción pecuaria, y otras partes interesadas de los sectores alimentario y agrícola.<br><br>Las organizaciones intergubernamentales, incluidas la FAO, la OIE y el Banco Mundial, deberían fomentar el conocimiento de la resistencia a los antimicrobianos, y la concienciación al respecto, y, en colaboración con la OMS, deberían replicar las medidas de la Secretaría en sus correspondientes circunscripciones.<br><br>Otras partes interesadas –incluidas las organizaciones de la sociedad civil, los órganos de comercio y de industria, las organizaciones de empleados, las fundaciones con un interés en la educación científica y los medios de comunicación– deberían ayudar a fomentar el conocimiento de la prevención de las infecciones y el uso de los medicamentos antimicrobianos y la concienciación pública al respecto en todos los sectores.<br><br>La OMS, la FAO, la OIE y otras partes interesadas internacionales deberían alentar y apoyar a los Estados Miembros a forjar coaliciones y alianzas intrapaís, y en el ámbito regional/mundial. |

| **Objetivo 2: Reforzar los conocimientos y la base científica a través de la vigilancia y la investigación**<br><br>**Posibles cuantificadores de la eficacia:** alcance de la reducción de la prevalencia de la resistencia a los antimicrobianos, en función de los datos compilados a través de programas integrados para la vigilancia de la resistencia a los antimicrobianos en todos los países | | |
|---|---|---|
| **Medidas de los Estados Miembros** | **Medidas de la Secretaría** | **Medidas de los asociados nacionales e internacionales** |
| Elaborar un sistema nacional de vigilancia para la resistencia a los antimicrobianos que:<br>• incluya un centro nacional de referencia con capacidad de compilar y analizar datos sistemáticamente —incluidos los de un conjunto básico de organismos y medicamentos antimicrobianos procedentes de los servicios de atención de salud y de la comunidad— con objeto de fundamentar las directrices nacionales y la adopción de decisiones;<br>• incluya al menos un laboratorio de referencia capaz de realizar antibiogramas para obtener los datos básicos necesarios, que utilice ensayos normalizados para la detección de microorganismos resistentes y funcione con arreglo a normas de calidad acordadas;<br>• refuerce la vigilancia en los sectores de la salud animal y de la agricultura mediante la aplicación de las recomendaciones del Grupo Asesor de la OMS sobre Vigilancia Integrada de la Resistencia a los Antimicrobianos para los antibiogramas de los patógenos transmitidos por los alimentos,[1] las normas publicadas en los códigos de la OIE para los animales terrestres y los animales acuáticos, incluido el | Elaborar y poner en marcha un programa mundial para la vigilancia de la resistencia a los antimicrobianos en la salud humana, que incluya normas y herramientas de vigilancia y notificación, definiciones de casos, programas externos para evaluar la calidad, y una red de centros colaboradores de la OMS para apoyar la vigilancia de la resistencia a los antimicrobianos y la evaluación externa de la calidad en cada región de la OMS.<br><br>Elaborar, en consulta con los Estados Miembros y otras partes interesadas multisectoriales, normas para notificar, compartir y publicar datos sobre la resistencia a los antimicrobianos que tengan en cuenta las prácticas establecidas para la notificación y vigilancia mundiales de enfermedades, así como los requisitos jurídicos y éticos.<br><br>Informar periódicamente de las tendencias mundiales y regionales en la prevalencia de la resistencia a los antimicrobianos en la salud humana.<br><br>Trabajar con la FAO y la OIE, en el seno de la colaboración tripartita, para apoyar una vigilancia y notificación integradas de la resistencia a los antimicrobianos en la salud humana y animal y en la agricultura, y elaborar cuantificadores de la resistencia a los antimicrobianos en la cadena alimentaria para utilizarlos como indicadores del riesgo para la salud humana. | La FAO, junto con la OMS, debería examinar y actualizar periódicamente el Código de Prácticas del Codex Alimentarius FAO/OMS para Reducir al Mínimo y Contener la Resistencia a los Antimicrobianos y las Directrices del Codex Alimentarius para el análisis de riesgos de resistencia a los antimicrobianos transmitida por los alimentos.<br><br>La comunidad internacional de investigación y la FAO deberían prestar apoyo a estudios destinados a mejorar la comprensión de las consecuencias de la resistencia a los antimicrobianos en la agricultura, la producción pecuaria y la seguridad alimentaria, así como las consecuencias de las prácticas agrícolas en la aparición y la propagación de la resistencia a los antimicrobianos, y a reducir el uso no terapéutico de agentes antimicrobianos en la agricultura mediante el fomento de prácticas de ganadería sostenibles.<br><br>La OIE debería actualizar periódicamente los códigos para los animales terrestres y acuáticos (en particular por lo que respecta a la resistencia a los antimicrobianos), revisar las directrices sobre los métodos de laboratorio para efectuar |

[1] *Integrated surveillance of antimicrobial resistance: guidance from a WHO advisory group*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2013.

| | | |
|---|---|---|
| seguimiento de la resistencia y del uso de los antimicrobianos[1,2] el Código de Prácticas del Codex Alimentarius FAO/OMS para Reducir al Mínimo y Contener la Resistencia a los Antimicrobianos[3] y las Directrices del Codex Alimentarius para el análisis de riesgos de resistencia a los antimicrobianos transmitida por los alimentos;<br>• fomente la participación en redes regionales y mundiales y el intercambio de información de modo que puedan detectarse y supervisarse las tendencias nacionales, regionales y mundiales;<br>• tenga la capacidad de detectar y notificar toda resistencia recientemente surgida que pueda constituir una emergencia de salud pública de importancia internacional, según se exige en el Reglamento Sanitario Internacional (2005).<br>Compilar y notificar datos sobre el uso de agentes antimicrobianos en la salud humana y animal y en la agricultura de modo que puedan supervisarse las tendencias y evaluarse las repercusiones de los planes de acción.<br>Considerar la posibilidad de poner en marcha un programa mundial acordado de investigaciones de salud pública sobre la resistencia a los antimicrobianos, que incluya lo siguiente: investigación para fomentar el uso responsable de los medicamentos antimicrobianos; definición de prácticas mejoradas para la prevención de las | Elaborar un marco para la vigilancia y la notificación del consumo de antimicrobianos en la salud humana, así como normas para la compilación y notificación de los datos sobre el uso en diferentes entornos, a partir de la labor de la OCDE.[4]<br>Junto con la FAO y la OIE, en el seno de la colaboración tripartita, compilar, consolidar y publicar información sobre el consumo mundial de medicamentos antimicrobianos.<br>Consultar a los Estados Miembros y otras partes interesadas multisectoriales para la elaboración de un programa mundial de investigación de salud pública para subsanar carencias importantes en los conocimientos sobre la resistencia a los antimicrobianos, así como métodos para evaluar las cargas sanitarias y económicas de la resistencia a los antimicrobianos, la costoeficacia de las medidas, los mecanismos de aparición y propagación de la resistencia, y la investigación para sostener el desarrollo de nuevas intervenciones, medios de diagnóstico y vacunas. Supervisar la aplicación del programa de investigación, y presentar informes al respecto, por ejemplo a través del Observatorio mundial de la OMS de la investigación y el desarrollo sanitarios.<br>Trabajar con los asociados para establecer un depósito sostenible de información sobre la resistencia a los antimicrobianos y sobre el uso y la eficacia de los medicamentos antimicrobianos que esté integrado en el Observatorio mundial de la investigación y el desarrollo sanitarios y en un programa para la evaluación | antibiogramas, y apoyar el establecimiento de servicios de laboratorio veterinarios a través de su proceso de prestaciones de servicios veterinarios.<br>Los donantes para la acción sanitaria mundial, los órganos internacionales de desarrollo y los organismos técnicos y asistenciales deberían prestar apoyo a los países en desarrollo para crear capacidad de compilar y analizar datos sobre la prevalencia de la resistencia a los antimicrobianos y compartir dichos datos o presentar informes al respecto.<br>Las organizaciones y fundaciones que financian la investigación deberían apoyar la aplicación del programa mundial acordado de investigación de salud pública sobre la resistencia a los antimicrobianos. |

[1] Véase el documento CAC/GL 77-2011 en http://www.codexalimentarius.org/standards/list-of-standards/es/ (consultado el 20 de noviembre de 2014).

[2] Véase http://www.oie.int/es/nuestra-experiencia-cientifica/productos-veterinarios/antimicrobianos/ (consultado el 20 de noviembre de 2014).

[3] Véase http://www.codexalimentarius.org/committees-and-task-forces/es/?provide=committeeDetail&idList=6 (consultado el 20 de noviembre de 2014).

[4] *Prescribing in primary care*. En: *Health at a glance 2013: OECD Indicators*. París, Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, 2013.

| | | |
|---|---|---|
| infecciones en la salud humana y animal y en las prácticas agrícolas; y fomento de la elaboración de medios de diagnóstico y medicamentos antimicrobianos novedosos. | previa y posterior independiente de los datos científicos. | |
| **Objetivo 3: Reducir la incidencia de las infecciones con medidas eficaces de saneamiento, higiene y prevención de la infección**<br><br>**Posibles cuantificadores de la eficacia:** alcance de la reducción en la prevalencia de las infecciones prevenibles, y en particular la incidencia de las infecciones farmacorresistentes en entornos de atención de salud | | |
| **Medidas de los Estados Miembros** | **Medidas de la Secretaría** | **Medidas de los asociados nacionales e internacionales** |
| Los Estados Miembros podrían considerar las siguientes medidas:<br>• adoptar medidas urgentes para aplicar y reforzar la prevención y el control de la higiene y las infecciones;<br>• incluir la formación y educación en prevención y control de la higiene y las infecciones como contenido básico (obligatorio) en la formación y educación del personal sanitario y veterinario y en su perfeccionamiento profesional continuo y su acreditación o registro.<br>• elaborar políticas y normas de procedimiento nacionales, o reforzar las existentes, respecto de las actividades de prevención y control de las infecciones en los establecimientos de atención y hacer un seguimiento de la aplicación y observancia de esas políticas y normas.<br><br>Incluir en la vigilancia nacional de la resistencia a los antimicrobianos la compilación y notificación de datos sobre la sensibilidad antimicrobiana de los microorganismos que provocan infecciones ligadas a la atención médica.<br><br>Fortalecer la salud animal y las prácticas agrícolas mediante la aplicación de las normas publicadas en los códigos sanitarios de la OIE | Facilitar la concepción y aplicación de directrices y herramientas para reforzar la higiene y las prácticas de prevención y control de las infecciones, en particular para combatir la resistencia a los antimicrobianos, y fomentar la participación de grupos de la sociedad civil y de pacientes en la mejora de las prácticas en la higiene y la prevención y el control de las infecciones.<br><br>Velar por que en las recomendaciones normativas aplicables a las vacunas nuevas y existentes se tengan en cuenta las perspectivas de una restricción de las opciones de tratamiento a causa de la resistencia a los antimicrobianos, y las ventajas adicionales de reducir el uso de los agentes antimicrobianos, incluidos los antibióticos.<br><br>Trabajar con asociados y con otras organizaciones para facilitar el desarrollo y evaluación clínica de vacunas prioritarias específicas para la prevención de infecciones difíciles o imposibles de tratar.<br><br>Trabajar con la FAO y la OIE, en el seno de la colaboración tripartita, con objeto de elaborar recomendaciones para el uso de vacunas en los animales destinados a la producción de alimentos, así como recomendaciones para nuevas vacunas, como medio de prevenir en los seres humanos y en los animales las enfermedades | Las sociedades profesionales y los órganos de acreditación deberían prestar apoyo a la formación y educación en medidas de prevención de las infecciones como un requisito obligatorio en el perfeccionamiento profesional, la acreditación y el registro.<br><br>La OIE debería actualizar sus códigos y manuales para incorporar las novedades en las vacunas.<br><br>La FAO debería seguir participando y apoyando a los productores y partes interesadas de los sectores alimentario y agropecuario en la adopción de buenas prácticas en ganadería y veterinaria destinadas a reducir el uso de antibióticos y el riesgo de aparición y propagación de la resistencia a los antimicrobianos. |

| | | |
|---|---|---|
| para los animales terrestres y acuáticos[1] y el Código de Prácticas del Codex Alimentarius FAO/OMS para Reducir al Mínimo y Contener la Resistencia a los Antimicrobianos.[2]<br><br>Fomentar la vacunación como método para reducir las infecciones en los animales destinados a la alimentación. | transmitidas por los alimentos y reducir el uso de los antimicrobianos. | |
| **Objetivo 4: Utilizar de forma óptima los medicamentos antimicrobianos en la salud humana y animal**<br><br>**Posibles cuantificadores de la eficacia:** alcance de la reducción en el consumo humano mundial de antibióticos (dejando margen para la necesidad de un mejor acceso en algunos entornos), el consumo de antibióticos utilizados en la producción de alimentos (animales terrestres y acuáticos, y otras prácticas agropecuarias), y el uso de agentes antimicrobianos médicos y veterinarios para aplicaciones que no sean la salud humana y animal | | |
| **Medidas de los Estados Miembros** | **Medidas de la Secretaría** | **Medidas de los asociados nacionales e internacionales** |
| Elaborar y aplicar planes de acción integrales sobre la resistencia a los antimicrobianos que incorporen los siguientes elementos:<br>• la distribución, prescripción y administración de los antimicrobianos corren a cargo de profesionales sanitarios o veterinarios acreditados bajo la supervisión de organismos de reglamentación o de otra persona debidamente capacitada y autorizada con arreglo a la legislación nacional;<br>• solamente se concede autorización de comercialización a agentes antimicrobianos de calidad garantizada, seguros y eficaces;<br>• elaboración y aplicación de listas nacionales e institucionales de medicamentos esenciales basadas en las listas modelo de la OMS de medicamentos esenciales, listas de reembolso y directrices terapéuticas normalizadas que sirvan de orientación en la | Reforzar y armonizar, en el seno de la colaboración tripartita con la FAO y la OIE, los conceptos de antibióticos de importancia crítica para la salud humana y animal, y velar por que en esos conceptos se incluya el uso de nuevos antibióticos de manera que pueda establecerse una postura común sobre la restricción de los medicamentos antimicrobianos para uso humano.<br><br>Prestar apoyo a los Estados Miembros en la elaboración y aplicación de reglamentos pertinentes de modo que solamente lleguen a los pacientes productos antimicrobianos de calidad garantizada, seguros y eficaces.<br><br>Elaborar directrices y normas técnicas para apoyar el acceso a los medicamentos antimicrobianos, así como su selección y uso responsable a partir de datos científicos, además del seguimiento de los tratamientos fallidos.<br><br>Ofrecer liderazgo para reforzar los sistemas de reglamentación de los medicamentos en los ámbitos nacional | La OIE debería actualizar periódicamente sus códigos sanitarios para los animales terrestres y acuáticos, en particular por lo que se refiere a la resistencia a los antimicrobianos.<br><br>La FAO, en colaboración con la OMS, debería examinar y actualizar periódicamente el Código de Prácticas del Codex Alimentarius FAO/OMS para Reducir al Mínimo y Contener la Resistencia a los Antimicrobianos, a fin de tener en cuenta no solo los residuos en los alimentos sino también la necesidad de disponer de normas para reducir al mínimo y controlar el uso de los agentes antimicrobianos en las prácticas agropecuarias.<br><br>La OIE, con el apoyo de la FAO y la OMS en el seno de la colaboración tripartita, debería establecer y mantener una base de datos mundial sobre el uso de los medicamentos |

[1] Véase http://www.oie.int/es/nuestra-experiencia-cientifica/productos-veterinarios/antimicrobianos (consultado el 20 de noviembre de 2014).

