



Aplicación de resoluciones y decisiones

Informe del Director General

En el presente documento figuran los informes sobre los progresos realizados en la aplicación de resoluciones y decisiones del Consejo Ejecutivo y de la Asamblea de la Salud. Se invita al Consejo a tomar nota de los informes y examinar los proyectos de resolución que aparecen en la sección XIV.

ÍNDICE

	Página
I. Grupo Especial sobre la Salud en el Desarrollo	2
II. Centros colaboradores de la OMS	3
III. Mejoramiento de la cooperación técnica entre los países en desarrollo	4
IV. Prevención de la violencia	6
V. Desarrollo de sistemas de salud	9
VI. Programa y política de becas	11
VII. Estrategia revisada en materia de medicamentos	14
VIII. Publicidad, promoción y venta transfronterizas de productos médicos por medio de Internet	16
IX. Repercusiones éticas, científicas y sociales de la clonación en la reproducción humana	18
X. Promoción de la salud	20
XI. Nutrición del lactante y del niño pequeño	22
XII. Tuberculosis	26
XIII. Eliminación mundial del tracoma causante de ceguera	28
XIV. Intervención del Consejo Ejecutivo	30

I. GRUPO ESPECIAL SOBRE LA SALUD EN EL DESARROLLO

1. En respuesta a la resolución WHA50.23 se han realizado las actividades que se exponen a continuación.
2. En lo que respecta al párrafo dispositivo 4(1), las deliberaciones del grupo especial se tomaron en consideración en las primeras versiones del documento sobre la política de salud para todos, en particular en la que se puso a disposición del Consejo Ejecutivo en enero de 1997. Las recomendaciones del grupo especial se tendrán en cuenta en la preparación del Décimo Programa General de Trabajo.
3. En cuanto al párrafo dispositivo 4(2), en las reuniones de septiembre y octubre de 1997 de los comités regionales se puso a disposición el documento «Health: the courage to care; a critical analysis of WHO's leadership role in international health by the Task Force on Health in Development», como primer paso para asegurar la amplia difusión de las conclusiones del grupo especial respecto del fortalecimiento de la OMS en el próximo siglo. También recibieron ejemplares del documento todas las oficinas de la OMS en los países, y los miembros del grupo especial están celebrando seminarios nacionales para debatir las ideas expuestas en el documento con los responsables de las políticas y las decisiones, los «asociados» en la salud y el desarrollo y las instituciones académicas.
4. El Director General ha propugnado que se desarrolle y aproveche el potencial que representa la diplomacia preventiva y promotora de la salud, y el grupo especial ha recomendado que la OMS asuma un firme papel de liderazgo en este campo. En cumplimiento de esa recomendación, la OMS, en colaboración con muchos «asociados», está examinando las diferentes esferas en que puede lograrse la paz a través de la salud. Ello ayudará a adquirir nuevas experiencias en el uso de la salud como un puente hacia la paz, a identificar los denominadores comunes en las situaciones que preceden a los conflictos, y a seleccionar las medidas sanitarias apropiadas en todas las fases del conflicto - antes, durante y en todo el periodo de reconstrucción y reconciliación. Esas medidas podrían constituir la base de un plan de acción para hacer de la salud un puente hacia la paz.
5. Se ha establecido un grupo de trabajo integrado por expertos en salud y en iniciativas de paz; el grupo celebró su primera reunión en octubre de 1997, bajo el patrocinio de la Fundación Mérieux, un centro colaborador de la OMS para las actividades de promoción.
6. En relación con el párrafo dispositivo 4(3), las ideas del Grupo Especial sobre la Salud en el Desarrollo respecto de la equidad, la pobreza y los derechos humanos han sido adoptadas por varias divisiones y programas de la OMS.
7. En cumplimiento de la recomendación del grupo especial de que la OMS adoptara rápidas medidas para poner en marcha un programa bien concebido de protección de los derechos sanitarios, se ha convocado una reunión consultiva oficiosa sobre la salud y los derechos humanos para el 4 y el 5 de diciembre de 1997, con la participación de las regiones de la OMS, de la Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos, de representantes de los órganos creados en virtud de los tratados de derechos humanos de las Naciones Unidas y de expertos en las esferas de los derechos humanos, el derecho internacional y la salud pública. El objetivo de la reunión consultiva es llegar a un acuerdo respecto de los principales elementos de un programa de la OMS sobre la salud y los derechos humanos para el periodo 1998-2000. Ello permitirá a la OMS adquirir los conocimientos técnicos necesarios para asumir un papel de liderazgo en esta esfera, de acuerdo con lo recomendado por el grupo especial.

II. CENTROS COLABORADORES DE LA OMS

El informe sobre la aplicación de la resolución WHA50.2 se presentará en un addendum al presente documento.

III. MEJORAMIENTO DE LA COOPERACIÓN TÉCNICA ENTRE LOS PAÍSES EN DESARROLLO

1. En los dos decenios transcurridos desde la Conferencia Internacional de Alma-Ata sobre Atención Primaria de Salud y la Conferencia de Buenos Aires sobre Cooperación Técnica entre Países en Desarrollo (CTPD), la OMS ha adquirido una experiencia considerable en la promoción y aplicación de la CTPD en muchos países. La meta de salud para todos combinada con la estrategia de atención primaria de salud ha tenido en esos países profundas repercusiones en lo referente a la equidad, la sostenibilidad y la autorresponsabilidad. Por consiguiente, la OMS ha reconocido que la CTPD constituye una forma natural de alcanzar el objetivo de salud para todos.

2. Como preparación para el siglo XXI, la OMS ha iniciado con los países un proceso activo encaminado a la renovación de sus políticas y estrategias de salud para todos. Las principales dificultades que habrá que afrontar son las amplias desigualdades relacionadas con la situación sanitaria y el acceso a los servicios de salud y las enormes disparidades existentes entre ricos y pobres en muchos países, sobre todo en algunos de los menos adelantados, así como entre un país y otro. Para resolver esos problemas es necesario promover el intercambio de experiencia entre los países; por lo tanto, la CTPD será un elemento importante de la renovación de la estrategia de salud para todos.

3. Debido a la estructura descentralizada de la OMS, la cooperación técnica tiene una fuerte base regional. Por ejemplo, en África y Asia se han obtenido resultados alentadores con iniciativas conjuntas de CTPD en las que han participado numerosos países en esferas tales como la salud materno-infantil, los medicamentos esenciales y la salud reproductiva. El rápido desarrollo de las telecomunicaciones ha propiciado la creación de redes entre centros colaboradores de la OMS, instituciones y universidades nacionales, organizaciones no gubernamentales y asociaciones profesionales. Se han establecido redes, orientadas principalmente hacia el Sur, sobre cuestiones tales como la economía y la financiación de la salud, la lucha contra la esquistosomiasis y la información sanitaria (en relación especialmente con la mala salud y la pobreza), que se utilizan de forma continua para intercambiar información y experiencia entre países e instituciones. La participación del Norte ha desempeñado un papel importante en esas redes. De hecho, dos regiones de la OMS (las Américas y el Pacífico Occidental) conciben oficialmente la cooperación técnica entre todos los países con el espíritu de la CTPD, porque la cooperación horizontal no debe excluir la participación de ningún país. Geográficamente, el apoyo de la OMS a la CTPD se presta a través de las seis oficinas regionales. En los párrafos siguientes se destacan algunos aspectos de este apoyo.