[2] Véase http://www.codexalimentarius.org/committees-and-task-forces/es/?provide=committeeDetail&idList=6 (consultado el 29 de octubre de 2014).

| | | |
|---|---|---|
| adquisición y prescripción de medicamentos antimicrobianos, y reglamentación y control de las prácticas de promoción aplicadas por la industria;<br>• capacidad de los laboratorios para detectar patógenos y su sensibilidad antimicrobiana con objeto de orientar el uso óptimo de los medicamentos antimicrobianos en la práctica clínica;<br>• establecimiento de programas rectores para vigilar y promover el uso óptimo de los antimicrobianos en los ámbitos nacional y local con arreglo a las normas internacionales a fin de asegurar que se elige el medicamento correcto y en su dosis adecuada a partir de datos científicos;<br>• identificación y eliminación de incentivos económicos en todos los sectores que fomenten el uso inadecuado de agentes antimicrobianos, e introducción de incentivos para fomentar un uso óptimo;<br>• reglamentación y gobernanza eficaces y aplicables para la concesión de licencias, distribución, uso y garantía de la calidad de los medicamentos antimicrobianos en la salud humana y animal, así como un marco normativo para la conservación de nuevos antibióticos;<br>• normas sobre el uso de los agentes antimicrobianos en los animales terrestres y acuáticos y en la agricultura, incluida la aplicación del Codex Alimentarius y las normas y directrices internacionales de la OIE, así como las orientaciones de la OMS/OIE sobre el uso de antibióticos de importancia crítica; el abandono gradual del uso de los antibióticos para el fomento del crecimiento de los animales y la protección de las cosechas en ausencia de un análisis de | y regional, de modo que las prácticas adecuadas para fomentar el uso óptimo de los medicamentos antimicrobianos estén respaldadas por una reglamentación adecuada y aplicable, y que las prácticas promocionales puedan reglamentarse debidamente.<br><br>Mantener consultas con los Estados Miembros y las asociaciones de la industria farmacéutica sobre mecanismos de reglamentación innovadores para los medicamentos antimicrobianos nuevos, por ejemplo, considerándolos un tipo de medicamento que exija un conjunto diferente de controles normativos, y sobre nuevos enfoques ante el etiquetado de productos que se centren más en las necesidades de salud pública que en reclamos mercadotécnicos, con objeto de abordar la necesidad de conservar la eficacia de los medicamentos y en aras del acceso mundial.<br><br>Elaborar normas y orientaciones (en el seno de la colaboración tripartita con la FAO y la OIE), basadas en las mejores pruebas disponibles sobre los perjuicios que causan, con respecto a la presencia de agentes antimicrobianos y sus residuos en el medio ambiente, en particular en el agua, las aguas residuales y los alimentos (incluidos los piensos de los animales acuáticos y terrestres). | antimicrobianos en los animales.<br><br>La comunidad de investigación, tanto del sector público como del privado, incluida la industria farmacéutica, debería invertir en el desarrollo de medios de diagnóstico efectivos y baratos de las enfermedades infecciosas y de antibiogramas para su uso en la salud humana y animal en los lugares de consulta y despacho (farmacias).<br><br>Los donantes, las organizaciones no gubernamentales filantrópicas y de otro tipo y la sociedad civil deberían velar por que sus esfuerzos por mejorar el acceso a los medicamentos antimicrobianos vayan acompañados de medidas que protejan la eficacia continuada de tales medicamentos.<br><br>Los órganos y asociaciones profesionales, así como las asociaciones de la industria, los proveedores de seguros de salud y otras entidades pagadoras, deberían elaborar un código de conducta para ofrecer una formación adecuada y educación en la comercialización, compra, reembolso y uso de agentes antimicrobianos. El código debería incluir el compromiso de cumplir los reglamentos y normas nacionales e internacionales, y eliminar la dependencia de la industria farmacéutica para obtener información y educación sobre los medicamentos y, en algunos casos, para percibir ingresos. |

| | | |
|---|---|---|
| riesgos; y la reducción en el uso no terapéutico de los medicamentos en la salud animal. | | |
| **Objetivo 5: Preparar argumentos económicos a favor de una inversión sostenible que tenga en cuenta las necesidades de todos los países, y aumentar la inversión en nuevos medicamentos, medios de diagnóstico, vacunas y otras intervenciones**<br><br>**Posibles cuantificadores de la eficacia:** alcance del aumento en inversiones sostenibles en la capacidad de combatir la resistencia a los antimicrobianos para todos los países, incluidas las inversiones en el desarrollo de nuevos medicamentos, pruebas diagnósticas y otras intervenciones | | |
| **Medidas de los Estados Miembros** | **Medidas de la Secretaría** | **Medidas de los asociados nacionales e internacionales** |
| Los Estados Miembros deberían considerar la posibilidad de evaluar las necesidades de inversión para la aplicación de sus planes de acción nacionales sobre la resistencia a los antimicrobianos, y deberían elaborar planes para obtener y aplicar la financiación necesaria.<br><br>Se alienta a los Estados Miembros a que participen en investigaciones de colaboración internacional para apoyar el desarrollo de nuevos medicamentos, medios de diagnóstico y vacunas de los siguientes modos:<br>• dando prioridad y apoyo a la investigación científica básica sobre enfermedades infecciosas y fomentando las alianzas entre instituciones de investigación en los países desarrollados y en desarrollo;<br>• mediante la colaboración, basada en la distribución justa y equitativa de los beneficios de común acuerdo, en la investigación de fuentes naturales de biodiversidad y de biobancos como fuentes para el desarrollo de nuevos antibióticos;<br>• creando nuevas alianzas publicoprivadas o reforzando las existentes para fomentar la investigación y el desarrollo de nuevos agentes antimicrobianos y pruebas diagnósticas; | Trabajar con el Secretario General de las Naciones Unidas y los organismos del sistema de las Naciones Unidas a fin de determinar el mejor mecanismo (o mecanismos) para llevar a cabo la inversión necesaria que permita aplicar el plan de acción mundial sobre la resistencia a los antimicrobianos, especialmente por lo que respecta a las necesidades de los países en desarrollo.<br><br>Trabajar con el Banco Mundial y con otros bancos de desarrollo para elaborar y aplicar una plantilla o modelos que permitan calcular la inversión necesaria para aplicar los planes de acción nacionales sobre la resistencia a los antimicrobianos, y cotejar y resumir tales necesidades.<br><br>Trabajar con el Banco Mundial y con la FAO y la OIE, en el seno de la colaboración tripartita, para evaluar las repercusiones económicas de la resistencia a los antimicrobianos y de la aplicación del plan de acción en la salud animal y la agricultura.<br><br>Explorar junto con los Estados Miembros, las organizaciones intergubernamentales, las asociaciones de la industria y otras partes interesadas, las opciones para el establecimiento de una nueva alianza o alianzas: | Los asociados de los sectores financiero y económico deberían definir los argumentos económicos a favor de la inversión nacional y mundial en la lucha contra la resistencia a los antimicrobianos, así como una evaluación de los costos de aplicar el presente plan de acción y los costos que conllevaría no adoptar media alguna. El Banco Mundial podría dirigir esta labor.<br><br>La FAO, la OIE y otros asociados deberían prestar apoyo a análisis adecuados para presentar argumentos a favor de la inversión y sentar las bases de la selección de intervenciones para mejorar la ganadería, la gestión, salud e higiene de los animales y las prácticas de bioprotección destinadas a reducir el uso de los antimicrobianos (y la resistencia a ellos) en diferentes entornos de producción. |

| | | |
|---|---|---|
| • poniendo a prueba ideas innovadoras para financiar la investigación y el desarrollo y para la adopción de nuevos modelos de mercado que fomenten la inversión y garanticen el acceso a nuevos productos antimicrobianos. | • coordinar la labor de muchas iniciativas separadas que tienen por objeto renovar la inversión en investigación y desarrollo de antibióticos (incluidas las iniciativas de seguimiento del Grupo consultivo de expertos en investigación y desarrollo[1]);<br>• determinar prioridades para nuevos tratamientos, pruebas diagnósticas y vacunas en función de la aparición y prevalencia de infecciones graves o mortales provocadas por patógenos resistentes;<br>• servir de vehículo para obtener y gestionar la inversión en nuevos medicamentos, pruebas diagnósticas, vacunas y otras intervenciones;<br>• facilitar un acceso asequible y equitativo a medicamentos[2] nuevos y existentes y otros productos, a la vez que se asegura su uso adecuado y óptimo;<br>• establecer modelos colaborativos abiertos de investigación y desarrollo a fin de apoyar el acceso al conocimiento y a los productos derivados de tal investigación, y ofrecer incentivos para la inversión. | |

[1] Investigación y desarrollo para atender las necesidades sanitarias de los países en desarrollo: fortalecimiento de la financiación y la coordinación mundiales. Informe del Grupo consultivo de expertos en investigación y desarrollo: financiación y coordinación. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2012.

[2] Muchas de las medidas que pueden apoyar un acceso asequible y equitativo a los medicamentos se recogen en la Estrategia mundial y plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011.

ANEXO 4

# Texto de los artículos modificados del Estatuto del Personal[1]

[A68/46 – 17 de abril de 2015]

## ESTATUTO DEL PERSONAL – ARTÍCULO IV

Nombramientos, traslados, reasignaciones y ascensos

4.1 El Director General nombrará, trasladará, reasignará y ascenderá a los miembros del personal con arreglo a las necesidades del servicio, sin distinción de raza, sexo ni religión.

4.2 En los nombramientos, traslados, reasignaciones o ascensos de los miembros del personal prevalecerá sobre cualquier otra consideración la necesidad de que el personal de la Organización reúna las mejores condiciones de competencia, eficacia e integridad. También se atenderá la conveniencia de establecer una distribución de los puestos de plantilla sobre una base geográfica tan amplia como sea posible.

4.3 La selección de los miembros del personal se hará, siempre que sea posible, por concurso; sin embargo, lo que antecede no se aplicará cuando, en interés de la Organización, se cubra un puesto por traslado o reasignación de un funcionario sin promoción.

4.4 Sin perjuicio de dar entrada a personal nuevo y competente, los puestos vacantes se ocuparán preferentemente mediante el traslado de miembros del personal, según las modalidades y condiciones que determine el Director General, antes que con otras personas; la regla se aplica igualmente, en régimen de reciprocidad, a los funcionarios de las Naciones Unidas y de los organismos especializados vinculados a las Naciones Unidas.

...

## ESTATUTO DEL PERSONAL – ARTÍCULO IX

Cese

...

9.2 El Director General podrá rescindir el contrato de un miembro del personal con arreglo a las estipulaciones de su nombramiento, o cuando las necesidades del servicio exijan la supresión de su puesto, o una reducción de plantillas, o no resulten satisfactorios los servicios del interesado,

[1] Texto modificado de conformidad con la resolución WHA68.17.

o si rechaza una reasignación razonable o no se incorpora al puesto asignado, o cuando, por motivos de salud, se vea incapacitado para seguir desempeñando sus funciones.

...

# ANEXO 5

## Estrategia mundial y plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual: mandato para la evaluación completa[1]

[A68/35, párrafos 12 a 17 – 15 de mayo de 2015]

[En los párrafos 1 a 11 se exponen los antecedentes y se presentan opciones para su consideración.]

12. La finalidad general de la evaluación completa consiste en evaluar el estado de la aplicación de los ocho elementos de la estrategia mundial:

*a*) establecimiento de un orden de prioridad de las necesidades de investigación

*b*) promoción de las actividades de investigación y desarrollo

*c*) creación de capacidad de innovación y mejora de la misma

*d*) transferencia de tecnología

*e*) aplicación y gestión del régimen de propiedad intelectual para contribuir a la innovación y promover la salud pública

*f*) mejora de la difusión y el acceso

*g*) promoción de mecanismos de financiación sostenibles

*h*) establecimiento de sistemas de seguimiento y presentación de informes

13. La evaluación, que abarcará el periodo 2008-2015, documentará los logros, deficiencias y desafíos pendientes y formulará recomendaciones acerca de la labor futura. Además, servirá de orientación para el examen general del programa.

14. La evaluación abarcará la aplicación de los ocho elementos de la estrategia y las 108 medidas específicas definidas en el plan de acción. Además, observará la aplicación por todas las partes interesadas mencionadas en el plan de acción en diferentes niveles (mundial, regional y nacional), incluidos los gobiernos nacionales, la Secretaría y otras partes interesadas pertinentes.

15. La evaluación se ajustará a la pertinente política de la OMS. Su realización y gestión incumbirán a la Oficina de Evaluación de la OMS, apoyada por un grupo especial de gestión de la evaluación.

16. La evaluación estará a cargo de un evaluador externo independiente seleccionado por licitación pública. El evaluador será un órgano o un equipo externo independiente con conocimientos apropiados sobre el tema de la evaluación y con una combinación adecuada de aptitudes, además de la corres-

[1] Véase la resolución WHA68.18.

pondiente experiencia en la realización de evaluaciones sobre estrategias de innovación en salud pública y acceso a tecnologías y productos médicos.

17. En la realización de la evaluación se utilizará una combinación de métodos que permitan dar respuesta adecuada a las cuestiones planteadas, incluidas las siguientes: revisión de la literatura existente; utilización de los datos e informaciones disponibles procedentes de diversas fuentes; recopilación de datos cualitativos y cuantitativos obtenidos, en particular, mediante cuestionarios rellenados por las partes interesadas que se mencionan en el plan de acción; y estudios de casos de países, según proceda. En su informe inicial, el equipo de evaluación elaborará más detalladamente la metodología de evaluación, que será examinada por el grupo especial de gestión de la evaluación. […]

ANEXO 6

# Resultados de la Segunda Conferencia Internacional sobre Nutrición[1]

[A68/8, anexos 1 y 2 – 24 de abril de 2015]

## DECLARACIÓN DE ROMA SOBRE LA NUTRICIÓN

S

SEGUNDA CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE NUTRICIÓN

Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura

Organización Mundial de la Salud

Viale delle Terme di Caracalla, 00153 Roma, Italia - Tel: (+39) 06 57051 - Fax: (+39) 06 5705 4593 - E-mail: ICN2@fao.org - www.fao.org/icn2

| |
|---|
| **Segunda Conferencia Internacional sobre Nutrición** |
| **Roma, 19-21 de noviembre de 2014** |
| **Documento final de la Conferencia: Declaración de Roma sobre la Nutrición** |

*Acogiendo con beneplácito la participación de los jefes de Estado y de Gobierno y otros invitados de alto nivel,*

1. Nosotros, ministros y representantes de los Miembros de la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), reunidos en la Segunda Conferencia Internacional sobre Nutrición (CIN2), organizada conjuntamente por la FAO y la OMS en Roma del 19 al 21 de noviembre de 2014, para abordar los múltiples desafíos que representa la malnutrición en todas sus formas y determinar las oportunidades para hacerles frente en los próximos decenios.

2. Reafirmando los compromisos contraídos en la primera Conferencia Internacional sobre Nutrición, de 1992, y en las Cumbres Mundiales sobre la Alimentación, de 1996 y 2002, y la Cumbre Mundial sobre la Seguridad Alimentaria, de 2009, así como en las metas y los planes de acción internacionales pertinentes, en particular las metas mundiales sobre nutrición para 2025 de la OMS y el Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020 de la OMS.

[1] Véase la resolución WHA68.19.

3. Reafirmando el derecho de todas las personas a tener acceso a alimentos sanos y nutritivos suficientes, en consonancia con el derecho a una alimentación adecuada y con el derecho fundamental de toda persona a no padecer hambre de conformidad con el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y otros instrumentos pertinentes de las Naciones Unidas.

***Los múltiples desafíos que representa la malnutrición para el desarrollo inclusivo y sostenible y para la salud***

4. Somos conscientes de que la malnutrición en todas sus formas, con inclusión de la desnutrición, la carencia de micronutrientes, el sobrepeso y la obesidad, no solo afecta a la salud y el bienestar de las personas al repercutir negativamente en su desarrollo físico y cognitivo, comprometer el sistema inmunológico, aumentar la susceptibilidad a enfermedades transmisibles y no transmisibles, limitar la realización del potencial humano y reducir la productividad, sino que también supone una pesada carga en forma de consecuencias sociales y económicas negativas para las personas, las familias, las comunidades y los Estados.

5. Reconocemos que las causas profundas de la malnutrición y los factores que conducen a ella son complejos y multidimensionales:

*a*) la pobreza, el subdesarrollo y un nivel socioeconómico bajo contribuyen de forma importante a la malnutrición tanto en las zonas rurales como en las ciudades;

*b*) la falta de acceso en todo momento a alimentos suficientes, en cantidad y de calidad adecuadas, que se ajusten a las creencias, la cultura, las tradiciones, los hábitos alimentarios y las preferencias de las personas de conformidad con las leyes y obligaciones nacionales e internacionales;

*c*) la malnutrición se ve a menudo agravada por prácticas deficientes de alimentación y cuidado de los lactantes y los niños pequeños, deficiencias en el saneamiento y la higiene, la falta de acceso a la educación, a sistemas sanitarios de calidad y a agua potable, infecciones transmitidas por los alimentos e infestaciones parasitarias y la ingestión de cantidades dañinas de contaminantes a causa de alimentos nocivos desde su producción hasta su consumo;

*d*) las epidemias, como la de la enfermedad provocada por el virus del Ebola, plantean enormes desafíos para la seguridad alimentaria y la nutrición.

6. Somos conscientes de que en la mayoría de los países coexisten diferentes formas de malnutrición; aunque los riesgos dietéticos afectan a todos los grupos socioeconómicos, existen grandes desigualdades en la situación nutricional, la exposición al riesgo y la suficiencia de la ingesta de energía alimentaria y de nutrientes entre los países y dentro de ellos.

7. Reconocemos que algunos cambios socioeconómicos y ambientales pueden tener efectos en los hábitos alimentarios y de actividad física, lo que conduce a una mayor susceptibilidad a la obesidad y a enfermedades no transmisibles debido a los modos de vida crecientemente sedentarios y al aumento del consumo de alimentos con un alto contenido de grasas, especialmente grasas saturadas y grasas trans, azúcares y sal o sodio.

8. Reconocemos la necesidad de hacer frente a los efectos del cambio climático y otros factores ambientales en la seguridad alimentaria y la nutrición, en particular en la cantidad, la calidad y la diversidad de los alimentos producidos, adoptando las medidas apropiadas para afrontar los efectos negativos.

9. Reconocemos que las situaciones de conflicto y posteriores a los conflictos, las emergencias humanitarias y las crisis prolongadas, incluidas, entre otras cosas, las sequías, las inundaciones y la desertificación, así como las pandemias, dificultan la seguridad alimentaria y la nutrición.

10. Somos conscientes de que cada vez hay más problemas para que los actuales sistemas alimentarios puedan proporcionar alimentos suficientes, inocuos, diversos y ricos en nutrientes para todos que contribuyan a una dieta saludable, debido, entre otras cosas, a las limitaciones resultantes de la escasez de recursos y el deterioro ambiental, así como a modelos insostenibles de producción y consumo, a las pérdidas y el desperdicio de alimentos y a los desequilibrios en la distribución.

11. Somos conscientes de que el comercio es un elemento fundamental para el logro de la seguridad alimentaria y la nutrición y que las políticas comerciales deben favorecer el fomento de la seguridad alimentaria y la nutrición para todos, a través de un sistema de comercio mundial justo y orientado a los mercados, y reafirmamos la necesidad de abstenerse de adoptar medidas unilaterales que no se ajusten al derecho internacional, incluida la Carta de las Naciones Unidas, y que pongan en peligro la seguridad alimentaria y la nutrición, tal y como se afirma en la Declaración de Roma de 1996.