4. En la Región de África existe una colaboración interpaíses en la esfera de los medicamentos esenciales. En el marco de la Iniciativa Especial de las Naciones Unidas para África Continental se prevé establecer entre los países un intercambio regular de conocimientos especializados sobre la reforma del sector sanitario.

5. En la Región de las Américas, la integración comercial y la reestructuración económica en el marco de acuerdos subregionales (el Tratado de Libre Comercio de América del Norte, el MERCOSUR y los mercados comunes centroamericano, andino y del Caribe) junto con iniciativas en pro de fronteras sanas, están promoviendo una cooperación sanitaria horizontal, bilateral y multilateral. Un ejemplo satisfactorio es el programa de eliminación de la enfermedad de Chagas en la subregión del Cono Sur.

6. En la Región de Asia Sudoriental, las actividades transfronterizas, sobre todo las encaminadas a combatir enfermedades como la poliomielitis, la esquistosomiasis, el paludismo y el kala-azar, así como las de capacitación del personal sanitario, se han visto fortalecidas por reuniones ministeriales y visitas efectuadas de fomento de la colaboración. Un detallado estudio regional de los éxitos y fracasos registrados en la promoción de la CTPD llegó a la conclusión de que se debería adoptar un enfoque más estratégico, estrechamente relacionado con la planificación sectorial y el desarrollo sanitario general. Éste sustituiría el enfoque parcial anterior por una estrategia coherente de planificación del desarrollo y reforma del sector sanitario.

7. En la Región de Europa, se está aplicando y promoviendo un enfoque de CTPD en amplias esferas estratégicas, tales como la mitigación de la pobreza y la reforma del sector sanitario como componente del desarrollo global.

8. La Región de Mediterráneo Oriental apoya las actividades sanitarias de cooperación técnica «horizontal» de grupos subregionales geopolíticos, tales como la Organización de la Conferencia Islámica y la Liga de los Estados Árabes. Las actividades de ese tipo facilitan los intercambios entre los países sobre la base de afinidades espirituales y culturales.
9. La Región del Pacífico Occidental enfoca la CTPD como una estrategia de colaboración plenamente integrada en todas las esferas programáticas, haciendo hincapié en el desarrollo de los recursos humanos e impulsando la creación de capacidad y la autorresponsabilidad nacional.
10. La OMS está apoyando una nueva e importante iniciativa conjunta con el Movimiento de los Países No Alineados para la reforma del sector sanitario, cuyo principal objetivo es reducir las desigualdades sanitarias. A raíz de dos reuniones ministeriales del Movimiento y de una consulta técnica sobre cuestiones sanitarias, la Asamblea de la Salud recomendó en 1997, en el contexto de la CTPD, la creación de una red de instituciones en los países de que se trata (resolución WHA50.27). La red tendrá por objetivo garantizar un mecanismo permanente de CTPD para la investigación operativa y el intercambio de conocimientos y experiencias entre esos y otros países en desarrollo. El Movimiento de los Países No Alineados reconoce que muchas reformas han sido impulsadas por instituciones multilaterales y bilaterales que han prestado mayor importancia al ajuste económico estructural que a los graves problemas de equidad con que se enfrenta el sector sanitario. Ése es el contexto en que se ha de establecer la red, con el apoyo de la OMS y del PNUD. La aplicación del proyecto está a cargo del Ministerio de Salud de Colombia, país que preside en la actualidad el Movimiento de los Países No Alineados.
11. La OMS celebrará una reunión especial a principios de 1998 con representantes del Movimiento de los Países No Alineados a fin de ultimar la planificación de la red y reconsiderar la CTPD como «estrategia clave» para fortalecer la aplicación de la estrategia de salud para todos. Las recomendaciones de la reunión se someterán al examen de la 51ª Asamblea Mundial de la Salud, en mayo de 1998. La iniciativa coincide con los debates que se están celebrando en las Naciones Unidas y en el PNUD sobre la necesidad de desarrollar un enfoque más estratégico de la CTPD que pueda abordar cuestiones generales con la participación de mayor número de países.

IV. PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA

1. La 49ª Asamblea Mundial de la Salud, en la resolución WHA49.25, declaró la prevención de la violencia una prioridad de salud pública y pidió al Director General que preparara un plan de acción en el que describieran la función y la contribución de la OMS en ese sector y que lo presentara al Consejo Ejecutivo en su 99ª reunión. Tras el examen del Consejo, la 50ª Asamblea Mundial de la Salud aprobó el plan en la resolución WHA50.19. Para responder eficazmente a las resoluciones WHA49.25 y WHA50.19, se adoptaron, inmediatamente después de la 50ª Asamblea Mundial de la Salud, dos tipos de medidas:

1) Se fortaleció la capacidad de la OMS para iniciar y coordinar actividades relacionadas con la violencia, ampliando el mandato y aumentando el personal profesional de la unidad de Promoción de la Seguridad y Prevención de Traumatismos, que será la principal encargada de coordinar (con otros programas técnicos) la ejecución del plan de acción, a la vez que seguirá ocupándose de actividades relacionadas con los traumatismos accidentales, prestando particular atención a los provocados por accidentes de tráfico (debido a la creciente carga que este tipo de traumatismos supone para la salud, sobre todo en los países en desarrollo); además, la unidad prestará el apoyo que sea necesario a las oficinas regionales. El Grupo Especial sobre Violencia y Salud, establecido por el Director General en junio de 1996, ayudará a vigilar y evaluar el desarrollo del plan de acción, velando por que se dé una respuesta armónica y coordinada a las solicitudes de cooperación técnica y asegurando la coordinación eficaz con otros organismos interesados y con los posibles donantes.

2) Se estableció una red institucional para respaldar la ejecución del plan de acción; tras su aprobación por la Asamblea de la Salud, el plan de acción se envió a los centros colaboradores de la OMS, con la petición de que analizaran su posible contribución técnica; en la octava reunión de jefes de centros colaboradores para la lucha contra los traumatismos (Johanesburgo, 20 y 21 de octubre de 1997) se acordó un plan final de cooperación. El grupo especial ayudará a coordinar las contribuciones de los centros colaboradores y los programas técnicos interesados.

2. En respuesta a lo solicitado en el párrafo 3.1 de la resolución WHA50.19, se han concertado acuerdos preliminares con cuatro centros colaboradores para que ayuden a ejecutar el plan en lo relativo al «Objetivo 1: describir el problema mediante la vigilancia», el «Objetivo 3: identificar y evaluar las intervenciones» y el «Objetivo 4: ejecutar y difundir programas». Los centros ofrecerán orientación técnica y contribuirán a un taller para la ejecución de programas y el fortalecimiento de la capacidad nacional. El Centro Nacional de Lucha contra los Traumatismos, de los Centros de Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos de América, y el Instituto de Seguridad de los Consumidores, de los Países Bajos, han convenido en desempeñar un papel importante en la realización del Objetivo 1, fortaleciendo la capacidad de los países para la vigilancia de los traumatismos, con especial hincapié en la violencia intencional, y preparando una clasificación internacional de causas externas como suplemento de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexos. El plan de acción se está ejecutando ya en África (Etiopía, Kenya, Uganda, Zambia y Zimbabwe) y en la Región del Mediterráneo Oriental (Egipto); en Uganda se establecerá, con apoyo de la OMS, un instituto nacional de lucha contra los traumatismos con objeto de contribuir a la ejecución del plan de acción.