12. Observamos con profunda preocupación que, a pesar de los significativos logros alcanzados en muchos países, en los últimos decenios se han hecho progresos modestos y desiguales en la reducción de la malnutrición y las cifras estimadas indican que:

*a*) la prevalencia de la subalimentación ha disminuido moderadamente, pero el número absoluto de personas afectadas sigue siendo inaceptablemente alto (se calcula que en 2012-2014 había 805 millones de personas que padecían hambre crónica);

*b*) la malnutrición crónica medida por el retraso del crecimiento ha disminuido, pero en 2013 afectaba todavía a 161 millones de niños menores de 5 años, mientras que la malnutrición aguda (emaciación) afectaba a 51 millones de niños menores de 5 años;

*c*) la desnutrición es la causa principal de muerte entre los niños menores de 5 años, ya que provocó el 45 % de las muertes infantiles en el mundo en 2013;

*d*) más de 2 000 millones de personas sufren carencias de micronutrientes, sobre todo de vitamina A, yodo, hierro y zinc, entre otros;

*e*) el sobrepeso y la obesidad, entre niños y adultos por igual, han venido aumentando rápidamente en todas las regiones: en 2013 había 42 millones de niños menores de 5 años afectados por el sobrepeso y en 2010, más de 500 millones de adultos afectados por la obesidad;

*f*) los factores de riesgo dietético, junto con una actividad física inadecuada, explican casi el 10 % de la carga mundial de la morbilidad y la discapacidad.

***Un proyecto común de acción mundial para poner fin a todas las formas de malnutrición***

13. Reafirmamos que:

*a*) la eliminación de la malnutrición en todas sus formas es un imperativo por razones sanitarias, éticas, políticas, sociales y económicas, con especial atención a las necesidades particulares de los niños, las mujeres, los ancianos, las personas con discapacidades y otros grupos vulnerables, así como las personas afectadas por emergencias humanitarias;

*b*) las políticas de nutrición deberían promover una alimentación diversificada, equilibrada y saludable en todas las etapas de la vida. En particular, debería prestarse especial atención a los primeros 1 000 días —desde el inicio del embarazo hasta los 2 años de edad—, las mujeres embarazadas y lactantes, las mujeres en edad reproductiva y las adolescentes, promoviendo y apoyando prácticas de cuidado y alimentación adecuadas, incluida la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses y la lactancia materna continuada hasta los dos años de edad y posteriormente con una alimentación complementaria apropiada. Deberían fomentarse dietas saludables en los centros preescolares y escolares, las instituciones públicas, los lugares de trabajo y los hogares, así como una alimentación sana por parte de las familias;

*c*) deben respaldarse medidas coordinadas entre diferentes agentes, en todos los sectores pertinentes a nivel internacional, regional, nacional y de las comunidades, por medio de políticas, programas e iniciativas transversales y coherentes, en particular de protección social, a fin de afrontar las múltiples cargas de la malnutrición y promover sistemas alimentarios sostenibles;

*d*) los alimentos no deben utilizarse como instrumento de presión política o económica;

*e*) la volatilidad excesiva de los precios de los alimentos y los productos agrícolas puede incidir negativamente en la seguridad alimentaria y la nutrición y debe seguirse más atentamente y abordarse con mayor eficacia habida cuenta de los desafíos que plantea;

*f*) para mejorar la dieta y la nutrición son precisos marcos legislativos apropiados sobre inocuidad y calidad de los alimentos, en particular respecto del uso adecuado de productos químicos agrícolas, y a tal fin es preciso fomentar la participación en las actividades de la Comisión del Codex Alimentarius encaminadas a la elaboración de normas internacionales relativas a la inocuidad y la calidad de los alimentos, así como a la mejora de la información dirigida a los consumidores, y evitar la promoción y la publicidad inapropiadas de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigidas a los niños, como se recomienda en la resolución WHA63.14;

*g*) los datos e indicadores sobre nutrición, así como la capacidad de todos los países y el apoyo prestado a estos, en especial a los países en desarrollo, para la recopilación y el análisis de datos, deben mejorarse a fin de contribuir a una mayor eficacia en la vigilancia de la nutrición, la formulación de políticas y la rendición de cuentas;

*h*) es necesario potenciar el papel de los consumidores mediante información y educación sobre salud y nutrición mejoradas y basadas en datos objetivos para hacer posible la adopción de decisiones informadas sobre el consumo de productos alimenticios a fin de seguir prácticas alimentarias saludables;

*i*) los sistemas sanitarios nacionales deberían integrar la nutrición, proporcionando al mismo tiempo acceso universal a servicios de salud integrados a través de un enfoque basado en la atención continua que incluya la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, el tratamiento y la rehabilitación, y deberían contribuir a la reducción de las desigualdades atendiendo a las necesidades y vulnerabilidades específicas relacionadas con la nutrición de diferentes grupos de población;

*j*) las políticas de nutrición y otras políticas conexas deberían prestar especial atención a la mujer y potenciar el papel de mujeres y niñas, para contribuir así al acceso pleno y equitativo de las mujeres a la protección social y los recursos, incluidos, entre otros, los ingresos, la tierra, el agua, la financiación, la educación, la capacitación, la ciencia y la tecnología y los servicios sanitarios, y de esa forma promover la seguridad alimentaria y la salud.

14. Reconocemos que:

*a*) la cooperación internacional y la asistencia oficial para el desarrollo en favor de la nutrición deberían apoyar y complementar las estrategias, las políticas y los programas nacionales en materia de nutrición, así como las iniciativas de vigilancia conexas, según proceda;

*b*) la realización progresiva del derecho a una alimentación adecuada en el contexto de la seguridad alimentaria nacional se favorece a través de sistemas alimentarios sostenibles, equitativos, accesibles en todos los casos, resistentes y diversos;

*c*) la acción colectiva resulta fundamental para mejorar la nutrición y requiere la colaboración entre los gobiernos, el sector privado, la sociedad civil y las comunidades;

*d*) el acceso a los recursos, y la utilización de estos, en condiciones no discriminatorias y seguras conforme al derecho internacional son importantes para la seguridad alimentaria y la nutrición;

*e*) los sistemas alimentarios y agrícolas, incluidos los cultivos, la ganadería, la actividad forestal, la pesca y la acuicultura, deben abordarse de manera integral mediante políticas públicas coordinadas, teniendo en cuenta los recursos, las inversiones, el medio ambiente, las personas, las instituciones y los procesos relacionados con la producción, la elaboración, el almacenamiento, la distribución, la preparación y el consumo de los alimentos;

*f*) los agricultores familiares y los pequeños propietarios, especialmente las agricultoras, desempeñan un papel importante en la reducción de la malnutrición y deberían recibir apoyo por medio de políticas públicas integradas y multisectoriales, según proceda, que permitan incrementar su capacidad productiva y sus ingresos y fortalecer su resiliencia;

*g*) las guerras, las ocupaciones, el terrorismo, los disturbios civiles y las catástrofes naturales, los brotes de enfermedades y epidemias, así como las violaciones de los derechos humanos y las políticas socioeconómicas inapropiadas, han causado decenas de millones de refugiados, personas desplazadas, poblaciones civiles no combatientes afectadas por guerras y migrantes, que se encuentran entre los grupos más vulnerables desde el punto de vista nutricional. Los recursos para rehabilitar y atender a estos grupos suelen ser sumamente inadecuados y son frecuentes los casos de carencias nutricionales. Todas las partes responsables deberían cooperar para asegurar el tránsito y la distribución seguros y puntuales de alimentos y suministros médicos a quienes los necesitan, de acuerdo con las creencias, la cultura, las tradiciones, los hábitos alimentarios y las preferencias de las personas, de conformidad con la legislación nacional, las leyes y obligaciones internacionales y la Carta de las Naciones Unidas;

*h*) la inversión responsable en la agricultura,[1] incluidos los pequeños propietarios y la agricultura familiar, y en los sistemas alimentarios es esencial para superar la malnutrición;

*i*) los gobiernos deberían proteger a los consumidores, especialmente los niños, de la promoción y la publicidad inapropiadas de alimentos;

*j*) para mejorar la nutrición es preciso ofrecer dietas saludables, equilibradas y diversificadas, incluidas las dietas tradicionales si procede, que satisfagan las necesidades de nutrientes de

[1] El término agricultura incluye los cultivos, la ganadería, la actividad forestal y la pesca.

todos los grupos de edad y todos los grupos con necesidades nutricionales especiales, y que al mismo tiempo eviten el consumo excesivo de grasas saturadas, azúcares y sal o sodio y eliminen prácticamente por completo las grasas trans, entre otras cosas;

*k*) los sistemas alimentarios deberían proporcionar acceso durante todo el año a alimentos que cubran las necesidades de nutrientes de las personas y promover prácticas de alimentación saludables;

*l*) los sistemas alimentarios deben contribuir a prevenir y tratar las enfermedades infecciosas, incluidas las enfermedades zoonóticas, y a hacer frente a la resistencia a los antimicrobianos;

*m*) los sistemas alimentarios, incluidos todos los componentes de la producción, la elaboración y la distribución, deberían ser sostenibles, resistentes y eficientes a la hora de proporcionar alimentos más variados de manera equitativa, con la debida atención a evaluar el impacto ambiental y las repercusiones sobre la salud;

*n*) deberían reducirse las pérdidas y el desperdicio de alimentos en toda la cadena alimentaria a fin de contribuir a la seguridad alimentaria, la nutrición y el desarrollo sostenible;

*o*) el sistema de las Naciones Unidas, en particular el Comité de Seguridad Alimentaria Mundial, y las instituciones financieras internacionales y regionales deberían trabajar conjuntamente de manera más eficaz para apoyar las iniciativas nacionales y regionales, según proceda, e intensificar la cooperación internacional y la asistencia al desarrollo para acelerar los progresos en la lucha contra la malnutrición;

*p*) EXPO MILANO 2015, dedicada a «alimentar al planeta, energía para la vida», entre otros eventos y foros de interés, brindará una oportunidad para destacar la importancia de la seguridad alimentaria y la nutrición, concienciar al público, impulsar el debate y poner de relieve los resultados de la CIN2.

***Compromiso por la acción***

15. Nos comprometemos a:

*a*) erradicar el hambre y prevenir todas las formas de malnutrición en todo el mundo, en particular la subalimentación, el retraso del crecimiento, la emaciación, la insuficiencia ponderal y el sobrepeso en los niños menores de 5 años; y la anemia en las mujeres y los niños, entre otras carencias de micronutrientes; así como invertir la tendencia ascendente del sobrepeso y la obesidad y reducir la carga de las enfermedades no transmisibles relacionadas con la dieta en todos los grupos de edad;

*b*) aumentar las inversiones para llevar a cabo intervenciones y aplicar medidas efectivas con objeto de mejorar la alimentación y la nutrición de las personas, en particular en situaciones de emergencia;

*c*) promover sistemas alimentarios sostenibles mediante la formulación de políticas públicas coherentes desde la producción hasta el consumo y en los sectores pertinentes para proporcionar acceso durante todo el año a alimentos que satisfagan las necesidades nutricionales de las personas y promover una alimentación saludable, diversificada e inocua;

*d*) aumentar la importancia de la nutrición en las estrategias, las políticas, los planes de acción y los programas nacionales pertinentes y distribuir los recursos nacionales en consecuencia;

*e*) mejorar la nutrición fortaleciendo las capacidades humanas e institucionales para hacer frente a todas las formas de malnutrición a través de, entre otras cosas, la investigación y el desarrollo científicos y socioeconómicos pertinentes, la innovación y la transferencia de tecnologías apropiadas en términos y condiciones mutuamente convenidos;

*f*) fortalecer y facilitar las contribuciones y medidas de todas las partes interesadas para mejorar la nutrición y promover la colaboración entre los países y dentro de ellos, incluidas la cooperación Norte-Sur así como la cooperación Sur-Sur y triangular;

*g*) elaborar políticas, programas e iniciativas para garantizar una dieta sana durante toda la vida, a partir de las primeras etapas de la vida hasta la edad adulta, en particular de personas con necesidades nutricionales especiales, antes y durante el embarazo, especialmente durante los primeros 1 000 días, promoviendo, protegiendo y apoyando la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses y la lactancia materna continuada hasta los 2 años de edad y posteriormente con una alimentación complementaria adecuada, la alimentación saludable de las familias, y en la escuela durante la infancia, así como otras formas especializadas de alimentación;

*h*) facultar a las personas para adoptar decisiones informadas sobre los productos alimenticios —y crear un entorno favorable a tal fin— con objeto de seguir prácticas alimentarias saludables y prácticas adecuadas de alimentación de lactantes y niños pequeños mediante la mejora de la información y la educación en materia de salud y nutrición;

*i*) aplicar los compromisos establecidos en la presente Declaración a través del Marco de Acción, que contribuirá asimismo a garantizar la rendición de cuentas y seguir de cerca los progresos realizados respecto de las metas mundiales sobre nutrición;

*j*) prestar la debida atención a la integración de las aspiraciones y los compromisos de esta Declaración en el proceso de elaboración de la agenda para el desarrollo después de 2015, incluido un posible objetivo mundial conexo.

16. Exhortamos a la FAO y a la OMS, en colaboración con otros organismos, fondos y programas de las Naciones Unidas, así como otras organizaciones internacionales, a ayudar a los gobiernos nacionales que así lo soliciten a formular, reforzar y aplicar políticas, programas y planes para hacer frente a los múltiples desafíos que representa la malnutrición.

17. Recomendamos a la Asamblea General de las Naciones Unidas que refrende la Declaración de Roma sobre la Nutrición así como el Marco de Acción, en el que se ofrece un conjunto de opciones en materia de políticas y estrategias voluntarias para uso de los gobiernos, según proceda, y que considere la posibilidad de declarar un Decenio de Acción sobre la Nutrición de 2016 a 2025 dentro de las estructuras existentes y los recursos disponibles.

# MARCO DE ACCIÓN

S

SEGUNDA CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE NUTRICIÓN

Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura

Organización Mundial de la Salud

Viale delle Terme di Caracalla, 00153 Roma, Italia - Tel: (+39) 06 57051 - Fax: (+39) 06 5705 4593 - E-mail: ICN2@fao.org - www.fao.org/icn2

| |
|---|
| **Segunda Conferencia Internacional sobre Nutrición (CIN2)** |
| **Roma, 19-21 de noviembre de 2014** |
| **Documento final de la Conferencia: Marco de Acción** |

## DE LOS COMPROMISOS A LA PRÁCTICA

### Antecedentes

1. Desde la Conferencia Internacional sobre Nutrición (CIN) de 1992 se han registrado mejoras apreciables en la reducción del hambre y la malnutrición de la población del mundo. Sin embargo, los avances en la reducción del hambre y la desnutrición han sido desiguales e inadmisiblemente lentos. La dificultad fundamental actualmente consiste en mejorar la nutrición de forma sostenible mediante la aplicación de políticas coherentes y medidas mejor coordinadas entre todos los sectores pertinentes.

### Finalidad y metas

2. El presente Marco de Acción tiene carácter voluntario. Su finalidad es guiar la puesta en práctica de los compromisos asumidos en la Declaración de Roma sobre la Nutrición aprobada en la Segunda Conferencia Internacional sobre Nutrición, celebrada en Roma (Italia) del 19 al 21 de noviembre de 2014. Basándose en los compromisos, las metas y los objetivos existentes, este Marco de Acción ofrece un conjunto de opciones en materia de política y estrategias que los gobiernos,[1] en colaboración con otras partes interesadas, pueden incorporar según sea apropiado en sus planes nacionales de nutrición, salud, agricultura,[2] desarrollo e inversión y tener en cuenta al negociar acuerdos internacionales encaminados a mejorar la nutrición para todos.

3. En vista de que los gobiernos son los principales encargados de adoptar medidas en los países, en consulta con una amplia gama de partes interesadas, incluidas las comunidades afectadas, las recomendaciones van destinadas principalmente a los dirigentes gubernamentales. Estos examinarán la idoneidad de estas políticas y medidas en relación con las necesidades y condiciones nacionales, así como con las prioridades regionales y nacionales, incluidos los marcos jurídicos. A efectos de rendi-

[1] Se entiende que el término «gobiernos» incluye a la Unión Europea y otras organizaciones regionales en relación con asuntos de su competencia.

[2] En el presente documento, el término «agricultura» abarca los cultivos, la ganadería, la actividad forestal y la pesca.

ción de cuentas, el presente Marco de Acción adopta las metas mundiales ya establecidas para mejorar la nutrición materna, de los lactantes y de los niños pequeños[1] y reducir los factores de riesgo de enfermedades no transmisibles[2] para 2025.

**Conjunto recomendado de opciones en materia de políticas y programas**

4. A fin de crear un entorno favorable y mejorar la nutrición en todos los sectores, se recomienda el siguiente conjunto de opciones en materia de políticas y programas.

***Medidas recomendadas para crear un entorno favorable a una acción eficaz***

- Recomendación 1: Potenciar el compromiso político y la participación social para mejorar la nutrición en los países mediante el diálogo político y la promoción.

- Recomendación 2: Elaborar —o revisar, según sea apropiado— planes nacionales de nutrición, presupuestarlos y armonizar las políticas de los distintos ministerios y organismos que inciden en la nutrición, así como fortalecer los marcos jurídicos y la capacidad estratégica en la esfera nutricional.

- Recomendación 3: Establecer y fortalecer, según sea apropiado, mecanismos nacionales entre distintos ámbitos gubernamentales, intersectoriales e integrados por múltiples partes interesadas relativos a la seguridad alimentaria y la nutrición a fin de supervisar la aplicación de políticas, estrategias, programas y otras inversiones en nutrición. Esas plataformas pueden necesitarse en diversos niveles y deben contar con salvaguardias firmes contra los abusos y conflictos de interés.