3. El Departamento de Medicina Social (Instituto Karolinska, Estocolmo), centro colaborador de la OMS para la promoción de la seguridad de la comunidad, y el Centre de Santé publique de Québec, centro colaborador de la OMS para la promoción de la seguridad y la prevención de traumatismos, han acordado prestar asistencia en intervenciones comunitarias de prevención de la violencia y desarrollar metodologías para la evaluación de programas en relación con los Objetivos 3 y 4 del plan de acción. Para la ejecución de programas se mantendrá un estrecho enlace con dos centros colaboradores sobre prevención de la violencia, la Unidad de Psicología de la Salud y Centro de Acción para la Paz, de la Universidad de Sudáfrica, Johannesburgo, y el Centro de Investigaciones de Salud y Violencia, de la Universidad del Valle, San Fernando (Colombia). Con ocasión de la Sexta Conferencia Internacional sobre Seguridad Comunitaria, patrocinada por la OMS (Johanesburgo, 15-19 de octubre de 1997), se inició un plan de trabajo relativo a intervenciones comunitarias para la prevención y mitigación de la violencia, con vistas a movilizar la red de «comunidades sanas» de la OMS.

4. Habida cuenta del papel fundamental que desempeñan las escuelas en la prevención de la violencia, se decidió, conjuntamente con la División de Fomento de la Salud y de Educación y Comunicación para la Salud, producir un documento sobre este tema en el contexto de las «escuelas promotoras de la salud», como guía para planificar la prevención de la violencia en las escuelas y en la comunidad.
5. En respuesta a la resolución WHA49.25, en septiembre de 1997 el Observatorio Nacional de Derechos Humanos de Argelia convocó un coloquio internacional sobre las formas contemporáneas de violencia y la «cultura de la paz», patrocinado por el Ministerio de Salud y Población, la UNESCO y la OMS.
6. Para alcanzar el Objetivo 4 del plan y para difundir información, incluidos los nuevos hallazgos de las investigaciones, como base para la política y la acción, se han adoptado medidas experimentales con vistas a crear una «página de acceso» en el sitio de la OMS en Internet. Un dinámico trabajo en equipo de expertos de países desarrollados y en desarrollo potenciará estos esfuerzos, y se fortalecerá la cooperación técnica.
7. La OMS ha prestado particular atención a la recuperación física y psicológica y a la reintegración social de los niños y mujeres afectados por conflictos armados, y ha contribuido al estudio de las Naciones Unidas sobre las consecuencias de los conflictos armados en los niños; en Mozambique ha facilitado la coordinación interorganismos para la aplicación de la resolución A/51/77, relativa a ese tema, de la Asamblea General de las Naciones Unidas.
8. La violencia contra la mujer se está considerando en primer lugar en el contexto de la familia, la violación y la agresión sexual; en Rwanda y Burundi se están evaluando las necesidades de las mujeres y las niñas en situaciones de conflicto armado, o durante la fase posterior al conflicto, y se está fortaleciendo la capacidad de los servicios de salud para atender esas necesidades. Se realizará un estudio multipaíses sobre la prevalencia y los factores de riesgo y de protección en las familias, inicialmente en seis a ocho países, para obtener estimaciones sobre la prevalencia y la incidencia de ese tipo de violencia contra la mujer, establecer las consecuencias sanitarias, y determinar y comparar los factores de riesgo y de protección en diferentes entornos y las estrategias aplicadas por las mujeres para afrontar la violencia ejercida por miembros de la familia. La OMS procura asimismo reforzar la capacidad de investigación local, desarrollar y ensayar nuevos instrumentos para medir la violencia y sus consecuencias, incluidos los traumas mentales y emocionales, y promover las investigaciones con objeto de atender las necesidades de la mujer y conseguir la participación de las organizaciones de mujeres.
9. Se ha producido un módulo de información sobre la violencia contra la mujer,¹ en el que se resumen la información reciente sobre la prevalencia de diversas formas de violencia contra la mujer, algunos documentos sobre derechos humanos y las medidas adoptadas por varios órganos que colaboran con la OMS. Con las oficinas regionales se está traduciendo el módulo al español y al francés.
10. La OMS colaboró con la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) en varias aportaciones al XV Congreso Mundial de Ginecología y Obstetricia de la FIGO: un taller previo al congreso titulado «Eliminación de la violencia contra la mujer: en busca de soluciones» (informe en preparación); una mesa redonda sobre ese tipo de violencia; y una resolución sobre el tema, que fue adoptada por la Asamblea General de la FIGO. Con los participantes en el taller previo al congreso de la FIGO se celebró una reunión de un día para comenzar a examinar las experiencias con las medidas adoptadas en el sector de la salud para combatir la violencia contra la mujer, prestando particular atención a su idoneidad y a su sostenibilidad con recursos limitados. La OMS dará seguimiento a las recomendaciones formuladas en el sentido de que se elaboraran orientaciones para los responsables de las políticas que desearan iniciar un trabajo de ese tipo y se preparara material didáctico sobre la atención a las mujeres que han sufrido malos tratos, para su uso por los agentes de salud en diversos niveles.
11. En vista de que la preocupación ha aumentado y un número mucho mayor de investigadores se ha interesado en el problema, se está preparando y ensayando, en colaboración con el proyecto de política de salud

¹ Documento WHO/FRH/WHD/97.8.

y desarrollo y con la red internacional de investigadores sobre la violencia contra la mujer, un manual sobre metodología del estudio de la violencia contra la mujer, a fin de brindar orientación práctica y ética.

12. Se ha establecido una base mundial de datos bibliográficos y estadísticos para reunir, en primer lugar, información sobre la violencia contra la mujer en las familias, la violación y la agresión sexual. La base de datos se concentra principalmente en la prevalencia y en las consecuencias sanitarias, y comprende datos inéditos. Ya se han compilado más de 600 entradas procedentes de todas las regiones, y se han recibido más de 100 solicitudes de información. La información se está utilizando para apoyar la labor de promoción, investigación y elaboración de políticas dentro y fuera de la OMS. La Organización la pondrá a disposición de un público más amplio colaborando con el programa pertinente de la División de Estadísticas de las Naciones Unidas y, más adelante, por medio de Internet.

13. Se están desplegando esfuerzos para movilizar fondos en apoyo de las medidas de prevención de la violencia contra la mujer y de atención a ese respecto, así como del establecimiento y ensayo de medidas de ese tipo en el sector de la salud, ya que se recibe poca o ninguna información sobre las limitadas medidas que se están ensayando en diferentes partes del mundo. Los grupos más innovadores suelen ser los que tienen menos tiempo, fondos o conocimientos técnicos para informar sobre la labor que realizan, en beneficio de los otros grupos que trabajan en este campo.

V. DESARROLLO DE SISTEMAS DE SALUD

ANTECEDENTES

1. En su 98ª reunión, el Consejo Ejecutivo, preocupado ante la creciente importancia que se atribuye a los programas verticales orientados hacia las enfermedades, designó un grupo especial de trabajo sobre desarrollo de sistemas de salud, que presentó su informe al Consejo en su 100ª reunión. Tras examinar dicho informe, el Consejo adoptó la resolución EB100.R1, en la que, entre otras cosas, se pide al Director General «que lance una importante iniciativa de investigación, promoción, creación de capacidad y apoyo a los países para el desarrollo de sistemas de salud... y que presente a la consideración del Consejo, en su 101ª reunión, un plan de acción para esa iniciativa». Con anterioridad a la adopción de esa resolución, la 50ª Asamblea Mundial de la Salud adoptó la resolución WHA50.27, sobre el fortalecimiento de los sistemas de salud en los países en desarrollo, a propuesta del Movimiento de los Países No Alineados, y pidió al Director General «que informe sobre los progresos realizados a la 51ª Asamblea Mundial de la Salud». En este informe se reseña el plan de acción solicitado en la resolución EB100.R1; el informe preliminar sobre los progresos realizados en relación con la resolución WHA50.27 se actualizará antes de presentarlo a la Asamblea de la Salud.

2. El grupo especial de trabajo del Consejo Ejecutivo llegó a la conclusión de que el apoyo de la OMS para el desarrollo de sistemas de salud no es suficientemente firme y muchas otras entidades (como el Banco Mundial y el UNICEF) han emprendido iniciativas en esa esfera. Sin embargo, las experiencias de reforma de la asistencia sanitaria en todo el mundo muestran que la necesidad de una evaluación crítica y constructiva del funcionamiento de los sistemas de salud es mayor que nunca.

INICIATIVA PARA EL DESARROLLO DE SISTEMAS DE SALUD (RESOLUCIÓN EB100.R1)

3. El objetivo de esta iniciativa es aumentar la atención y la prioridad concedidas a los sistemas de salud como parte de los esfuerzos de desarrollo sanitario y humano que se llevan a cabo en los países y a nivel internacional, y desarrollar políticas y estrategias conexas basadas en los datos correspondientes a las reformas del sector sanitario en los países. La iniciativa debería definir claramente los cometidos, las funciones y los niveles de los distintos componentes del desarrollo de sistemas de salud e incrementar la capacidad donde sea necesario. Concederá especial atención a los países menos adelantados y a los que lleven retraso en el logro de las metas de salud para todos y dará prioridad a las necesidades de los grupos vulnerables y marginados en los países. Creará enlaces con instituciones nacionales a fin de promover y realizar actividades de cooperación. Establecerá centros de referencia regionales y mundiales como depósitos de información sobre el desarrollo de sistemas de salud que podrán aprovechar todos los países interesados. Constituirá y fortalecerá asociaciones con otros organismos bilaterales y multilaterales sobre la base de una política bien establecida y aceptada. Por último, pondrá en marcha en la Organización mecanismos para combinar diferentes elementos del desarrollo de sistemas de salud y distintos programas técnicos con el propósito de prestar a los países un apoyo integrado y coherente a nivel de toda la Organización y de establecer un «grupo de reflexión» que vigile y evalúe las políticas. La plena ejecución de la iniciativa dependerá de los fondos ordinarios y extrapresupuestarios que se asignen al programa.

GRUPO CONSULTIVO EXTERNO

4. El Director General ha establecido un grupo consultivo externo de conformidad con la resolución EB100.R1. Dicho grupo, compuesto por ocho miembros, se reunió en noviembre de 1997 y examinó el plan de acción para la iniciativa mundial. Tanto los órganos deliberantes como el grupo consultivo examinarán constantemente la iniciativa. Se presentarán al Consejo Ejecutivo informes periódicos sobre los progresos realizados.

PLAN DE ACCIÓN PROPUESTO

5. El plan consta de los siguientes elementos:

- | | | |
|----|--|--------------------|
| 1) | preparación de un borrador de la iniciativa mundial | noviembre de 1997 |
| 2) | envío del borrador a determinadas personas y a miembros antiguos y actuales del Consejo para que hagan observaciones | diciembre de 1997 |
| 3) | formulación de observaciones por el Consejo en su 101ª reunión | enero de 1998 |
| 4) | revisión del borrador teniendo en cuenta las observaciones | febrero de 1998 |
| 5) | preparación de propuestas detalladas, entre otras cosas respecto a la financiación, y constitución de una red de instituciones que intervengan en el desarrollo de sistemas de salud | marzo de 1998 |
| 6) | puesta en marcha de la iniciativa (véase el párrafo 3 anterior) | mayo de 1998 |
| 7) | presentación del plan de trabajo detallado al grupo consultivo externo | septiembre de 1998 |
| 8) | celebración de una reunión con los donantes potenciales | noviembre de 1998 |
| 9) | presentación de un informe sobre los progresos realizados al Consejo Ejecutivo en su 103ª reunión | enero de 1999 |

PROGRESOS EN LA APLICACIÓN DE LA RESOLUCIÓN WHA50.27

6. El Director General está fortaleciendo la capacidad analítica de la Organización con el fin de aprovechar la experiencia de las reformas del sector sanitario en los países. Sin embargo, persiste la grave limitación con respecto a los recursos. Al mismo tiempo, la Organización está colaborando con el Movimiento de los Países No Alineados con miras a establecer una red de instituciones en los países en desarrollo que sistematice, transmita y divulgue información sobre los enfoques de la reforma del sector sanitario. Dicha red enlazará al principio a unos 10 países, con una institución por país, y se ampliará gradualmente hasta abarcar un número considerable de países en desarrollo. La primera reunión de la red está prevista para febrero de 1998, fecha en que decidirá su plan de acción. El PNUD participa estrechamente en este esfuerzo. Otros organismos, como el Banco Mundial, están tomando también medidas para intensificar su cooperación con la Organización. Al mismo tiempo, el desarrollo de sistemas de salud se ha convertido en un elemento fundamental de la renovación de la estrategia de salud de todos que se presentará en la próxima Asamblea de la Salud.

VI. PROGRAMA Y POLÍTICA DE BECAS

INTRODUCCIÓN

1. El presente examen completa y amplía las declaraciones recogidas en el informe del Director General a la 99ª reunión del Consejo Ejecutivo (documento EB99/19, pp. 10-12) y se basa en el debate consiguiente que tuvo lugar en el Consejo Ejecutivo en enero de 1997.¹ Se trata de un análisis detallado del programa de becas correspondiente al periodo 1990-1996, esto es, tres bienios completos y el primer año del bienio en curso (1996-1997).

2. En el documento EB101/INF./DOC./2 se hace una presentación estadística de los «elementos fundamentales de los programas». El presente texto describe los mecanismos de control de la gestión y de planificación y evaluación de políticas.