- Recomendación 4: Aumentar la inversión responsable y sostenible en nutrición especialmente en los países, con financiación nacional; generar recursos adicionales mediante instrumentos de financiación innovadores; conseguir que los asociados en el desarrollo aumenten la asistencia oficial para el desarrollo relacionada con la nutrición y fomentar las inversiones privadas, según proceda.

- Recomendación 5: Potenciar la disponibilidad, la calidad, la cantidad, la cobertura y la gestión de sistemas de información multisectoriales relacionados con la alimentación y la nutrición con miras a mejorar la elaboración de políticas y la rendición de cuentas.

- Recomendación 6: Promover la colaboración entre los países, por ejemplo la cooperación Norte-Sur, Sur-Sur y triangular, así como el intercambio de información sobre la nutrición, la alimentación, la tecnología, la investigación, las políticas y los programas.

- Recomendación 7: Fortalecer la gobernanza de la nutrición y coordinar las políticas, las estrategias y los programas de los organismos, los programas y los fondos del sistema de las Naciones Unidas en el ámbito de sus respectivos mandatos.

---

[1] A saber: 1) reducir en un 40% el número de niños menores de 5 años que padecen retraso del crecimiento en todo el mundo; 2) reducir en un 50% la anemia sufrida por mujeres en edad reproductiva; 3) reducir en un 30% la insuficiencia ponderal al nacer; 4) frenar el aumento del sobrepeso infantil; 5) aumentar en un 50% como mínimo las tasas de lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida; y 6) reducir la emaciación infantil a menos del 5% y mantener esa proporción.

[2] A saber: 1) reducir en un 30% el consumo de sal; y 2) detener el aumento de la prevalencia de la obesidad en adolescentes y adultos.

***Medidas recomendadas para lograr sistemas alimentarios sostenibles que promuevan dietas saludables***

- Recomendación 8: Revisar las políticas e inversiones nacionales e incorporar objetivos nutricionales en la política alimentaria y agrícola, así como en la formulación y aplicación de los programas, a fin de potenciar una agricultura que tenga en cuenta la nutrición, garantizar la seguridad alimentaria y posibilitar dietas sanas.

- Recomendación 9: Reforzar la viabilidad de la producción y la elaboración de alimentos a escala local, especialmente por parte de los pequeños agricultores[1] y los agricultores familiares, prestando especial atención al empoderamiento de la mujer y teniendo en cuenta a la vez que un comercio eficaz y eficiente es fundamental para la consecución de los objetivos nutricionales.

- Recomendación 10: Promover una diversificación de los cultivos que abarque cultivos tradicionales infrautilizados, una mayor producción de frutas y hortalizas y una producción adecuada de alimentos de origen animal según sea necesario, aplicando prácticas sostenibles tanto en la producción alimentaria como en la gestión de los recursos naturales.

- Recomendación 11: Mejorar las tecnologías de almacenamiento, conservación, transporte y distribución y las infraestructuras para reducir la inseguridad alimentaria estacional así como la pérdida y el desperdicio de alimentos y nutrientes.

- Recomendación 12: Crear y fortalecer instituciones, políticas, programas y servicios para aumentar la resiliencia del suministro de alimentos en las zonas expuestas a sufrir crisis, incluidas las afectadas por el cambio climático.

- Recomendación 13: Elaborar, adoptar y adaptar, cuando sea apropiado, directrices internacionales sobre dietas saludables.

- Recomendación 14: Fomentar la reducción gradual del consumo de grasas saturadas, azúcar, sal o sodio y grasas trans a través de los alimentos y las bebidas para prevenir una ingesta excesiva por parte de los consumidores y mejorar el contenido de nutrientes de los alimentos, según sea necesario.

- Recomendación 15: Estudiar instrumentos de regulación y de carácter voluntario —como políticas de comercialización, publicidad y etiquetado e incentivos o desincentivos económicos de conformidad con las reglas del Codex Alimentarius y de la Organización Mundial del Comercio (OMC)— para promover dietas saludables.

- Recomendación 16: Establecer normas alimentarias o centradas en los nutrientes con miras a brindar acceso a dietas saludables y agua potable sana en instituciones públicas como hospitales, guarderías, lugares de trabajo, universidades, oficinas gubernamentales y cárceles, y fomentar la creación de instalaciones para la práctica de la lactancia materna.

---

[1] La expresión «pequeños agricultores» incluye a los trabajadores agrícolas y del sector alimentario, los pescadores artesanales, los pastores, los pueblos indígenas y los campesinos sin tierras (Comité de Seguridad Alimentaria Mundial, Marco estratégico mundial para la seguridad alimentaria y la nutrición, 2013).

***Medidas recomendadas en materia de comercio e inversión internacionales***

- Recomendación 17: Alentar a los gobiernos, los organismos, programas y fondos de las Naciones Unidas, la OMC y otras organizaciones internacionales a que determinen oportunidades de alcanzar las metas mundiales en materia de alimentación y nutrición por medio de políticas sobre comercio e inversión.

- Recomendación 18: Aumentar la disponibilidad y el acceso del suministro de alimentos por medio de acuerdos y políticas comerciales apropiados y comprometerse a garantizar que esos acuerdos y políticas no vayan en detrimento del derecho a una alimentación adecuada en otros países.[1]

***Medidas recomendadas en materia de educación e información nutricional***

- Recomendación 19: Poner en práctica intervenciones de educación e información nutricional basadas en las directrices dietéticas nacionales y en políticas coherentes en materia de alimentación y dieta, mediante mejoras en los planes de estudio escolares y a través de la educación nutricional en los servicios sanitarios, agrícolas y de protección social, de intervenciones en el ámbito comunitario y del suministro de información en el punto de venta, incluido el etiquetado.

- Recomendación 20: Potenciar los conocimientos especializados sobre nutrición y la capacidad para emprender actividades de educación nutricional especialmente entre los trabajadores de primera línea, los trabajadores sociales, el personal de extensión agrícola, los docentes y los profesionales sanitarios.

- Recomendación 21: Emprender campañas de comercialización social y programas de comunicación sobre cambios en el estilo de vida que promuevan la actividad física, la diversificación dietética y el consumo de alimentos ricos en micronutrientes tales como frutas y hortalizas, con inclusión de alimentos locales tradicionales y tomando en cuenta las consideraciones de índole cultural, así como mejoras en la nutrición materno-infantil, prácticas de cuidado apropiadas y la lactancia materna y alimentación complementaria adecuadas, orientadas y adaptadas a los diversos públicos y grupos de interesados dentro del sistema alimentario.

***Medidas recomendadas en materia de protección social***

- Recomendación 22: Incorporar objetivos de nutrición en los programas de protección social y en los programas de redes de seguridad aplicados en el contexto de la asistencia humanitaria.

- Recomendación 23: Usar transferencias de efectivo y alimentos, en concreto programas de alimentación escolar y otras formas de protección social de la población vulnerable, para mejorar las dietas ampliando el acceso a alimentos que se ajusten a las creencias, la cultura, las tradiciones, los hábitos alimentarios y las preferencias de las personas de conformidad con las leyes y obligaciones nacionales e internacionales y que sean nutricionalmente adecuados en aras de una dieta sana.

- Recomendación 24: Incrementar los ingresos de las poblaciones más vulnerables creando empleo digno para todos, incluso mediante la promoción del empleo autónomo.

---

[1] Texto extraído del párrafo 25 de la Resolución A/RES/68/177 de la Asamblea General de las Naciones Unidas.

***Medidas recomendadas para que los sistemas de asistencia sanitaria sean sólidos y resistentes***

- Recomendación 25: Fortalecer los sistemas de asistencia sanitaria y promover la cobertura sanitaria universal,[1] en particular por conducto de la atención primaria, para que los sistemas sanitarios nacionales puedan hacer frente a la malnutrición en todas sus formas.

- Recomendación 26: Mejorar la integración de la nutrición en los sistemas de asistencia sanitaria mediante estrategias apropiadas para fortalecer los recursos humanos, el liderazgo y la gobernanza, la financiación de dichos sistemas y la prestación de sus servicios así como el suministro de medicamentos esenciales, información y seguimiento.

- Recomendación 27: Promover el acceso universal a todas las medidas nutricionales directas y las medidas sanitarias pertinentes que repercuten en la nutrición por conducto de los programas de salud.

- Recomendación 28: Aplicar la Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño de la OMS, el Plan integral de aplicación 2012-2015 sobre nutrición materna, del lactante y del niño pequeño de la OMS y el Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020 de la OMS por medio de financiación suficiente y políticas adecuadas.

***Medidas recomendadas para promover, proteger y sostener la lactancia materna***

- Recomendación 29: Adaptar y aplicar el Código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna y las posteriores resoluciones pertinentes de la Asamblea Mundial de la Salud.

- Recomendación 30: Aplicar políticas y prácticas, incluidas reformas laborales según sea apropiado, para promover la protección de las madres que trabajan[2].

- Recomendación 31: Aplicar políticas, programas y medidas para velar por que los servicios sanitarios promuevan, protejan y respalden la lactancia materna, en particular la iniciativa de hospitales amigos de los niños.

- Recomendación 32: Alentar y promover —mediante actividades de promoción, educación y aumento de la capacidad— un entorno favorable a que los hombres, en particular los padres, tomen parte activa en el cuidado de los lactantes y niños pequeños y compartan dichas responsabilidades con las madres, y al mismo tiempo empoderar a las mujeres y mejorar su salud y su estado nutricional a lo largo de toda la vida.

- Recomendación 33: Velar por que las políticas y prácticas adoptadas en situaciones de emergencia y crisis humanitarias promuevan, protejan y respalden la lactancia materna.

---

[1] De conformidad con el párrafo 9 del preámbulo de la resolución WHA67.14, la cobertura sanitaria universal implica que todas las personas tengan acceso, sin discriminación alguna, a una serie de servicios de salud esenciales de carácter promocional, preventivo, curativo, paliativo y rehabilitador, que se determinará a nivel nacional, así como a medicamentos esenciales seguros, asequibles, eficaces y de calidad, a la vez que se asegura que el uso de esos servicios no expone a los usuarios a dificultades económicas, en particular los sectores pobres, vulnerables y marginados de la población.

[2] Como se indica en el Convenio n.º 183 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) sobre la protección de la maternidad y la correspondiente recomendación 191.

***Medidas recomendadas para hacer frente a la emaciación***

- Recomendación 34: Adoptar políticas y medidas y movilizar fondos para mejorar la cobertura del tratamiento de la emaciación a partir de un enfoque de gestión comunitaria de la malnutrición aguda, y mejorar la atención integrada de las enfermedades de la infancia.

- Recomendación 35: Incorporar la preparación para los desastres y emergencias en los programas y políticas pertinentes.

***Medidas recomendadas para hacer frente al retraso del crecimiento***

- Recomendación 36: Promulgar políticas y fortalecer intervenciones con el objeto de mejorar la nutrición y la salud de las madres, empezando por las adolescentes y siguiendo con el embarazo y la lactancia.

- Recomendación 37: Establecer políticas, programas y estrategias sanitarias para promover la alimentación óptima de lactantes y niños pequeños, en particular la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad seguida de un periodo de alimentación complementaria adecuada (de los seis a los 24 meses).

***Medidas recomendadas para abordar el sobrepeso y la obesidad en la niñez***

- Recomendación 38: Brindar asesoramiento dietético a las mujeres durante el embarazo para que tengan un aumento de peso saludable y una nutrición adecuada.

- Recomendación 39: Mejorar el estado nutricional y el crecimiento de los niños, en particular abordando la exposición de las madres a la disponibilidad y la comercialización de alimentos complementarios y mejorando los programas de alimentación complementaria de los lactantes y niños pequeños.

- Recomendación 40: Regular la comercialización de los alimentos y las bebidas no alcohólicas que va dirigida a los niños, de conformidad con las recomendaciones de la OMS.

- Recomendación 41: Crear un entorno propicio que promueva la actividad física a fin de combatir el estilo de vida sedentario desde las primeras etapas de la vida.

***Medidas recomendadas para hacer frente a la anemia en mujeres en edad reproductiva***

- Recomendación 42: Mejorar el aporte de micronutrientes gracias al consumo de alimentos ricos en nutrientes y especialmente en hierro, cuando sea necesario, mediante estrategias de enriquecimiento y complementación, y promover dietas sanas y diversificadas.

- Recomendación 43: Proporcionar suplementos diarios de hierro y ácido fólico y otros micronutrientes a las mujeres embarazadas como parte de la asistencia prenatal y brindar intermitentemente suplementos de hierro y ácido fólico a las mujeres en fase de menstruación en las zonas con prevalencia de anemia del 20% o superior, así como tratamiento antiparasitario cuando proceda.

***Medidas recomendadas en el ámbito de los servicios sanitarios para mejorar la nutrición***

- Recomendación 44: Aplicar políticas y programas para garantizar el acceso universal a mosquiteros tratados con insecticidas y su uso, y ofrecer tratamiento preventivo de la malaria a las embarazadas en las zonas donde la transmisión de la enfermedad va de moderada a alta.

- Recomendación 45: Ofrecer desparasitación periódica a todos los niños en edad escolar de las zonas endémicas.

- Recomendación 46: Aplicar políticas y programas para mejorar la capacidad de prestación de servicios sanitarios con el objeto de prevenir y tratar las enfermedades infecciosas[1].

- Recomendación 47: Suministrar suplementos de zinc para reducir la duración y gravedad de los episodios de diarrea y prevenir episodios sucesivos en los niños.

- Recomendación 48: Suministrar a los niños en edad preescolar suplementos de hierro y vitamina A, entre otras, para reducir el riesgo de anemia.

- Recomendación 49: Aplicar políticas y programas para garantizar que las mujeres dispongan de información completa y tengan acceso a servicios integrales de atención de la salud que proporcionen apoyo adecuado para el embarazo y el parto seguros.

***Medidas recomendadas en materia de agua, saneamiento e higiene***

- Recomendación 50: Aplicar políticas y programas que utilicen enfoques participativos para mejorar la gestión del agua en la producción agrícola y alimentaria[2].

- Recomendación 51: Invertir en la mejora del acceso universal al agua potable, así como comprometerse al respecto, con la participación de la sociedad civil y el apoyo de los asociados internacionales según proceda.

- Recomendación 52: Aplicar políticas y estrategias que adopten enfoques participativos para asegurar el acceso universal a un saneamiento adecuado[3] y promover prácticas higiénicas seguras, como lavarse las manos con jabón.

***Medidas recomendadas en materia de inocuidad de los alimentos y resistencia a los antimicrobianos***

- Recomendación 53: Desarrollar, establecer y fortalecer sistemas nacionales y asegurar su cumplimiento según sea apropiado, en particular mediante la revisión y modernización de la legislación y los reglamentos nacionales sobre inocuidad de los alimentos, para garantizar la actuación responsable de los productores y abastecedores de alimentos a lo largo de toda la cadena alimentaria.

---

[1] Como la prevención de la transmisión materno-infantil del VIH, la inmunización contra el sarampión y el tratamiento antibiótico de las niñas con infecciones urinarias.

[2] En particular reduciendo el desperdicio de agua en el riego y mediante estrategias de uso múltiple de las aguas, incluidas las aguas residuales, y un mejor uso de tecnología apropiada.

[3] En particular adoptando prácticas eficaces de evaluación y gestión de los riesgos en materia de uso inocuo de las aguas residuales y saneamiento.

- Recomendación 54: Tomar parte activa en la labor de la Comisión del Codex Alimentarius centrada en la nutrición y la inocuidad de los alimentos y aplicar a escala nacional, según corresponda, las normas adoptadas en el plano internacional.

- Recomendación 55: Participar en redes internacionales de intercambio de información sobre la inocuidad de los alimentos y contribuir a ellas, en particular por lo que se refiere a la gestión de las emergencias.[1]

- Recomendación 56: Sensibilizar a las partes interesadas pertinentes sobre los problemas que plantea la resistencia a los antimicrobianos y aplicar medidas multisectoriales apropiadas para afrontarla, incluido el uso prudente de los antimicrobianos en veterinaria y medicina.

- Recomendación 57: Elaborar y aplicar directrices nacionales sobre el uso prudente de los antimicrobianos en los animales productores de alimentos, con arreglo a las normas reconocidas internacionalmente adoptadas por organizaciones internacionales competentes para reducir el uso no terapéutico de antimicrobianos y suprimir su empleo como agentes promotores del crecimiento en ausencia de análisis de riesgos según lo previsto en el Código de prácticas CAC/RCP61-2005 del Codex.

***Recomendaciones con respecto a la rendición de cuentas***

- Recomendación 58: Se alienta a los gobiernos nacionales a que fijen objetivos y resultados intermedios en materia de nutrición conformes con el plazo establecido para la aplicación (2016-2025) y con los objetivos mundiales establecidos por la Asamblea Mundial de la Salud en materia de nutrición y enfermedades no transmisibles. Se les invita asimismo a que incluyan en sus marcos de seguimiento nacionales los indicadores acordados de los resultados nutricionales (para controlar los progresos en el cumplimiento de los objetivos nacionales), de la ejecución de los programas nutricionales (incluida la cobertura de las intervenciones) y del entorno normativo de la nutrición (con inclusión de las disposiciones institucionales, las capacidades y las inversiones en la esfera nutricional).[2] El seguimiento deberá llevarse a cabo, en la medida de lo posible, mediante mecanismos existentes.

- Recomendación 59: La FAO y la OMS compilarán conjuntamente informes sobre el cumplimiento de los compromisos de la Declaración de Roma sobre la Nutrición, en estrecha colaboración con otros organismos, fondos y programas de las Naciones Unidas y con otras organizaciones regionales e internacionales pertinentes según sea apropiado, sobre la base de autoevaluaciones de los países e información disponible por conducto de otros mecanismos de seguimiento y rendición de cuentas (como los informes de autoevaluación de la Iniciativa SUN para el fomento de la nutrición, otros informes presentados a la Conferencia de la FAO y la Asamblea Mundial de la Salud y el Informe mundial sobre la nutrición).

- Recomendación 60: Se solicita a los órganos rectores de la FAO y la OMS y otras organizaciones internacionales pertinentes que examinen la inclusión de los informes sobre el seguimiento gene-

---

[1] Red Internacional FAO/OMS de Autoridades de Inocuidad de los Alimentos (http://www.who.int/foodsafety/areas_work/infosan/en/).

[2] Podrán elaborarse marcos de seguimiento basados en el Marco Mundial de Seguimiento de la nutrición materna y de los lactantes y los niños pequeños y el Marco de Seguimiento del Plan de acción mundial sobre las enfermedades no transmisibles, así como en indicadores de seguimiento de la seguridad alimentaria (la prevalencia de la desnutrición medida por la FAO, la escala de experiencia de inseguridad alimentaria y otros indicadores de uso habitual).

ral de la CIN2 en el programa de los períodos de sesiones ordinarios de los órganos rectores de la FAO y la OMS, incluidas las conferencias regionales de la FAO y las reuniones de los comités regionales de la OMS, posiblemente una vez por bienio. Se pide asimismo a los Directores Generales de la FAO y la OMS que transmitan dichos informes a la Asamblea General de las Naciones Unidas según sea apropiado.

---

# ANEXO 7

## Indicadores adicionales para el conjunto básico del marco de vigilancia mundial de la nutrición de la madre, el lactante y el niño pequeño[1]

[A68/9 – 15 de mayo de 2015]

| | **Indicador** |
|---|---|
| | ***Indicadores intermedios de resultados,*** *para vigilar las afecciones que inciden en el avance hacia las metas* |
| IO1 | Prevalencia de la diarrea en menores de 5 años[2] |
| IO2 | Proporción de mujeres de 15 a 49 años con índice de masa corporal bajo[3] |
| IO3 | Número de nacimientos en mujeres de 15 a 19 años por 1000 mujeres de 15 a 19 años durante un periodo de referencia determinado |
| IO4 | Proporción de mujeres de más de 18 años con sobrepeso y obesidad[4] |
| IO5 | Proporción de niños en edad escolar y adolescentes (5 a 18 años) con sobrepeso y obesidad[5] |
| | ***Indicadores de proceso,*** *para vigilar los programas y progresos en situaciones específicas* |
| PR1 | Proporción de niños de 6 a 23 meses que reciben una dieta mínima aceptable[6] |
| PR2 | Proporción de la población que dispone de un servicio de agua potable gestionado de forma segura |
| PR3 | Proporción de la población que dispone de un servicio de saneamiento gestionado de forma segura |
| PR4 | Proporción de embarazadas que reciben suplementos de hierro y ácido fólico[6] |
| PR5 | Porcentaje de nacimientos en instalaciones adecuadas para los recién nacidos |
| PR6 | Proporción de madres de niños de 0 a 23 meses que han recibido asesoramiento, apoyo o mensajes sobre prácticas óptimas de lactancia natural al menos una vez en el último año[6] |
| | ***Indicadores referentes al entorno y la capacidad normativos,*** *para medir el grado de compromiso político* |
| PE1 | Número de profesionales capacitados en nutrición por 100 000 habitantes[6] |
| PE2 | El país cuenta con legislación/reglamentos para la plena aplicación del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna (resolución WHA34.22) y resoluciones pertinentes ulteriores adoptadas por la Asamblea de la Salud |
| PE3 | El país cuenta con leyes o reglamentos de protección de la maternidad en consonancia con el Convenio sobre la protección de la maternidad, 2000 (n.º 183) y la Recomendación n.º 191 |

[1] Véase la decisión WHA68(14).

[2] Los países en los que la prevalencia del retraso del crecimiento y la emaciación sea inferior al 2,3% pueden considerar la posibilidad de informar acerca de este indicador utilizando los datos clínicos habituales.

[3] Menos de dos desviaciones estándar por debajo de la mediana del índice de masa corporal para la edad (Patrones de crecimiento de la OMS 2007) en mujeres de 15 a 18 años y menos de 18,5 kg/m$^2$ en mujeres de 19 años o más.

[4] Índice de masa corporal superior a 25 kg/m$^2$.

[5] Más de una desviación estándar por encima de la mediana del índice de masa corporal para la edad y el sexo (Patrones de crecimiento de la OMS 2007, http://www.who.int/growthref/en/).

[6] La notificación se aplaza a 2018 (véase la decision WHA68(14), párrafo 2).

ANEXO 8

# Repercusiones financieras y adminstrativas para la Secretaría de las resoluciones y decisiones adoptadas por la Asamblea de la Salud

**1. Resolución WHA68.2** Estrategia y metas técnicas mundiales contra la malaria 2016-2030

**2. Relación con el proyecto de presupuesto por programas para 2016-2017 (véase el documento A68/7 http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68/A68_7-sp.pdf)**

Categoría: 1. Enfermedades transmisibles

Área programática: Malaria

Efecto 1.3
Productos: 1.3.1 y 1.3.2

**¿De qué modo contribuiría la resolución a la consecución de los resultados previstos en las áreas programáticas *supra*?**

La resolución, en la que se adopta la estrategia técnica mundial contra la malaria 2016-2030, permitirá por tanto a la Secretaría el fortalecimiento de su capacidad para prestar apoyo a los Estados Miembros en la aplicación de los principios y pilares descritos en la estrategia, manteniendo a la vez un proceso de formulación de políticas robusto y basado en datos científicos.

**¿Están incluidos en el proyecto de presupuesto por programas los entregables y productos que se piden en la resolución? (Sí/No)**

Sí.

**3. Costos estimados y repercusiones en la dotación de personal en relación con el presupuesto por programas**

***a*) Costo total**

**Indíquese *i*) el periodo de vigencia de la resolución durante el cual la Secretaría tendrá que realizar actividades de aplicación y *ii*) el costo de esas actividades (estimación redondeada a la decena de millar de US$ más próxima).**

*i*) El calendario de la resolución es congruente con la agenda de las Naciones Unidas para el desarrollo después de 2015 y muchas de las actividades previstas en la resolución estarán en curso.

*ii*) Se ha iniciado un proceso de actualización del plan del área programática para asegurarse de que los tres niveles de la Secretaría se refuerzan y disponen de capacidad para prestar apoyo a los Estados Miembros en la aplicación de la visión articulada en la estrategia.

Algunos elementos de la resolución sobrepasan el presupuesto acordado previamente para la malaria, en particular en concepto de apoyo a los Estados Miembros para acelerar sus programas antipalúdicos nacionales encaminados a la eliminación de la malaria.

***b*) Costos en el bienio 2014-2015**

**Indíquese la porción del costo indicado en 3(*a*) que corresponde al bienio 2014-2015 (estimación redondeada a la decena de millar de US$ más próxima).**

US$ costo nulo (personal: US$ costo nulo; actividades: US$ costo nulo).

**Indíquese en qué niveles de la Organización se realizarían los gastos y en qué regiones, cuando corresponda.**

No se aplica.

**¿Está incluida la totalidad de los costos en el presupuesto por programas para 2014-2015 aprobado? (Sí/No)**

No se aplica.

**En caso negativo, indíquese la cantidad que no está incluida.**

***c)* Costos en el bienio 2016-2017**

US$ 121,5 millones (personal: US$ 65,4 millones; actividades: US$ 56,1 millones).

**Indíquese en qué niveles de la Organización se realizarían los gastos y en qué regiones, cuando corresponda.**

En los tres niveles de la Organización.

**¿Está incluida la totalidad de los costos en el proyecto de presupuesto por programas para 2016-2017? (Sí/No)**

Sí.

**En caso negativo, indíquese la cantidad que no está incluida.**

***d*) Repercusiones en la dotación de personal**

**¿Se puede aplicar la resolución con la dotación de personal actual? (Sí/No)**

No.

**En caso negativo, indíquese el número de funcionarios adicionales (equivalentes de puestos a tiempo completo) que serían necesarios, especificando la región, cuando corresponda, e indicando el perfil de ese personal.**

A continuación se indica el número de funcionarios adicionales necesarios para aplicar la resolución:

Región de África: nueve funcionarios de grado P.4 (resistencia a los medicamentos antipalúdicos e investigación – un funcionario técnico; eliminación del paludismo – un médico; prevención – cuatro funcionarios técnicos (entomología); información estratégica y planificación —dos médicos; gestión de los casos de paludismo – un médico).

Región de las Américas: tres funcionarios del cuadro orgánico (eliminación del paludismo en Belice y la República Bolivariana de Venezuela), un funcionario nacional del cuadro orgánico (Estado Plurinacional de Bolivia).

Región de Asia Sudoriental: 13 funcionarios nacionales del cuadro orgánico (seis entomólogos, dos especialistas en seguimiento y evaluación, tres especialistas en laboratorio, un especialista en salud pública y un farmacéutico) y cuatro funcionarios de grado P.4 (tres malariólogos y un entomólogo).

Región del Mediterráneo Oriental: tres funcionarios de grado P.4 (Afganistán, Sudán y Yemen), dos funcionarios de grado P.2 (un médico encargado de la gestión de casos y la resistencia a los fármacos, un especialista en gestión de datos a tiempo parcial (0,5)), tres funcionarios nacionales del cuadro orgánico (Afganistán, Sudán y Yemen).

Región del Pacífico Occidental: un funcionario de grado P.5 (Papua Nueva Guinea), tres funcionarios de grado P.4 (un especialista en laboratorio, un especialista en eliminación del paludismo y un entomólogo), un funcionario de grado P.2 (gestión del programa), un funcionario nacional del cuadro orgánico (Filipinas), dos funcionarios del cuadro de servicios generales (un administrador de base de datos y una persona para realizar labores de secretaría).

Sede: cuatro funcionarios de grado P.5 (un jefe del equipo de creación de capacidad y apoyo técnico; un jefe del equipo de eliminación; un jefe del equipo de vigilancia; y un entomólogo), seis funcionarios de grado P.4 (un funcionario responsable de apoyo técnico, un funcionario responsable de creación de capacidad, un creador de modelos de la carga de morbilidad, un administrador de base de datos, un funcionario responsable de eliminación y un entomólogo), siete funcionarios de grado P.3 (un funcionario responsable del acceso a vacunas, un funcionario responsable de medios diagnósticos, un funcionario responsable de formación en vigilancia, un administrador de base de datos, dos funcionarios responsables de gestión de proyectos y un funcionario técnico de comunicaciones) y tres asistentes de grado G.5.

**4. Financiación**

El costo de la labor que lleve a cabo la Secretaría en la aplicación de la resolución se financiará mediante iniciativas de movilización de recursos en toda la Organización.

**1. Resolución WHA68.3** Poliomielitis

**2. Relación con el presupuesto por programas para 2014-2015 (véase el documento A66/7 http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_7-sp.pdf)**

Categoría: 5. Preparación, vigilancia y respuesta

Área programática: Erradicación de la poliomielitis Efecto: 5.5.
Productos: 5.5.1, 5.5.2, 5.5.3 y 5.5.4.

**¿De qué modo contribuiría la resolución a la consecución de los resultados previstos en las áreas programáticas *supra*?**

La plena aplicación de la resolución contribuiría a lograr de forma duradera un mundo sin poliomielitis gracias a la interrupción de la transmisión de los poliovirus salvajes y de origen vacunal.

**¿Están incluidos en el presupuesto por programas los entregables y productos que se piden en la resolución? (Sí/No)**

Sí.

**3. Costos estimados y repercusiones en la dotación de personal en relación con el presupuesto por programas**

***a*) Costo total**

**Indíquese *i*) el periodo de vigencia de la resolución durante el cual la Secretaría tendrá que realizar actividades de aplicación y *ii*) el costo de esas actividades (estimación redondeada a la decena de millar de US$ más próxima).**

*i*) Cuatro años (2015-2018).

*ii*) No hay ningún gasto adicional (ni de personal ni para actividades) relacionado con la resolución, ya que los gastos conexos se incluyeron ya en el Plan estratégico para la erradicación de la poliomielitis y la fase final 2013-2018 solicitado por el Consejo Ejecutivo en su resolución EB130.R10.

***b*) Costos en el bienio 2014-2015**

**Indíquese la porción del costo indicado en 3(*a*) que corresponde al bienio 2014-2015 (estimación redondeada a la decena de millar de US$ más próxima).**

Total: costo nulo (personal: costo nulo; actividades: costo nulo), según se indica en el apartado *a)*(*ii*) de la sección 3.

**Indíquese en qué niveles de la Organización se realizarían los gastos y en qué regiones, cuando corresponda.**

No se aplica, de acuerdo con lo indicado en el apartado *a)*(*ii*) de la sección 3.

**¿Está incluida la totalidad de los costos en el presupuesto por programas para 2014-2015 aprobado? (Sí/No)**

No se aplica, de acuerdo con lo indicado en el apartado *a)*(*ii*) de la sección 3.

**En caso negativo, indíquese la cantidad que no está incluida.**

***c*) Repercusiones en la dotación de personal**

**¿Se puede aplicar la resolución con la dotación de personal actual? (Sí/No)**

Sí.

**En caso negativo, indíquese el número de funcionarios adicionales (equivalentes de puestos a tiempo completo) que serían necesarios, especificando la región, cuando corresponda, e indicando el perfil de ese personal.**

**4. Financiación**

**¿Están financiados en su totalidad los costos estimados para el bienio 2014-2015 que se indican en 3(*b*)? (Sí/No)**

No se aplica.

**En caso negativo, indíquese el déficit de financiación y el modo en que se movilizarían los fondos (señálense en detalle las procedencias de los fondos previstas).**

No se aplica.

**1. Resolución WHA68.4** Cartografía del riesgo de fiebre amarilla y recomendaciones de vacunación para los viajeros

**2. Relación con el presupuesto por programas para 2014-2015 (véase el documento A66/7 http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_7-sp.pdf)**

Categoría: 5. Preparación, vigilancia y respuesta

| | |
|---|---|
| Área programática: Capacidad de alerta y respuesta<br>Área programática: Enfermedades epidemiógenas y pandemiógenas | Efecto 5.1. Todos los países tienen las capacidades básicas mínimas requeridas por el Reglamento Sanitario Internacional (2005) para la alerta y respuesta a todo tipo de peligros<br>Producto 5.1.1 Habilitación de los países para crear las capacidades básicas mínimas requeridas por el Reglamento Sanitario Internacional (2005) |

**¿De qué modo contribuiría la resolución a la consecución de los resultados previstos en las áreas programáticas *supra*?**

Facilitaría y reforzaría las orientaciones para la vacunación en los viajes internacionales.

**¿Están incluidos en el presupuesto por programas los entregables y productos que se piden en la resolución? (Sí/No)**

Sí.

**3. Costos estimados y repercusiones en la dotación de personal en relación con el presupuesto por programas**

***a*) Costo total**

**Indíquese *i*) el periodo de vigencia de la resolución durante el cual la Secretaría tendrá que realizar actividades de aplicación y *ii*) el costo de esas actividades (estimación redondeada a la decena de millar de US$ más próxima).**

*i*) La resolución no tiene determinado un periodo de vigencia y su aplicación conlleva una reunión anual de un grupo consultivo científico y técnico sobre la cartografía del riesgo de fiebre amarilla.

*ii*) Total: US$ 100 000 por año (el costo de la reunión anual del grupo consultivo).

***b*) Costos en el bienio 2014-2015**

**Indíquese la porción del costo indicado en 3(*a*) que corresponde al bienio 2014-2015 (estimación redondeada a la decena de millar de US$ más próxima).**

Total: US$ 100 000 (el costo de la primera reunión del grupo consultivo).

**Indíquese en qué niveles de la Organización se realizarían los gastos y en qué regiones, cuando corresponda.**

En la Sede.

**¿Está incluida la totalidad de los costos en el presupuesto por programas para 2014-2015 aprobado? (Sí/No)**

No.

**En caso negativo, indíquese la cantidad que no está incluida.**

US$ 100 000.

***c*) Repercusiones en la dotación de personal**

**¿Se puede aplicar la resolución con la dotación de personal actual? (Sí/No)**

Sí.

**En caso negativo, indíquese el número de funcionarios adicionales (equivalentes de puestos a tiempo completo) que serían necesarios, especificando la región, cuando corresponda, e indicando el perfil de ese personal.**

**4. Financiación**

**¿Están financiados en su totalidad los costos estimados para el bienio 2014-2015 que se indican en 3(*b*)? (Sí/No)**

No.

**En caso negativo, indíquese el déficit de financiación y el modo en que se movilizarían los fondos (señálense en detalle las procedencias de los fondos previstas).**

US$ 100 000. Este déficit se subsanará en el marco del plan de movilización coordinada de recursos para toda la Organización, a fin de resolver el problema de falta de fondos para el presupuesto por programas 2014-2015.

| | |
|---|---|
| **1. Resolución WHA68.5** | Recomendaciones del Comité de Examen sobre las segundas prórrogas para establecer capacidades nacionales en materia de salud pública y sobre la aplicación del RSI |

**2. Relación con el presupuesto por programas para 2014-2015 (véase el documento A66/7 http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_7-sp.pdf)**

Categoría: 5

Área(s) programática(s): 5.1 y 5.2

Efectos:

5.1. Todos los países tienen las capacidades básicas mínimas requeridas por el Reglamento Sanitario Internacional (2005) para la alerta y respuesta a todo tipo de peligros.

5.2. Aumento de la capacidad de los países para formar resiliencia y una preparación suficiente para activar una respuesta rápida, previsible y eficaz frente a epidemias y pandemias relevantes.

Producto:

Habilitación de los países para crear las capacidades básicas mínimas requeridas por el Reglamento Sanitario Internacional (2005).