CONTROL DE LA GESTIÓN

Proceso de selección

3. Cuando la OMS interviene en la selección de becarios, puede aportar su contribución a las políticas existentes al respecto, establecer prioridades y, de hecho, votar a los candidatos. Muchos países han establecido un comité especial de selección para conceder las becas, entre cuyos miembros se cuentan en ocasiones representantes de otros sectores (por ejemplo en la Región de las Américas). En la Región de Asia Sudoriental, todos los países disponen de comités nacionales de selección. En otras regiones, el porcentaje de países con ese tipo de comités oscila entre más del 90% en África y cerca del 8% en Europa. En algunos casos se aplican criterios explícitos de selección, determinados a partir de los planes de desarrollo de los recursos humanos. En las oficinas regionales se efectúa un nuevo examen de las solicitudes de beca a tres niveles: el administrador de becas (evaluación administrativa), el asesor regional (evaluación técnica) y el director (aprobación en nombre del Director Regional). Sólo en casos excepcionales se someten las solicitudes al Director Regional para su aprobación especial.

4. La tasa de rechazo de las solicitudes varía de una oficina regional a otra. En la Región del Mediterráneo Oriental oscila entre el 10,5% (1996) y el 34,7% (1990). Entre las causas frecuentes de rechazo figuran la incompatibilidad del programa de estudios con el plan de acción acordado, la falta de fondos, la calificación inadecuada del candidato (incluida su capacidad lingüística) o una edad superior al límite fijado.

Vigilancia de la aplicación y utilización de los programas de becas

5. Mediante un sistema de presentación de informes, la OMS vigila sistemáticamente los resultados de la aplicación y la utilización de los programas de becas. Durante el periodo de estudios se envían cuestionarios a los becarios y a las instituciones de formación, y 12 meses después de haber finalizado los estudios se distribuye a los becarios y a sus administraciones sanitarias nacionales un cuestionario sobre la utilización de los servicios de los becarios en los respectivos países. La tasa de envío de los informes finales sobre las becas oscila entre el 20% y el 50% en la mayoría de las regiones (con frecuencia sólo después de varios recordatorios).

6. En la Región de las Américas aproximadamente el 75% de los becarios redacta un informe final. Los informes de utilización sólo se reciben en el 10%-20% de los casos. Con respecto a los becarios que no regresan a sus países de origen, todas las regiones han indicado que se trata de excepciones. En la Región de Europa y en la Región del Mediterráneo Oriental no se han producido casos así en siete y tres años, respectivamente. En la Región de las Américas la tasa de regresos supera ampliamente el 90%. Un estudio reciente realizado en China ha puesto de manifiesto una tasa de regreso comparativamente moderada, del 75%, pero la recuperación de los

¹ Véase el documento EB99/1997/REC/2, pp. 179 y 180.

costos de los becarios que no han regresado ha sido en general satisfactoria. En la Región de Asia Sudoriental se considera que la evaluación al término de la beca podría mejorar en general si se fortalecieran las funciones asignadas a las autoridades públicas y a los Representantes de la OMS. Cabe señalar que la observancia de las normas de la OMS en materia de notificación varía de un país a otro y de una región a otra, así como con el tiempo, de modo que toda indicación de promedios se debe examinar con prudencia. Se espera que la introducción del «instrumento de evaluación» en toda la Organización contribuya a recabar más datos cuantitativos sobre este aspecto de la gestión de las becas.

Evaluación de los programas de formación

7. Esta labor tiene una importancia directa en las decisiones relativas a la colocación de los becarios. La OMS aplica una serie de criterios complementarios: periódicamente se solicita el asesoramiento de las unidades técnicas y de los Representantes de la OMS y se guarda información sobre la calidad de las instituciones y los programas de formación, para su uso interno en la administración de las becas; también se tienen en cuenta las observaciones expresadas por los becarios en sus informes finales y en encuestas especiales (Región del Pacífico Occidental); un criterio fundamental para la evaluación de los programas es su pertinencia en relación con las estrategias de salud para todos y las prioridades sanitarias nacionales en una región determinada; el costo de la formación también es una consideración importante.

8. Ahora bien, la evaluación es sólo el primer paso de un proceso más amplio, cuyo objetivo es potenciar la pertinencia y calidad de las actividades de enseñanza y de las instituciones de enseñanza. Los esfuerzos encaminados a reorientar la formación médica son un ejemplo notorio de este enfoque compartido por las oficinas regionales y la Sede.

PLANIFICACIÓN Y EVALUACIÓN DE POLÍTICAS

Adecuación de las becas a los planes nacionales y los objetivos de la OMS

9. La existencia de prioridades claras para el desarrollo del sector sanitario nacional y, en particular, de planes de desarrollo de los recursos humanos son condiciones previas para adoptar decisiones acertadas en materia de becas. Si bien hay varias regiones que no disponen todavía de esos planes oficiales,¹ suele haber otros mecanismos para establecer prioridades relativas al estudio de las ciencias de la salud y ciencias conexas. La OMS utiliza diversos métodos para promover mecanismos de ese tipo. En la Región de África se ha instado a los países a que elaboren planes de desarrollo de los recursos humanos para el periodo 1998-1999, incluidos los programas de becas. En la Región de las Américas, los representantes en los países se relacionan periódicamente con las autoridades nacionales a través del proceso establecido de presupuesto anual por programas, a fin de determinar las prioridades en materia de desarrollo de recursos humanos. En la Región de Asia Sudoriental, en 1996 se distribuyó ampliamente la «Guía para el análisis y elaboración de políticas de desarrollo de los recursos humanos» y en agosto de 1996 se celebró la «Cuarta consulta regional sobre política y evaluación de becas» en la que participaron delegados de todos los Estados Miembros de la Región. Varios países introdujeron nuevas modalidades para aplicar los programas de becas. Indonesia instituyó un programa de becas dentro del país, coordinado por la Junta Nacional de Becas. Bangladesh y el Nepal han modificado sus métodos de planificación y aplicación de becas, con el ánimo de adecuarlas mejor a las prioridades sanitarias nacionales. En septiembre de 1997, el Comité Regional para Asia Sudoriental dio su aprobación al enfoque encaminado a hacer mayor uso de los servicios de formación regionales y de los países. En la Región de Europa, casi todos los nuevos Estados independientes y otros países de Europa oriental disponen de planes nacionales, aunque en la mayoría de los casos aún es necesario integrar en ellos los programas de becas. En la Región del Mediterráneo Oriental, las becas forman parte de los planes nacionales de acción negociados durante las misiones conjuntas de examen de los programas. En la Región del Pacífico Occidental, las becas están integradas en el marco normativo «New horizons in health». En todas las regiones, el proceso interno de selección presta especial atención a la compatibilidad de las solicitudes de beca con los objetivos de la OMS y los planes de acción acordados.

¹ Se prevé que los esfuerzos realizados por la OMS a nivel regional y de la Sede para apoyar a los países en esa planificación cambiarán en su momento la situación.