5.2.1. Los países están habilitados para preparar y ejecutar planes operacionales, con arreglo a las recomendaciones de la OMS sobre el fortalecimiento de la resiliencia y la preparación nacionales relativas a la gripe pandémica y las enfermedades epidémicas y emergentes.

**¿De qué modo contribuiría esta resolución a la consecución de los resultados previstos en las áreas programáticas *supra*?**

Impulsará la aplicación de las recomendaciones del Comité de Examen.

**¿Están incluidos en el presupuesto por programas los entregables y productos que se piden en esta resolución? (Sí/No)**

Sí.

**3. Costos estimados y repercusiones en la dotación de personal en relación con el presupuesto por programas**

***a*) Costo total**

**Indíquese *i*) el periodo de vigencia de la decisión durante el cual la Secretaría tendrá que realizar actividades de aplicación y *ii*) el costo de esas actividades (estimación redondeada a la decena de millar de US$ más próxima).**

*i*) Un año (2015)

*ii*) Total: US$ 2 100 000 (personal: US$ 1 500 000; actividades: US$ 600 000)

***b*) Costos en el bienio 2014-2015**

**Indíquese la porción del costo indicado en 3(*a*) que corresponde al bienio 2014-2015 (estimación redondeada a la decena de millar de US$ más próxima).**

Total: US$ 2 100 000 (personal: US$ 1 500 000; actividades: US$ 600 000)

**Indíquese en qué niveles de la Organización se realizarían los gastos y en qué regiones, cuando corresponda.**

En la Sede y las seis regiones.

**¿Está incluida la totalidad de los costos en el presupuesto por programas para 2014-2015 aprobado? (Sí/No)**

No.

**En caso negativo, indíquese la cantidad que no está incluida.**

US$ 2 100 000 – los costos no están previstos actualmente en el presupuesto por programas 2014-2015, pero redefiniremos el orden de prioridades de las actividades dentro de la red de categorías y solicitaremos espacio adicional de ser necesario.

***c*) Repercusiones en la dotación de personal**

**¿Se puede aplicar la decisión con la dotación de personal actual? (Sí/No)**

No.

**En caso negativo, indíquese el número de funcionarios adicionales (equivalentes de puestos a tiempo completo) que serían necesarios, especificando la región, cuando corresponda, e indicando el perfil de ese personal.**

– 1 funcionario a tiempo completo de grado P.4, durante un año, en cada región
– 1 funcionario a tiempo completo de grado P.4, durante seis meses, en la Sede

**4. Financiación**

**¿Están financiados en su totalidad los costos estimados para el bienio 2014-2015 que se indican en 3(*b*)? (Sí/No)**

No.

**En caso negativo, indíquese el déficit de financiación y el modo en que se movilizarían los fondos (señálense en detalle las procedencias de los fondos previstas).**

US$ 2 100 000. Procedencia de los fondos: el déficit de financiación se subsanará mediante el esfuerzo coordinado de movilización de recursos a nivel de toda la Organización.

**1. Resolución WHA68.6** Plan de acción mundial sobre vacunas

**2. Relación con el presupuesto por programas para 2014-2015 (véase el documento A66/7 http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_7-sp.pdf)**

Categoría: 1. Enfermedades transmisibles

Área programática: Enfermedades prevenibles mediante vacunación

Efecto: 1.5
Productos: 1.5.1 y 1.5.3

**¿De qué modo contribuiría la resolución a la consecución de los resultados previstos en las áreas programáticas *supra*?**

Esta resolución contribuiría a acelerar los progresos hacia la consecución de las metas establecidas en el Plan de acción mundial sobre vacunas, facilitando el acceso a suministros fiables de vacunas asequibles a todos los Estados Miembros. En particular, esta resolución abordará los problemas a que se enfrentan muchos países de ingresos medios para lograr suministros fiables de las vacunas más recientes y más caras a precios que les resulten asequibles.

**¿Están incluidos en el presupuesto por programas los entregables y productos que se piden en la resolución? (Sí/No)**

Sí.

**3. Costos estimados y repercusiones en la dotación de personal en relación con el presupuesto por programas**

***a*) Costo total**

**Indíquese *i*) el periodo de vigencia de la resolución durante el cual la Secretaría tendrá que realizar actividades de aplicación y *ii*) el costo de esas actividades (estimación redondeada a la decena de millar de US$ más próxima).**

*i*) 5,5 años (que abarcan el periodo 2015-2020)

*ii*) Total (2015-2020): US$ 107,80 millones (personal: US$ 31,63 millones; actividades: US$ 76,18 millones)

*iii*) El costo total de la resolución supone una financiación adicional a los US$ 5,12 millones anuales con cargo al Presupuesto por programas en el periodo 2016-2020 (total adicional para 2016-2020 personal: US$ 4,00 millones; actividades: US$ 21,60 millones).

***b*) Costos en el bienio 2014-2015**

**Indíquese la porción del costo indicado en 3(*a*) que corresponde al bienio 2014-2015 (estimación redondeada a la decena de millar de US$ más próxima).**

Total: US$ 13,80 millones (personal: US$ 2,88 millones; actividades: US$ 10,92 millones)

**Indíquese en qué niveles de la Organización se realizarían los gastos y en qué regiones, cuando corresponda.**

**¿Está incluida la totalidad de los costos en el presupuesto por programas para 2014-2015 aprobado? (Sí/No)**

Sí.

**En caso negativo, indíquese la cantidad que no está incluida.**

No se aplica.

***c*) Repercusiones en la dotación de personal**

**¿Se puede aplicar la resolución con la dotación de personal actual? (Sí/No)**

No.

**En caso negativo, indíquese el número de funcionarios adicionales (equivalentes de puestos a tiempo completo) que serían necesarios, especificando la región, cuando corresponda, e indicando el perfil de ese personal.**

Se necesitará más personal en 2016-2020, en los niveles mundial y regional, para apoyar las actividades (equivalentes a tiempo completo: un funcionario a nivel mundial y dos a nivel regional).

**4. Financiación**

**¿Están financiados en su totalidad los costos estimados para el bienio 2014-2015 que se indican en 3(*b*)? (Sí/No)**

Sí.

**En caso negativo, indíquese el déficit de financiación y el modo en que se movilizarían los fondos (señálense en detalle las procedencias de los fondos previstas).**

No se aplica.

**1. Resolución WHA68.7** Plan de acción mundial sobre la resistencia a los antimicrobianos

**2. Relación con el presupuesto por programas para 2014-2015 y el proyecto de presupuesto por programas para 2016-2017 (véanse los documentos: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_7-sp.pdf y http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68/A68_7-sp.pdf)**

Categorías: 1, 3, 4 y 5

Áreas programáticas: varias (especialmente en las categorías 4 y 5)

Efecto: 4.2, 4.3, 4.4, 5.2 y 5.4.
Producto: 5.2.3.

**¿De qué modo contribuiría la resolución a la consecución de los resultados previstos en las áreas programáticas *supra*?**

La elaboración del plan de acción mundial sobre la resistencia a los antimicrobianos, solicitado en la resolución WHA67.25, refleja el consenso mundial de que la resistencia a los antimicrobianos representa una grave amenaza para la salud humana.

El plan de acción mundial tiene por objeto asegurar la continuidad, mientras sea posible, del tratamiento y la prevención satisfactorios de enfermedades infecciosas con medicamentos eficaces, seguros y de calidad garantizada, que se usen de modo responsable y sean accesibles a todas las personas que los necesiten. Se espera que los países elaboren, en los dos próximos años, sus respectivos planes de acción nacionales sobre la resistencia a los antimicrobianos en consonancia con el plan de acción mundial.

La adopción del proyecto de plan de acción mundial en la 68.ª Asamblea Mundial de la Salud confirmará el compromiso de todos los Estados Miembros para abordar esta amenaza para la salud pública en el mundo, a través de la elaboración de planes de acción nacionales, como se establece en el efecto 5.2 y el producto 5.2.3.

**¿Están incluidos en el proyecto de presupuesto por programas los entregables y productos que se piden en la resolución? (Sí/No)**

Sí. El presupuesto por programas para 2016–2017 incluye los entregables y productos de todas las áreas programáticas pertinentes, en consonancia con las medidas propuestas para la Secretaría que se establecen en el plan de acción mundial. En el presupuesto por programas para 2016-2017 se han incluido entregables específicos de las áreas programáticas pertinentes que contribuyen a la aplicación del plan de acción mundial sobre la resistencia a los antimicrobianos.

**3. Costos estimados y repercusiones en la dotación de personal en relación con el presupuesto por programas para 2014-2015 y el proyecto de presupuesto por programas para 2016-2017**

***a*) Costo total**

**Indíquese *i*) el periodo de vigencia de la resolución durante el cual la Secretaría tendrá que realizar actividades de aplicación y *ii*) el costo de esas actividades (estimación redondeada a la decena de millar de US$ más próxima).**

*i*) El plan de acción mundial no tiene determinado un periodo de vigencia.

*ii*) Para la aplicación inicial del plan de acción mundial durante un plazo de cinco años se requerirán en total US$ 115 millones.

***b*) *i*) Costos en el bienio 2014-2015**

**Indíquese la porción del costo indicado en 3(*a*) que corresponde al bienio 2014-2015 (estimación redondeada a la decena de millar de US$ más próxima).**

Total: US$ 15 millones

**Indíquese en qué niveles de la Organización se realizarían los gastos y en qué regiones, cuando corresponda.**

En los tres niveles.

**¿Está incluida la totalidad de los costos en el presupuesto por programas para 2014-2015 aprobado? (Sí/No)**

Sí.

**En caso negativo, indíquese la cantidad que no está incluida.**

No se aplica.

***b*) *ii*) Costos en el bienio 2016-2017**

**Indíquese la porción del costo indicado en 3(*a*) que corresponde al bienio 2016-2017 (estimación redondeada a la decena de millar de US$ más próxima).**

El costo total de la labor de la Secretaría relativa a la aplicación del plan de acción mundial se ha estimado en US$ 53 millones en toda la Organización; de esa cantidad la mitad es para actividades y la otra mitad para la dotación de personal.

**Indíquese en qué niveles de la Organización se realizarían los gastos y en qué regiones, cuando corresponda.**

En los tres niveles.

**¿Está incluida la totalidad de los costos en el presupuesto por programas aprobado para 2016-2017? (Sí/No)**

Sí. Todos los costos, que ascienden a US$ 53 millones, de la aplicación por parte de la Secretaría del plan de acción mundial sobre la resistencia a los antimicrobianos se han incorporado en la propuesta de presupuestos por programas para 2016-2017.

***c*) Repercusiones en la dotación de personal**

**¿Se puede aplicar la resolución con la dotación de personal actual? (Sí/No)**

No.

**En caso negativo, indíquese el número de funcionarios adicionales (equivalentes de puestos a tiempo completo) que serían necesarios, especificando la región, cuando corresponda, e indicando el perfil de ese personal.**

La Secretaría cuenta en la actualidad con el equivalente de unos 19 puestos de funcionarios a tiempo completo en el cuadro orgánico. Según las estimaciones iniciales, se necesitarán unos 40 funcionarios en las oficinas principales, pero ello se confirmará durante la planificación operacional para el bienio 2016–2017.

**4. Financiación**

**¿Están financiados en su totalidad los costos estimados para el bienio 2014-2015 que se indican en 3(*b*)? (Sí/No)**

No. Sin embargo, algunas de las actividades en proceso de ejecución durante el bienio actual que son pertinentes para el plan de acción mundial seguirán adelante, así como su financiación actual.

**En caso negativo, indíquese el déficit de financiación y el modo en que se movilizarían los fondos (señálense en detalle las procedencias de los fondos previstas).**

Procedencia de los fondos: los fondos necesarios se obtendrán mediante la movilización de recursos de toda la Organización, en particular el diálogo sobre financiación.

**1. Resolución WHA68.8** Salud y medio ambiente: impacto sanitario de la contaminación del aire

**2. Relación con el presupuesto por programas para 2014-2015 (véase el documento A66/7 http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_7-sp.pdf)**

Categoría: 3. Promoción de la salud a lo largo del ciclo de vida

Área programática: Salud y medio ambiente

Efecto 3.5
Productos 3.5.1, 3.5.2, 3.5.3

**¿De qué modo contribuiría la resolución a la consecución del resultado previsto en el área programática *supra*?**

La resolución permitirá fortalecer la capacidad del sector y los sistemas de salud para prevenir enfermedades y evitar los siete millones de muertes al año que provoca la contaminación del aire.

**¿Están incluidos en el presupuesto por programas los entregables y productos que se piden en la resolución? (Sí/No)**

Sí.

**3. Costos estimados y repercusiones en la dotación de personal en relación con el presupuesto por programas**

***a*) Costo total**

**Indíquese *i*) el periodo de vigencia de la resolución durante el cual la Secretaría tendrá que realizar actividades de aplicación y *ii*) el costo de esas actividades (estimación redondeada a la decena de millar de US$ más próxima).**

*i)* La estimación inicial abarca el periodo 2015-2019, en consonancia con el periodo abarcado por el Duodécimo Programa General de Trabajo, 2014-2019. La labor relativa a la contaminación del aire y la salud continuará probablemente más allá de 2019. No obstante, de forma paralela se formulará el próximo programa general de trabajo y se llevará a cabo un examen, lo que puede conllevar modificaciones al programa y presupuesto en función de los cambios en las prioridades más generales de la Organización.

*ii)* Total: US$ 35,49 millones[1] (personal: US$ 12,41 millones;[2] actividades: US$ 23,08 millones).

***b*) Costos en el bienio 2014-2015**

**Indíquese la porción del costo indicado en 3(*a*) que corresponde al bienio 2014-2015 (estimación redondeada a la decena de millar de US$ más próxima).**

Total: US$ 3,64 millones (personal: US$ 1,31 millones; actividades: US$ 2,33 millones).

**Indíquese en qué niveles de la Organización se realizarían los gastos y en qué regiones, cuando corresponda.**

En todos los niveles de la Organización.

**¿Está incluida la totalidad de los costos en el presupuesto por programas para 2014-2015 aprobado? (Sí/No)**

Sí.

**En caso negativo, indíquese la cantidad que no está incluida.**

***c*) Repercusiones en la dotación de personal**

**¿Se puede aplicar la resolución con la dotación de personal actual? (Sí/No)**

Sí, para el bienio 2014-2015. Sin embargo, a partir de 2016 se necesitará personal adicional para aplicar la resolución.

[1] Esta cifra incluye los gastos de apoyo a programas (13%).

[2] Las cifras relativas a los gastos de personal se basan en los costos promedio de los puestos para el bienio 2016-2017 más los gastos de apoyo a programas.

**En caso negativo, indíquese el número de funcionarios adicionales (equivalentes de puestos a tiempo completo) que serían necesarios, especificando la región, cuando corresponda, e indicando el perfil de ese personal.**

Como se indica más arriba, el nivel actual de dotación de personal es suficiente para el bienio 2014-2015. Sin embargo, a partir de 2016 se prevé que será necesario contar con dos funcionarios técnicos adicionales de grado P.4 y uno de grado G.5 en la Sede y con un funcionario técnico adicional de grado P.4 en cada una de las oficinas regionales. También será preciso contratar a un funcionario nacional del cuadro orgánico a tiempo parcial en cada uno de los seis países en los que hay en funcionamiento programas piloto de intensificación de la cooperación.

**4. Financiación**

**¿Están financiados en su totalidad los costos estimados para el bienio 2014-2015 que se indican en 3(*b*)? (Sí/No)**

Sí.

**En caso negativo, indíquese el déficit de financiación y el modo en que se movilizarían los fondos (señálense en detalle las procedencias de los fondos previstas).**

**1. Resolución WHA68.9** Marco para la colaboración con agentes no estatales

**2. Relación con el presupuesto por programas para 2014-2015 (véase el documento A66/7 http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_7-sp.pdf)**

Categoría: 6. Servicios corporativos/funciones instrumentales

Área programática: Liderazgo y gobernanza — Efecto: 6.1
Producto: 6.1.2

**¿De qué modo contribuiría la resolución a la consecución de los resultados previstos en las áreas programáticas *supra*?**

La adopción del marco aportaría una base sólida al fortalecimiento en curso de la diligencia debida y de la evaluación de los riesgos.

**¿Están incluidos en el presupuesto por programas los entregables y productos que se piden en la resolución? (Sí/No)**

Sí.

**3. Costos estimados y repercusiones en la dotación de personal en relación con el presupuesto por programas**

***a*) Costo total**

**Indíquese *i*) el periodo de vigencia de la resolución durante el cual la Secretaría tendrá que realizar actividades de aplicación y *ii*) el costo de esas actividades (estimación redondeada a la decena de millar de US$ más próxima).**

*i*) La resolución abarca el periodo 2014–2019

*ii*) Total: US$ 10 508 800 (personal: US$ 8 238 300; actividades: US$ 2 270 500)

***b*) Costos en el bienio 2014-2015**

**Indíquese la porción del costo indicado en 3(*a*) que corresponde al bienio 2014-2015 (estimación redondeada a la decena de millar de US$ más próxima).**

Total: US$ 3 250 600 (personal: US$ 2 396 100; actividades: US$ 854 500)

**Indíquese en qué niveles de la Organización se realizarían los gastos y en qué regiones, cuando corresponda.**

Los costos específicos afectan a la Sede. No obstante, la aplicación del marco repercutirá en los procedimientos de trabajo de los tres niveles de la Organización.

**¿Está incluida la totalidad de los costos en el presupuesto por programas para 2014-2015 aprobado? (Sí/No)**

Sí.

**En caso negativo, indíquese la cantidad que no está incluida.**

No se aplica.

***c*) Repercusiones en la dotación de personal**

**¿Se puede aplicar la resolución con la dotación de personal actual? (Sí/No)**

No.

**En caso negativo, indíquese el número de funcionarios adicionales (equivalentes de puestos a tiempo completo) que serían necesarios, especificando la región, cuando corresponda, e indicando el perfil de ese personal.**

El plan es aumentar el equipo que se ocupa de la diligencia debida y la gestión de las interacciones con los agentes no estatales de cuatro a cinco funcionarios de la categoría profesional a tiempo completo.

**4. Financiación**

**¿Están financiados en su totalidad los costos estimados para el bienio 2014-2015 que se indican en 3(*b*)? (Sí/No)**

Sí.

**En caso negativo, indíquese el déficit de financiación y el modo en que se movilizarían los fondos (señálense en detalle las procedencias de los fondos previstas).**

No se aplica.

**1. Resolución WHA68.15** Fortalecimiento de la atención quirúrgica esencial y de emergencia, y de la anestesia, como componentes de la cobertura sanitaria universal

**2. Relación con el presupuesto por programas para 2014-2015 (véase el documento A66/7 http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_7-sp.pdf)**

Categoría: 4. Sistemas de salud

Área programática: Servicios de salud integrados y centrados en la persona

Efecto 4.2. Existencia de políticas, medios financieros y recursos humanos para mejorar el acceso a servicios integrados de salud centrados en la persona

Productos: 4.2.1. Opciones de política, instrumentos y apoyo técnico a los países para la prestación equitativa de servicios centrados en la persona y el fortalecimiento de los métodos de salud pública

4.2.2. Los países están habilitados para trazar y aplicar estrategias acordes con la estrategia mundial de la OMS sobre recursos humanos para la salud y el Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud

4.2.3. Directrices, instrumentos y apoyo técnico a los países para que mejoren la seguridad de los pacientes y la calidad de los servicios, y para empoderar a los pacientes

**¿De qué modo contribuiría la resolución a la consecución de los resultados previstos en las áreas programáticas *supra*?**

La resolución contribuirá a que se proporcione acceso oportuno y seguro a la atención quirúrgica y anestésica esencial y de emergencia en los establecimientos de atención primaria de salud y los hospitales de primera derivación como componente de la cobertura sanitaria universal. Asimismo, promoverá la creación de redes y alianzas multisectoriales, políticas multidisciplinarias y planes de acción, y respaldará las iniciativas nacionales, regionales y mundiales destinadas a que aumente el personal de salud cualificado y se adopten más medidas para garantizar el acceso a servicios quirúrgicos esenciales y de emergencia y a servicios de anestesia y la seguridad de estos.

**¿Están incluidos en el presupuesto por programas los entregables y productos que se piden en la resolución? (Sí/No)**

Sí.

**3. Costos estimados y repercusiones en la dotación de personal en relación con el presupuesto por programas**

***a*) Costo total**

**Indíquese *i*) el periodo de vigencia de la resolución durante el cual la Secretaría tendrá que realizar actividades de aplicación y *ii*) el costo de esas actividades (estimación redondeada a la decena de millar de US$ más próxima).**

*iii)* Cinco años (2014 a 2018)

*iv)* Total: US$ 22,98 millones (personal: US$ 10,48 millones; actividades: US$ 12,50 millones).

***b*) Costos en el bienio 2014-2015**

**Indíquese la porción del costo indicado en 3(*a*) que corresponde al bienio 2014-2015 (estimación redondeada a la decena de millar de US$ más próxima).**

Total: US$ 9,20 millones (personal: US$ 4,20 millones; actividades: US$ 5,00 millones).

**Indíquese en qué niveles de la Organización se realizarían los gastos y en qué regiones, cuando corresponda.**

En la Sede y las seis oficinas regionales

**¿Está incluida la totalidad de los costos en el presupuesto por programas para 2014-2015 aprobado? (Sí/No)**

Sí.

**En caso negativo, indíquese la cantidad que no está incluida.**

***c*) Repercusiones en la dotación de personal**

**¿Se puede aplicar la resolución con la dotación de personal actual? (Sí/No)**

No.

**En caso negativo, indíquese el número de funcionarios adicionales (equivalentes de puestos a tiempo completo) que serían necesarios, especificando la región, cuando corresponda, e indicando el perfil de ese personal.**

Durante el bienio 2016-2017, se necesitarían al menos un funcionario adicional de grado P.4 en la Sede y un funcionario de grado P.4 en cada una de las seis oficinas regionales.

**4. Financiación**

**¿Están financiados en su totalidad los costos estimados para el bienio 2014-2015 que se indican en 3(*b*)? (Sí/No)**

No.

**En caso negativo, indíquese el déficit de financiación y el modo en que se movilizarían los fondos (señálense en detalle las procedencias de los fondos previstas).**

Durante el periodo comprendido entre mayo y diciembre de 2015 (ocho meses), el déficit asciende a US$ 2,98 millones y se prevé financiarlo en el marco del plan de movilización coordinada de recursos para toda la Organización destinado a subsanar los déficits de financiación del presupuesto por programas 2014-2015.

**Resolución WHA68.17** Modificaciones del Estatuto del Personal

**2. Relación con el presupuesto por programas para 2014-2015 (véase el documento A66/7 http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_7-sp.pdf)**

Categoría: 6. Servicios corporativos/funciones instrumentales

Área programática: Gestión y administración — Efecto 6.4, Producto 6.4.2

**¿De qué modo contribuiría la resolución a la consecución de los resultados previstos en las áreas programáticas *supra*?**

Las modificaciones expuestas en el documento EB136/47 contribuyen al área programática *supra* dado que simplifican y aclaran varias reglas del Reglamento de Personal, otorgan una mayor flexibilidad a la Organización para imponer medidas disciplinarias, y establecen la base reglamentaria de la política de movilidad de la Organización.

**¿Están incluidos en el presupuesto por programas los entregables y productos que se piden en la resolución? (Sí/No)**

Sí.

**3. Costos estimados y repercusiones en la dotación de personal en relación con el presupuesto por programas**

***a*) Costo total**

**Indíquese *i*) el periodo de vigencia de la resolución durante el cual la Secretaría tendrá que realizar actividades de aplicación y *ii*) el costo de esas actividades (estimación redondeada a la decena de millar de US$ más próxima).**

*i*) La resolución no tiene determinado un periodo de vigencia.

*ii*) El costo total de poner en marcha y aplicar la política de movilidad de la Organización será de aproximadamente US$ 9,2 a US$ 10,2 millones durante el bienio 2016-2017, en el que comenzará la aplicación. De esa cuantía, US$ 8 a US$ 9 millones corresponderían a los costos derivados del aumento del traslado de funcionarios. Aproximadamente US$ 1,2 millones serían costos derivados de la contratación de personal para que ayude a gestionar la aplicación de la política.

***b*) Costos en el bienio 2014-2015**

**Indíquese la porción del costo indicado en 3(*a*) que corresponde al bienio 2014-2015 (estimación redondeada a la decena de millar de US$ más próxima).**

Total: costo nulo (personal: costo nulo; actividades: costo nulo).

**Indíquese en qué niveles de la Organización se realizarían los gastos y en qué regiones, cuando corresponda.**

No se aplica.

**¿Está incluida la totalidad de los costos en el presupuesto por programas para 2014-2015 aprobado? (Sí/No)**

No se aplica.

**En caso negativo, indíquese la cantidad que no está incluida.**

*c*) **Repercusiones en la dotación de personal**

**¿Se puede aplicar la resolución con la dotación de personal actual? (Sí/No)**

Sí, durante el bienio 2014-2015. Sin embargo, en el Departamento de Gestión de los Recursos Humanos de la Sede se necesitarán dos funcionarios adicionales de grado P.3 y uno de grado G.5 en la fase inicial de aplicación durante el bienio 2016-2017. Puede que se necesite más personal en el Departamento de Gestión de los Recursos Humanos, el Centro Mundial de Servicios y los departamentos de los recursos humanos en las oficinas regionales a partir de 2018. A lo largo de 2015 se preparará una estimación de costos más precisa, una vez finalizado el plan de aplicación.

**En caso negativo, indíquese el número de funcionarios adicionales (equivalentes de puestos a tiempo completo) que serían necesarios, especificando la región, cuando corresponda, e indicando el perfil de ese personal.**

**4. Financiación**

**¿Están financiados en su totalidad los costos estimados para el bienio 2014-2015 que se indican en 3(*b*)? (Sí/No)**

No se aplica.

**En caso negativo, indíquese el déficit de financiación y el modo en que se movilizarían los fondos (señálense en detalle las procedencias de los fondos previstas).**

No se aplica.

**1. Resolución WHA68.18** Estrategia mundial y plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual

**2. Relación con el presupuesto por programas para 2014-2015 (véase el documento A66/7 http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_7-sp.pdf)**

Categoría: 4. Sistemas de salud

Área programática: Acceso a los medicamentos y tecnologías sanitarias y fortalecimiento de la capacidad normativa

Efecto: 4.3. Mejor acceso y uso más racional de medicamentos y tecnologías sanitarias seguros, eficaces y de buena calidad

Producto: 4.3.2. Aplicación de la Estrategia mundial y plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual

**¿De qué modo contribuiría la resolución a la consecución de los resultados previstos en las áreas programáticas *supra*?**

La Estrategia mundial y plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual pretende aumentar la actividad de investigación y desarrollo en relación con productos para enfermedades que afectan de manera desproporcionada a los países en desarrollo, donde el acceso a las tecnologías médicas necesarias está obstaculizado por ineficiencias del mercado. La ampliación del plazo de ejecución de la estrategia mundial y plan de acción permitirá a la OMS mantener su impulso y seguir promoviendo la aplicación de políticas y actividades capaces de aumentar la disponibilidad de los productos que más se necesitan. Los resultados del ejercicio de evaluación ayudarán a la Asamblea de la Salud a definir nuevas políticas para mejorar la estrategia actual y asegurar la eficacia de las intervenciones de la OMS.

**¿Están incluidos en el presupuesto por programas los entregables y productos que se piden en la resolución? (Sí/No)**

Sí.

**3. Costos estimados y repercusiones en la dotación de personal en relación con el presupuesto por programas**

***a*) Costo total**

**Indíquese *i*) el periodo de vigencia de la resolución durante el cual la Secretaría tendrá que realizar actividades de aplicación y *ii*) el costo de esas actividades (estimación redondeada a la decena de millar de US$ más próxima).**

*i*) El plazo para la ejecución de la estrategia mundial y plan de acción se ampliará para abarcar el periodo 2015-2022; la evaluación de la estrategia mundial y plan de acción se centrará en el periodo comprendido entre junio de 2015 y mayo de 2017, en tanto que el examen general de los elementos del programa abarcará el periodo 2017-2018.

*ii*) Ampliación del plazo de ejecución de la estrategia mundial y plan de acción: US$ 100 millones (personal: US$ 60 millones; actividades US$ 40 millones).

Evaluación de la estrategia mundial y plan de acción: US$ 470 000 (personal: US$ 70 000; actividades: US$ 400 000).

Examen general de los elementos del programa: US$ 1,6 millones (personal: US$ 1,1 millones; actividades: US$ 500 000)

Total: US$ 102,07 millones.

***b*) Costos en el bienio 2014-2015**

**Indíquese la porción del costo indicado en 3(*a*) que corresponde al bienio 2014-2015 (estimación redondeada a la decena de millar de US$ más próxima).**

Evaluación de la estrategia mundial y plan de acción: US$ 250 000 (personal: US$ 30 000; actividades: US$ 220 000).

Total: US$ 250 000

**Indíquese en qué niveles de la Organización se realizarían los gastos y en qué regiones, cuando corresponda.**

La mayor parte de las actividades se llevarán a cabo en la Sede y en las oficinas regionales.

**¿Está incluida la totalidad de los costos en el presupuesto por programas para 2014-2015 aprobado? (Sí/No)**

Sí.

**En caso negativo, indíquese la cantidad que no está incluida.**

***c*) Repercusiones en la dotación de personal**

**¿Se puede aplicar la resolución con la dotación de personal actual? (Sí/No)**

No.

**En caso negativo, indíquese el número de funcionarios adicionales (equivalentes de puestos a tiempo completo) que serían necesarios, especificando la región, cuando corresponda, e indicando el perfil de ese personal.**

Para la aplicación de la estrategia durante el periodo 2015-2022, se necesitará el equivalente de nueve funcionarios adicionales a tiempo completo de las categorías profesional y superior y tres funcionarios a tiempo completo de la categoría de servicios generales en la Sede, y el equivalente de dos funcionarios a tiempo completo de las categorías profesional y superior y un funcionario a tiempo completo de la categoría de servicios generales para cada una de las oficinas regionales. Para el examen de los elementos del programa, hará falta el equivalente de dos funcionarios a tiempo completo de las categorías profesional y superior y un funcionario a tiempo completo de la categoría de servicios generales en la Sede, durante un periodo de 18 meses.

**4. Financiación**

**¿Están financiados en su totalidad los costos estimados para el bienio 2014-2015 que se indican en 3(*b*)? (Sí/No)**

No.

**En caso negativo, indíquese el déficit de financiación y el modo en que se movilizarían los fondos (señálense en detalle las procedencias de los fondos previstas).**

El déficit asciende a US$ 250 000. Se subsanará en el marco del plan de movilización coordinada de recursos para toda la Organización, destinado a subsanar los déficits de financiación del presupuesto por programas 2014-2015.

**1. Resolución WHA68.19** Resultados de la Segunda Conferencia Internacional sobre Nutrición

**2. Relación con el presupuesto por programas para 2014-2015 (véase el documento A66/7 http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_7-sp.pdf)**

Categoría: 2. Enfermedades no transmisibles

| | |
|---|---|
| Área programática: Nutrición | Efecto 2.5. Reducción de los factores de riesgo nutricionales<br><br>Productos 2.5.1. Se habrá posibilitado la formulación, la aplicación y el seguimiento por los países de planes de acción basados en el plan de aplicación integral sobre nutrición materna, del lactante y del niño pequeño<br><br>2.5.2. Se habrán actualizado las reglamentaciones y normas sobre nutrición materna, del lactante y del niño pequeño, objetivos dietéticos para la población y lactancia materna, y se habrán elaborado opciones normativas para la adopción de medidas de nutrición eficaces en relación con el retraso del crecimiento, la emaciación y la anemia |

**¿De qué modo contribuiría la resolución a la consecución de los resultados previstos en las áreas programáticas *supra*?**

La resolución pondrá de relieve el área programática en la formulación de políticas de los Estados Miembros y subrayará las prioridades de acción para la Secretaría y los asociados.

**¿Están incluidos en el presupuesto por programas los entregables y productos que se piden en la resolución? (Sí/No)**

Sí. En el presupuesto por programas aprobado para 2016-2017 también se incluyen los entregables y productos que se piden.

**3. Costos estimados y repercusiones en la dotación de personal en relación con el presupuesto por programas**

***a*) Costo total**

**Indíquese *i*) el periodo de vigencia de la resolución durante el cual la Secretaría tendrá que realizar actividades de aplicación y *ii*) el costo de esas actividades (estimación redondeada a la decena de millar de US$ más próxima).**

*i*) Diez años (que abarcarían el periodo 2015-2024).

*ii*) Total: US$ 250 millones (personal: US$ 113,62 millones; actividades: US$ 136,38 millones).

***b*) Costos en el bienio 2014-2015**

**Indíquese la porción del costo indicado en 3(*a*) que corresponde al bienio 2014-2015 (estimación redondeada a la decena de millar de US$ más próxima).**

Total: US$ 31 millones (personal: US$ 14,09 millones; actividades: US$ 16,91 millones).

**Indíquese en qué niveles de la Organización se realizarían los gastos y en qué regiones, cuando corresponda.**

Actualmente, el 44% de los gastos se realizarían en la Sede, el 25% en la Región de África, y entre el 4% y el 6% en cada una de las otras regiones.

**¿Está incluida la totalidad de los costos en el presupuesto por programas para 2014-2015 aprobado? (Sí/No)**

Sí.

**En caso negativo, indíquese la cantidad que no está incluida.**

***c*) Repercusiones en la dotación de personal**

**¿Se puede aplicar la decisión con la dotación de personal actual? (Sí/No)**

Sí.

**En caso negativo, indíquese el número de funcionarios adicionales (equivalentes de puestos a tiempo completo) que serían necesarios, especificando la región, cuando corresponda, e indicando el perfil de ese personal.**

**4. Financiación**

**¿Están financiados en su totalidad los costos estimados para el bienio 2014-2015 que se indican en 3(*b*)? (Sí/No)**

No.