Vigilancia de las políticas: aplicación del «instrumento de evaluación» en el plano nacional

10. De conformidad con lo solicitado por el Consejo Ejecutivo en enero de 1997, a mediados de año se introdujo el instrumento de evaluación y se enviaron los cuestionarios a los Estados Miembros, una vez traducidos del inglés al árabe, español, francés, portugués y ruso. Se espera que su uso contribuya a mejorar todos los aspectos del programa de becas y a promover un examen de la planificación nacional del desarrollo de los recursos humanos. En la Región de las Américas se informará a los países de los resultados de la evaluación, incluidos los aspectos relacionados con la actuación de la OMS y de las instituciones de formación, y se idearán estrategias para subsanar las deficiencias. Dado que el instrumento de evaluación se utilizará para hacer un seguimiento regular, se espera que los resultados a mediano y largo plazo comprendan el desarrollo de planes nacionales de salud que reflejen mejor las prioridades de formación, el fortalecimiento de los comités nacionales de selección de becas y un papel de asesoramiento adecuado para la OMS.

VII. ESTRATEGIA REVISADA EN MATERIA DE MEDICAMENTOS

1. Se han aplicado elementos clave de la estrategia revisada en materia de medicamentos en más de 120 países. Es necesario proseguir los esfuerzos para alcanzar los objetivos de la estrategia. La División de Gestión y Políticas Farmacéuticas (DMP) desarrolla, establece y promueve normas internacionales respecto a la inocuidad, calidad y eficacia de los productos biológicos y farmacéuticos, y difunde información sobre la reglamentación de los medicamentos. El Programa de Acción sobre Medicamentos Esenciales (DAP) apoya activamente a los países en la aplicación de políticas y programas que persiguen los objetivos de la estrategia revisada en materia de medicamentos. En 1997 se introdujo un nuevo plan operacional sobre la estructura del programa en el que se hace hincapié en la eficacia del desarrollo de programas de país. El plan destaca asimismo cinco sectores de desarrollo normativo y técnico: políticas farmacéuticas nacionales, economía de la salud y financiación de los medicamentos, estrategias de gestión y suministro de medicamentos, uso racional de los medicamentos, y capacidad de aseguramiento de la calidad. La colaboración con los países se ve facilitada por los programas y los asesores sobre medicamentos esenciales y preparaciones farmacéuticas que hay en cada una de las seis regiones de la OMS. Algunos de los elementos de la estrategia revisada en materia de medicamentos se llevan también a la práctica a través de otros programas de la OMS dedicados al fomento de la salud y la lucha contra las enfermedades.

2. Más de 70 países disponen de **políticas farmacéuticas nacionales** basadas en el concepto de los medicamentos esenciales dentro del contexto de las políticas nacionales de salud. Se considera hoy que las políticas farmacéuticas nacionales constituyen un eslabón fundamental para atender las necesidades sanitarias reales mediante el desarrollo del sector farmacéutico. La creación de depósitos centrales autónomos de suministros médicos y otros arreglos innovadores de abastecimiento han redundado en una mejora de la disponibilidad de medicamentos en algunos Estados Miembros, en particular en África. Los Estados Miembros han recibido un mayor apoyo para la aplicación de estrategias apropiadas de financiación de los fármacos. Se ha prestado atención al uso racional de los medicamentos mediante la revisión de los planes de estudio de la formación básica, la enseñanza continua y el desarrollo de recursos humanos.

3. La OMS ha colaborado con los Estados Miembros para mejorar la **coordinación y armonización de sus estrategias nacionales** en materia de medicamentos. A ese efecto, la Organización patrocinó en 1996 la Conferencia Internacional de Organismos de Reglamentación Farmacéutica, celebrada en Manama (Bahrein), y en cada una de las regiones de la OMS se celebraron reuniones regionales o subregionales para servicios de reglamentación, gestores de medicamentos esenciales y formuladores de políticas. Además la OMS preparó documentación, como por ejemplo sus directrices para la formulación de políticas farmacéuticas nacionales, un manual práctico sobre indicadores para la vigilancia de esas políticas, estudios comparativos conexos y publicaciones sobre aspectos relacionados de la reforma del sector sanitario. Unas directrices elaboradas por la Conferencia Internacional sobre Armonización han sido difundidas a los Estados Miembros de la OMS.

4. La OMS ha contribuido activamente a dar a conocer y aplicar los **Criterios éticos de la OMS para la promoción de medicamentos**. Se convocó una «mesa redonda» de Estados Miembros y partes interesadas con miras a formular una estrategia de la OMS para el examen y evaluación de la eficacia de los criterios éticos. La estrategia resultante señala a la atención la persistencia de formas de promoción de los medicamentos reñidas con la ética. Se exponen estrategias para lograr un mayor impacto mediante la colaboración intersectorial e internacional, una reglamentación más exigente, códigos de autorreglamentación y medidas destinadas a capacitar a los consumidores y los profesionales de la salud para que evalúen críticamente la promoción de medicamentos.

5. El **Sistema OMS de certificación de la calidad de los productos farmacéuticos objeto de comercio internacional**, reafirmado mediante la resolución WHA50.3, se sigue promocionando entre los organismos de reglamentación farmacéutica, los servicios de suministro de medicamentos, tanto públicos como de las organizaciones no gubernamentales, y la industria farmacéutica. Actualmente ascienden a unos 140 los Estados Miembros signatarios de ese Sistema.

6. Tras una fase de consulta a nivel mundial, en 1996 se publicaron las **directrices sobre las donaciones de medicamentos**, documento interorganismos respaldado por la OMS, el UNICEF, el ACNUR y otras cinco

organizaciones internacionales. Dichas directrices han sido ampliamente distribuidas en español, francés e inglés. Australia, Italia, Noruega, Zimbabwe y otros Estados Miembros cuentan actualmente con directrices nacionales sobre donaciones de medicamentos basadas en las mencionadas directrices interorganismos.

7. El acceso depende en gran medida de lo razonables que sean los **precios** de los medicamentos esenciales y de las materias primas de buena calidad. La OMS, en consulta con las partes interesadas, ha iniciado un estudio sobre los precios y las fuentes de información sobre los precios de los medicamentos esenciales. La Región de África ha puesto ya en marcha un servicio piloto de intercambio de precios regionales. La OMS sigue asegurando que regularmente se ofrezca información sobre los precios de las materias primas empleadas para fabricar los medicamentos esenciales. Además ha terminado diversos estudios sobre las políticas de fijación de precios en las Américas y en Europa, y está preparando un análisis recapitulativo global.

8. Se está dedicando una creciente atención a **la reglamentación y a la garantía de la calidad de los medicamentos**, dando mayor prioridad a una eficaz reglamentación farmacéutica y a una constante elaboración de las normas farmacéuticas. En cada una de las seis regiones de la OMS se ha prestado apoyo a las redes de reglamentación, el intercambio de información, el registro de medicamentos asistido por ordenador, las reuniones para la armonización de medidas y otras iniciativas interpaíses y/o nacionales. Sólo durante el bienio 1996-1997 se respaldaron actividades de reglamentación y garantía de la calidad en aproximadamente 40 Estados Miembros. Se siguen elaborando y publicando en la Farmacopea Internacional (en español, francés e inglés) las normas de control de la calidad para sustancias y productos farmacéuticos que figuran en la Lista modelo de medicamentos esenciales de la OMS, y se publican «Pruebas básicas para sustancias farmacéuticas» (en árabe, chino, español, francés e inglés). Las Directrices de la OMS sobre las Prácticas Adecuadas para la Fabricación se han complementado proporcionando recomendaciones para la inspección de fábricas y canales de distribución, así como orientación para el establecimiento de laboratorios de control de la calidad. La OMS sigue asignando y publicando listas de Denominaciones Comunes Internacionales para nuevas sustancias farmacéuticas; tiene un proyecto para luchar contra los medicamentos falsificados, y está ultimando unas directrices para combatir dichos medicamentos. El número de países participantes en el sistema internacional de vigilancia de la inocuidad de los medicamentos ha aumentado a 47. Varios países en desarrollo, sobre todo de América Latina, Asia Sudoriental y el Mediterráneo Oriental, han recibido ayuda para establecer sistemas de farmacovigilancia.