**En caso negativo, indíquese el déficit de financiación y el modo en que se movilizarían los fondos (señálense en detalle las procedencias de los fondos previstas).**

El déficit de financiación estimado es de US$ 13,83 millones. Se subsanará en el marco del plan de movilización coordinada de recursos para toda la Organización, a fin de resolver el problema de falta de fondos para el presupuesto por programas 2014-2015.

| | |
|---|---|
| **1. Resolución WHA68.20** | Carga mundial de epilepsia y necesidad de medidas coordinadas en los países para abordar sus consecuencias sanitarias y sociales y su conocimiento por el público |

**2. Relación con el presupuesto por programas para 2014-2015 (véase el documento A66/7 http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_7-sp.pdf)**

Categoría: 2. Enfermedades no transmisibles

| | |
|---|---|
| Área programática: Salud mental y abuso de sustancias | Efecto 2.2. Acceso ampliado a servicios de salud mental y trastornos derivados del consumo de sustancias<br>Producto 2.2.2. Se habrán mejorado los servicios de promoción, prevención, tratamiento y recuperación mediante la divulgación, los mejores instrumentos y la orientación sobre servicios de salud mental integrados |

**¿De qué modo contribuiría la resolución a la consecución de los resultados previstos en las áreas programáticas *supra*?**

La labor de examen y evaluación de las medidas de prevención y control de la epilepsia, que la OMS ha venido dirigiendo, coordinando y respaldando, permitirá establecer un conjunto de prácticas idóneas para los Estados Miembros y, en particular, para los países de ingresos bajos y medianos. Además, la introducción y puesta en marcha de programas y servicios nacionales de lucha contra la epilepsia proporcionarán a los Estados Miembros apoyo técnico y, en la medida de lo posible, apoyo financiero para la prevención y el control de la epilepsia. Y, lo que es más importante, la puesta en práctica de todas las medidas propuestas en la resolución —reforzar el liderazgo, la gobernanza y la aplicación de las políticas y planes para la prevención y el control de la epilepsia, integrar el manejo de la epilepsia en la atención primaria de salud, aumentar la sensibilización del público, invertir en actividades de investigación, hacer un seguimiento de los avances de las medidas coordinadas de prevención y control de la epilepsia adoptadas por los Estados Miembros a nivel nacional y establecer alianzas internacionales— servirá para ampliar el acceso a servicios de salud mental y trastornos derivados del consumo de sustancias (efecto 2.2).

**¿Están incluidos en el presupuesto por programas los entregables y productos que se piden en la resolución? (Sí/No)**

Sí.

**3. Costos estimados y repercusiones en la dotación de personal en relación con el presupuesto por programas**

***a*) Costo total**

**Indíquese *i*) el periodo de vigencia de la resolución durante el cual la Secretaría tendrá que realizar actividades de aplicación y *ii*) el costo de esas actividades (estimación redondeada a la decena de millar de US$ más próxima).**

*i*) Cinco años y medio (de julio de 2015 a diciembre de 2020, de acuerdo con la duración del plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020).

*ii*) Total: US$ 25 millones (personal: US$ 11 millones; actividades: US$ 14 millones).

***b*) Costos en el bienio 2014-2015**

**Indíquese la porción del costo indicado en 3(*a*) que corresponde al bienio 2014-2015 (estimación redondeada a la decena de millar de US$ más próxima).**

Total: US$ 700 000 (personal: US$ 200 000; actividades: US$ 500 000).

**Indíquese en qué niveles de la Organización se realizarían los gastos y en qué regiones, cuando corresponda.**

En la Sede.

**¿Está incluida la totalidad de los costos en el presupuesto por programas para 2014-2015 aprobado? (Sí/No)**

Sí.

**En caso negativo, indíquese la cantidad que no está incluida.**

***c*) Repercusiones en la dotación de personal**

**¿Se puede aplicar la resolución con la dotación de personal actual? (Sí/No)**

No.

**En caso negativo, indíquese el número de funcionarios adicionales (equivalentes de puestos a tiempo completo) que serían necesarios, especificando la región, cuando corresponda, e indicando el perfil de ese personal.**

Para el bienio 2014-2015 no se necesitará personal adicional. El personal de la OMS dirigirá la labor de conceptualización e introducción y elaborará el calendario del programa de lucha contra la epilepsia, que se empezará a aplicar en 2016. A partir de enero de 2016, será preciso añadir el siguiente personal:

En la Sede: un puesto y medio (un experto internacional en salud pública y neurología de grado P.4 (equivalente a un puesto a tiempo completo) y un secretario de grado G.5 (equivalente a un puesto a medio tiempo).

En cada una de las seis regiones: medio puesto (seis expertos internacionales en salud pública y neurología que conozcan las necesidades en sus regiones respectivas (a medio tiempo) de grado P.4).

**4. Financiación**

**¿Están financiados en su totalidad los costos estimados para el bienio 2014-2015 que se indican en 3(*b*)? (Sí/No)**

No.

**En caso negativo, indíquese el déficit de financiación y el modo en que se movilizarían los fondos (señálense en detalle las procedencias de los fondos previstas).**

Es necesario movilizar US$ 500 000 para financiar la aplicación de las actividades de prevención y control de la epilepsia entre julio y diciembre de 2015 con ayuda del plan coordinado de movilización de recursos para el conjunto de la Organización destinado a subsanar los déficit de financiación del presupuesto por programas 2014-2015. Se aprovecharán los centros colaboradores de la OMS y una red de expertos e interesados de la sociedad civil para hacer avanzar las actividades. En la segunda mitad de 2015 las actividades se llevarán a cabo con el personal disponible, y a partir de enero de 2016 se contratará a personal cualificado adicional.

**1. Decisión WHA68.8** Situación sanitaria en el territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental, y en el Golán sirio ocupado

**2. Relación con el presupuesto por programas para 2014-2015 (véase el documento A66/7** http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_7-sp.pdf**)**

Categorías: todas

Área programática: la decisión está vinculada con áreas programáticas de todas las categorías

Efectos: todos
Productos: todos

**¿De qué modo contribuiría la decisión a la consecución de los resultados previstos en las áreas programáticas *supra*?**

Las acciones que se piden en la decisión contribuirían a todos los efectos programáticos.

**¿Están incluidos en el presupuesto por programas los entregables y productos que se piden en la decisión? (Sí/No)**

Sí

**3. Costos estimados y repercusiones en la dotación de personal en relación con el presupuesto por programas**

***a*) Costo total**

**Indíquese *i*) el periodo de vigencia de la decisión durante el cual la Secretaría tendrá que realizar actividades de aplicación y *ii*) el costo de esas actividades (estimación redondeada a la decena de millar de US$ más próxima).**

*i*) Un año (de mayo de 2015 a mayo de 2016).

*ii*) Total: US$ 11 110 000 (personal: US$ 3 860 000; actividades: US$ 7 250 000).

***b*) Costos en el bienio 2014-2015**

**Indíquese la porción del costo indicado en 3(*a*) que corresponde al bienio 2014-2015 (estimación redondeada a la decena de millar de US$ más próxima).**

Total: US$ 6 480 000 (personal: US$ 2 250 000; actividades: US$ 4 230 000).

**Indíquese en qué niveles de la Organización se realizarían los gastos y en qué regiones, cuando corresponda.**

Las actividades se llevarán a cabo principalmente por conducto de la Oficina de la OMS en Jerusalén responsable del programa de cooperación de la OMS con la Autoridad Palestina. Las actividades de la OMS en el país contarán con el apoyo prestado por la Oficina Regional para el Mediterráneo Oriental y por la Sede.

**¿Está incluida la totalidad de los costos en el presupuesto por programas para 2014-2015 aprobado? (Sí/No)**

Sí

**En caso negativo, indíquese la cantidad que no está incluida.**

No se aplica.

*c*) **Repercusiones en la dotación de personal**

**¿Se puede aplicar la decisión con la dotación de personal actual? (Sí/No)**

Sí

**En caso negativo, indíquese el número de funcionarios adicionales (equivalentes de puestos a tiempo completo) que serían necesarios, especificando la región, cuando corresponda, e indicando el perfil de ese personal.**

No se aplica.

**4. Financiación**

**¿Están financiados en su totalidad los costos estimados para el bienio 2014-2015 que se indican en 3(*b*)? (Sí/No)**

No

**En caso negativo, indíquese el déficit de financiación y el modo en que se movilizarían los fondos (señálense en detalle las procedencias de los fondos previstas).**

US$ 1 390 000; procedencias de los fondos: se seguirá tratando de conseguir financiación por medio de contribuciones voluntarias, sobre todo con respecto al Plan Estratégico de Respuesta.

**1. Decisión WHA68(10)** Brote de enfermedad por el virus del Ebola de 2014 y seguimiento de la Reunión extraordinaria del Consejo Ejecutivo sobre el ebola

**2. Relación con el presupuesto por programas para 2014-2015 (véase el documento A66/7 http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_7-sp.pdf)**

| | |
|---|---|
| Áreas programáticas: Información y datos científicos sobre los sistemas de salud; capacidad de alerta y respuesta; respuesta a los brotes epidémicos y las crisis | Efectos: 4.4, 5.1, 5.6<br>Productos: 4.4.1, 4.4.4, 5.1.1, 5.6.1 |

**¿De qué modo contribuiría la decisión a la consecución de los resultados previstos en las áreas programáticas *supra*?**

Mediante la decisión se atienden las peticiones que el Consejo formuló en la resolución EBSS3.R1 adoptada en su reunión extraordinaria sobre la emergencia de ebola, celebrada el 25 de enero de 2015. La mejora de la capacidad de la OMS para responder a las emergencias con consecuencias sanitarias se fundamentará en lo siguiente: *a*) la labor del Grupo de expertos para la evaluación interina del ebola; *b*) la creación de un fondo para contingencias; *c*) el establecimiento, la coordinación y la gestión del Cuerpo Mundial para Emergencias Sanitarias; *d*) la evaluación que proporcione un Comité de Examen del RSI centrado en el Reglamento Sanitario Internacional (2005) en el contexto de la respuesta al ebola; *e*) un marco para el adelanto de la investigación y el desarrollo de productos médicos contra las enfermedades infecciosas potencialmente epidemiógenas; y *f*) el refuerzo del apoyo que la Secretaría presta a los Estados Miembros para mejorar su preparación para responder a las emergencias con consecuencias sanitarias fortaleciendo los sistemas nacionales de salud.

**¿Están incluidos en el presupuesto por programas los entregables y productos que se piden en la decisión? (Sí/No)**

Sí.

**3. Costos estimados y repercusiones en la dotación de personal en relación con el presupuesto por programas**

***a*) Costo total**

**Indíquese *i*) el periodo de vigencia de la decisión durante el cual la Secretaría tendrá que realizar actividades de aplicación y *ii*) el costo de esas actividades (estimación redondeada a la decena de millar de US$ más próxima).**

*i*) Los elementos de la decisión abarcan diferentes plazos (por orden de ultimación):

*a*) el apoyo de la OMS a las administraciones nacionales a la hora de prepararse para la conferencia de alto nivel del Secretario General de las Naciones Unidas sobre promesas de contribuciones para el ebola, programada para el 10 de julio de 2015, se ultimará durante el bienio 2014-2015;

*b*) las actividades del Grupo de expertos para la evaluación interina del ebola finalizarán durante el bienio 2014-2015;

*c*) el Comité de Examen del RSI previsto en el Reglamento Sanitario Internacional (2005) comenzará su labor en el bienio 2014-2015 y la finalizará en el bienio 2016-2017;

*d*) la elaboración de un marco para el adelanto de la investigación y el desarrollo de productos médicos contra las enfermedades infecciosas potencialmente epidemiógenas comenzará en el bienio 2014-2015 y proseguirá durante el bienio 2016-2017;

*e*) el apoyo a los Estados del África occidental y central y otros Estados expuestos para lograr la aplicación plena del Reglamento Sanitario Internacional (2005) para 2019 abarcará tres bienios: 2014-2015, 2016-2017 y 2018-2019;

*f*) la continuación y el perfeccionamiento del apoyo de la Secretaría a los Estados Miembros con el fin de que mejoren su preparación para responder a las emergencias con consecuencias sanitarias reforzando sus sistemas de salud se prolongará indefinidamente;

*g*) el establecimiento, la coordinación y la gestión del Cuerpo Mundial para Emergencias comenzará en el bienio 2014-2015 y se prolongará indefinidamente;

*h*) el establecimiento, la gestión y el mantenimiento del fondo para contingencias empezará en el bienio 2014-2015 y se prolongará indefinidamente.

*ii*) Costo de la aplicación de la decisión

Los costos de los efectos y los productos de las categorías 4 y 5 se imputarán al presupuesto por programas aprobado para 2016-2017. En la segunda mitad de 2015 se llevará a cabo un minucioso ejercicio de planificación y se notificarán sus resultados, incluidas las repercusiones presupuestarias y en materia de personal.

Las actividades realizadas en el bienio 2014-2015 respecto de los efectos 4.4 y 5.1 se imputan al presupuesto por programas 2014-2015. Respecto del efecto 4.4, los costos son mínimos; respecto del efecto 5.1, las actividades de apoyo a los Estados del África occidental y central y otros Estados expuestos para lograr la aplicación plena el Reglamento Sanitario Internacional (2005) costarán US$ 1 000 000.

Costo total para el bienio 2014-2015:

- Apoyo a los Estados Miembros en la preparación para la conferencia de julio de 2015 de promesas de contribuciones: US$ 1 000 000
- Actividades restantes del Grupo de expertos para la evaluación interina del ebola: US$ 500 000
- Establecimiento del fondo para contingencias y elaboración del informe sobre su funcionamiento para la consideración del Consejo Ejecutivo en su 138.ª reunión, en enero de 2016: US$ 300 000
- Establecimiento y dotación de personal de la secretaría del Cuerpo Mundial para Emergencias: US$ 1 000 000
- Establecimiento y apoyo del Comité de Examen del RSI previsto en el Reglamento Sanitario Internacional (2005): US$ 500 000

***b*) Costos en el bienio 2014-2015**

**Indíquese la porción del costo indicado en 3(*a*) que corresponde al bienio 2014-2015 (estimación redondeada a la decena de millar de US$ más próxima).**

Total: US$ 4,3 millones (personal: US$ 2,7 millones; actividades: US$ 1,6 millones)

**Indíquese en qué niveles de la Organización se realizarían los gastos y en qué regiones, cuando corresponda.**

En los tres niveles de la Organización.

**¿Está incluida la totalidad de los costos en el presupuesto por programas para 2014-2015 aprobado? (Sí/No)**

Sí.

**En caso negativo, indíquese la cantidad que no está incluida.**

***c*) Repercusiones en la dotación de personal**

**¿Se puede aplicar la decisión con la dotación de personal actual?**

Aunque en gran parte la decisión se aplicará con personal actual, a partir del bienio 2014-2015 se precisarán cuatro puestos adicionales para la secretaría del Cuerpo Mundial para Emergencias.

En lo que se refiere al resto de la decisión, para el bienio próximo se precisará personal adicional. El número de puestos se determinará en el marco del ejercicio de planificación operacional mencionado *supra*.

**4. Financiación**

**¿Están financiados en su totalidad los costos estimados para el bienio 2014-2015 que se indican en 3(*b*)? (Sí/No)**

No.

**En caso negativo, indíquese el déficit de financiación y el modo en que se movilizarían los fondos (señálense en detalle las procedencias de los fondos previstas).**

El déficit de financiación es de US$ 4,3 millones, que se cubrirá recurriendo a los donantes siguientes: los que han realizado contribuciones a la OMS en los brotes epidémicos y emergencias con consecuencias sanitarias; los que han expresado su interés en ese sentido; los que se determinen en actividades concertadas de movilización de recursos.

La dotación del fondo para contingencias precisará asimismo que se movilicen recursos, inicialmente por valor de US$ 100 000 000, con una movilización continuada para reponer los fondos utilizados en apoyo de la respuesta de emergencia. Dos Estados Miembros han anunciado promesas de contribuciones que suman US$ 11 000 000.

**1. Decisión WHA68(11)** Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud

**2. Relación con el presupuesto por programas para 2016-2017 (véase el documento A68/7 http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68/A68_7-sp.pdf)**

Categoría: 4. Sistemas de salud

Área programática: Servicios de salud integrados y centrados en la persona — Efecto: 4.2 — Producto: 4.2.2

**¿De qué modo contribuiría la decisión a la consecución de los resultados previstos en las áreas programáticas *supra*?**

Contribuirá a apoyar a los países en la aplicación plena del Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud.

**¿Están incluidos en el presupuesto por programas los entregables y productos que se piden en la decisión? (Sí/No)**

Sí.

**3. Costos estimados y repercusiones en la dotación de personal en relación con el presupuesto por programas**

***a*) Costo total**

**Indíquese *i*) el periodo de vigencia de la decisión durante el cual la Secretaría tendrá que realizar actividades de aplicación y *ii*) el costo de esas actividades (estimación redondeada a la decena de millar de US$ más próxima).**

*i*) Cuatro años (que abarcan el periodo 2016-2019)

*ii*) Total: US$ 6,25 millones (personal: US$ 1,75 millones; actividades: US$ 4,5 millones)

***b*) Costos en el bienio 2016-2017**

**Indíquese la porción del costo indicado en 3(*a*) que corresponde al bienio 2016-2017 (estimación redondeada a la decena de millar de US$ más próxima).**

Total: US$ 3,125 millones (personal: US$ 0,875 millones; actividades: US$ 2,25 millones)

**Indíquese en qué niveles de la Organización se realizarían los gastos y en qué regiones, cuando corresponda.**

En 80% en las oficinas regionales y subregionales, y el 20% en la Sede.

**¿Está incluida la totalidad de los costos en el presupuesto por programas para 2016-2017 aprobado? (Sí/No)**

Sí.

**En caso negativo, indíquese la cantidad que no está incluida.**

***c*) Repercusiones en la dotación de personal**

**¿Se puede aplicar la decisión con la dotación de personal actual? (Sí/No)**

Sí, siempre que se cubran las vacantes actuales en la Sede y las oficinas regionales.

**En caso negativo, indíquese el número de funcionarios adicionales (equivalentes de puestos a tiempo completo) que serían necesarios, especificando la región, cuando corresponda, e indicando el perfil de ese personal.**

**4. Financiación**

**¿Están financiados en su totalidad los costos estimados para el bienio 2016-2017 que se indican en 3(*b*)? (Sí/No)**

No.

**En caso negativo, indíquese el déficit de financiación y el modo en que se movilizarían los fondos (señálense en detalle las procedencias de los fondos previstas).**

Para el bienio 2016-2017, el déficit estimado es de US$ 1,25 millones (US$ 2,5 para el cuatrienio 2016-2019), y se financiará en el marco del plan de movilización coordinada de recursos para toda la Organización destinado a subsanar los déficits de financiación del presupuesto por programas 2016-2017.