9. La OMS sigue elaborando y difundiendo **información sobre productos farmacéuticos**. En 1997 se publicó la novena Lista modelo de medicamentos esenciales de la OMS. Se ha publicado un modelo de información sobre prescripción para los medicamentos empleados contra el VIH y las infecciones asociadas y para los utilizados en las enfermedades cutáneas. Se está trabajando en el desarrollo de un modelo de formulario de la OMS para los medicamentos esenciales. La publicación trimestral *Quarterly WHO Drug Information* y el boletín mensual *WHO Pharmaceuticals Newsletter* ofrecen información actualizada sobre el desarrollo de fármacos, la reglamentación farmacéutica y las decisiones en materia de reglamentación de medicamentos.

10. Se sigue acopiando información procedente de los Estados Miembros sobre las políticas de desarrollo de **medicamentos para enfermedades raras y enfermedades tropicales**. Un grupo de trabajo al que han contribuido todos los programas principales de la OMS interesados en los nuevos medicamentos ha formulado estrategias mediante las que la OMS puede fomentar el desarrollo de nuevos medicamentos y el acceso a los mismos.

11. La OMS ha empezado a trabajar al objeto de identificar en los **acuerdos de la OMC** cuestiones pertinentes para las políticas farmacéuticas y el acceso a los medicamentos esenciales; estrechar la colaboración con la OMC; comparar los acuerdos de la OMC con los requisitos técnicos y las directrices de la OMS respecto a los productos farmacéuticos y biológicos; evaluar el efecto de la «mundialización» en los objetivos de las políticas farmacéuticas nacionales; asesorar a los Estados Miembros respecto a las medidas necesarias para proteger la salud pública al aplicar los nuevos acuerdos comerciales, y sensibilizar a los países acerca de la trascendencia de los acuerdos comerciales internacionales para la salud pública.

VIII. PUBLICIDAD, PROMOCIÓN Y VENTA TRANSFRONTERIZAS DE PRODUCTOS MÉDICOS POR MEDIO DE INTERNET

1. De conformidad con lo solicitado en la resolución WHA50.4, el Director General convocó en Ginebra, del 3 al 5 de septiembre de 1997, un grupo especial de trabajo.¹

2. El grupo especial de trabajo examinó las repercusiones de la resolución WHA50.4 y formuló las recomendaciones siguientes:

1) Los Estados Miembros deberían:

- examinar la legislación, la reglamentación y las directrices existentes con el fin de cerciorarse de que sean adecuadas y aplicables para tratar las cuestiones relativas a la publicidad, promoción y venta transfronterizas de productos médicos por medio de Internet;
- elaborar, evaluar y aplicar estrategias para las actividades de seguimiento, vigilancia y aplicación de las disposiciones en relación con la publicidad, promoción y venta transfronterizas de productos médicos por medio de Internet. Cuando proceda, deberían adoptar medidas para velar por el cumplimiento de las disposiciones y, salvo en circunstancias excepcionales, dar a esas medidas amplia publicidad;
- colaborar con otros Estados Miembros en las cuestiones suscitadas por Internet y designar puntos de contacto apropiados, y difundir esa información a todos los Estados Miembros, también por conducto de la OMS;
- informar a la OMS, a los otros Estados Miembros y al público, cuando proceda sobre los casos y aspectos problemáticos de la publicidad, promoción y venta transfronterizas de productos médicos por medio de Internet;
- establecer sitios de Internet, cuando sea factible, para difundir información sobre los productos médicos y sobre la reglamentación;
- mantener y/o establecer mecanismos para responder a las solicitudes de información del público;
- informar al público de que Internet es un medio nuevo y eficaz para obtener información sanitaria, y formar a los profesionales de la salud y a los consumidores en el uso de Internet; la formación debe incluir la capacidad de evaluar, en la medida de lo posible, los beneficios y los riesgos de los productos, para evitar que una información falsa o engañosa sobre los productos médicos pueda dañar a las personas;
- en lo relativo a la información, promoción y publicidad de productos médicos por medio de Internet, alentar la elaboración y la aplicación de un código de conducta voluntario aplicable a todas las organizaciones que ponen información en Internet; ello incluiría, por ejemplo, identificar la fuente de información y la naturaleza de ésta (por ejemplo, publicidad, hojas de datos, prospectos de información a los pacientes), y operar en el contexto de un sistema de autorregulación, apoyado, si es necesario, por la legislación; debe alentarse la observancia de los principios de los Criterios éticos de la OMS para la promoción de medicamentos; y
- colaborar con otros Estados Miembros para establecer medidas apropiadas que impidan la publicidad, promoción y venta transfronterizas de productos médicos por medio de Internet con destino a países donde ello sea ilegal; cuando sea posible, debería establecerse un

¹ Integrado por los miembros siguientes: el Dr. G. Thiers, Director, Instituto Louis Pasteur de Salud Pública, Bruselas (Bélgica) (Presidente), el Dr. Mariatou Tala Jallow, Servicios Farmacéuticos Nacionales, Banjul (Gambia) (Vicepresidente) y el Dr. S. Nightingale, Associate Commissioner, Administración de Alimentos y Medicamentos, Washington, D.C. (EE.UU.) (Relator), así como el Dr. J. E. Idänpään-Heikkilä, Director, División de Gestión y Políticas Farmacéuticas, y el Dr. M. Ten Ham, Seguridad de los Medicamentos (cosecretarios).

sistema organizado de homologación de todas las entidades que intervengan en la venta de productos médicos.

2) La industria farmacéutica, los profesionales de la salud y las organizaciones de consumidores y otras partes interesadas deberían:

- enseñar a sus miembros a utilizar Internet eficazmente;
- alentar a sus miembros, según proceda, a promover la formulación y el uso de directrices sobre las prácticas adecuadas de información, cuando sea aplicable de forma coherente con los principios incorporados en los Criterios éticos de la OMS para la promoción de medicamentos; y
- vigilar y notificar los casos y aspectos problemáticos relativos a la publicidad, promoción y venta transfronterizas de productos médicos por medio de Internet.

3) El Director General debería:

- alentar a la comunidad internacional a formular directrices para la autorregulación respecto de las prácticas adecuadas de información, de conformidad con los principios incorporados en los Criterios éticos de la OMS para la promoción de medicamentos;
- preparar una guía modelo para que los Estados Miembros enseñen a quienes utilizan Internet el mejor modo de obtener información sobre los productos médicos a través de la red;
- colaborar con otras organizaciones e instituciones internacionales competentes en cuestiones relativas a Internet y los productos médicos;
- instar a los Estados Miembros a que establezcan o fortalezcan sus mecanismos para vigilar y estudiar, cuando proceda, la publicidad, promoción y venta transfronterizas de productos médicos por medio de Internet, y facilitar la asistencia técnica que se precise;
- instar a los Estados Miembros a que adopten medidas reglamentarias, según proceda, para los casos de violación de su legislación nacional relativa a la publicidad, promoción y venta de productos médicos por medio de Internet;
- alentar a los Estados Miembros y a las organizaciones no gubernamentales interesadas a que notifiquen a la OMS los casos y aspectos problemáticos de la publicidad, promoción y venta transfronterizas de productos médicos por medio de Internet; y
- notificar las cuestiones y casos problemáticos, según proceda, a los Estados Miembros.

3. El grupo especial de trabajo recomendó además que el Consejo adoptara el proyecto de resolución que figura en la sección XIV del presente documento.

IX. REPERCUSIONES ÉTICAS, CIENTÍFICAS Y SOCIALES DE LA CLONACIÓN EN LA REPRODUCCIÓN HUMANA

1. Después del debate sobre clonación que tuvo lugar durante la 50ª Asamblea Mundial de la Salud, en mayo de 1997, y de conformidad con la resolución WHA50.37, el Director General ha constituido un grupo interno para fortalecer la coordinación de las actividades y el intercambio de información sobre todas las cuestiones relacionadas con la ética y la salud, incluidas «las repercusiones éticas, científicas y sociales de la clonación en la esfera de la salud humana». El Grupo de Orientación sobre Ética y Salud reúne a miembros de diversos programas técnicos de la OMS, y se han designado puntos focales en las seis oficinas regionales, la Sede y el Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer, en Lyon.

2. Durante su debate sobre la clonación en mayo de 1997, la Asamblea de la Salud expresó el deseo de que el Director General estableciese un comité de expertos a nivel mundial para tratar las cuestiones relacionadas con la clonación. La OMS ha previsto reuniones en diferentes sectores programáticos para antes de finales de 1997, a fin de preparar la labor de ese comité mundial. El propósito de esas reuniones es determinar cuáles son las esferas de la salud humana afectadas y las cuestiones éticas y sociales relacionadas con cada una de esas esferas. Se está prestando particular atención a garantizar la participación de expertos de disciplinas y entornos culturales diversos, así como de los institutos nacionales de investigaciones y organizaciones internacionales interesados. Se están tomando medidas para asegurar que las regiones de la OMS tengan la oportunidad de participar plenamente en el comité mundial de expertos y en el proceso preparatorio.

3. En la 101ª reunión del Consejo se proporcionará un informe sobre los resultados de las actividades siguientes (documento EB101/INF.DOC./3):

1) **Salud reproductiva.** El Grupo de Examen Científico y Ético del Programa Especial de Investigaciones, Desarrollo y Formación de Investigadores sobre Reproducción Humana celebró una reunión del 22 al 24 de octubre de 1997, en Ginebra; el último día consistió en una sesión extraordinaria dedicada por entero a la clonación, con el apoyo del Fondo del Director General para Actividades de Desarrollo y una importante participación de los países en desarrollo. Se prestó gran atención a garantizar la diversidad cultural y religiosa. El propósito era revisar y analizar las reacciones y actitudes mundiales ante el posible uso de la clonación en la salud reproductiva y encontrar puntos de consenso sobre las cuestiones de ética y política pública relacionadas con este tema, así como considerar si se necesitaban directrices, reglamentación o legislación a nivel internacional.

2) **Xenotransplantes.** La División de Vigilancia y Control de Enfermedades Emergentes y otras Enfermedades Transmisibles organizó otra reunión con el apoyo del Fondo del Director General para Actividades de Desarrollo. Ésta se celebró en Ginebra del 28 al 30 de octubre de 1997 y se centró en la situación actual de las investigaciones y el desarrollo de tecnología en el ámbito de los xenotransplantes, con particular hincapié en la prevención de enfermedades infecciosas y las cuestiones éticas conexas. Se examinaron temas como el desarrollo y la gestión de los «animales fuente» y el uso y las repercusiones de los procedimientos de ingeniería genética, inclusive la clonación, las actitudes de la sociedad y de los receptores, los derechos humanos, el marco de política pública y las necesidades de reglamentación. La reunión tuvo lugar tras el segundo encuentro del grupo especial sobre el transplante de órganos (Annecy, 9-10 de octubre de 1997), celebrado por iniciativa de la Oficina de Coordinación de las Políticas y Estrategias de Investigación, con el apoyo del centro colaborador de la OMS en Mérieux. En su primera reunión, en octubre de 1996, el grupo especial había recomendado una mayor investigación y vigilancia de los xenotransplantes, tema que se incluyó también en el orden del día de la segunda reunión.

3) **Sustancias biológicas.** El Comité de Expertos de la OMS en Patrones Biológicos se reunió en Ginebra del 27 al 31 de octubre de 1997 para examinar, entre otras cosas, el uso de ratones transgénicos para el control de la calidad de la vacuna antipoliomielítica oral.

4) **Trastornos genéticos y hereditarios.** La OMS está organizando una reunión para revisar sus directrices sobre las cuestiones éticas en la genética médica. La reunión se celebrará en Ginebra los

días 15 y 16 de diciembre de 1997, con apoyo del Fondo del Director General para Actividades de Desarrollo. También está copatrocinando un simposio internacional sobre las tendencias actuales de la genética médica y la bioética en diferentes entornos culturales, jurídicos e institucionales, simposio que tendrá lugar en Fukui (Japón) el 8 de noviembre de 1997, en asociación con la UNESCO y después de la Conferencia Asiática sobre Bioética organizada por este organismo (Kobe, Japón, 4-8 de noviembre de 1997).

5) **Investigaciones y participación regional en el debate sobre la ética.** El Comité Consultivo de Investigaciones Sanitarias (CCIS) mundial se reunió en Ginebra del 21 al 24 de octubre de 1997. De conformidad con lo indicado en el informe del Director General a la Asamblea de la Salud,¹ el CCIS examinó los medios para ayudar a reunir y divulgar información y animar el debate público sobre las repercusiones éticas, científicas y sociales de la clonación, en particular a nivel regional y subregional.

4. El Director General ha pedido a las oficinas regionales que participen en el acopio de información sobre las iniciativas emprendidas por los Estados Miembros para evaluar los posibles usos y las repercusiones de la clonación. La información recibida hasta la fecha comprende documentos de posición de comités nacionales de ética, organismos internacionales y entidades religiosas. En las respuestas enviadas por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y las Oficinas Regionales para Asia Sudoriental y el Mediterráneo Oriental se hace hincapié en la necesidad de realizar una evaluación cuidadosa y racional de los beneficios potenciales de la clonación con fines médicos. Se subraya la importancia de los valores culturales, religiosos y sociales y se ponen de relieve las posibles repercusiones sobre el derecho civil. Las tres oficinas destacan la necesidad de constituir comités de ética y fomentar la enseñanza de la ética en los países. También se ha manifestado preocupación por la necesidad de proteger a los países en desarrollo que no tengan reglamentación al respecto del riesgo de que entidades extranjeras realicen en ellos investigaciones con seres humanos.

¹ Documento WHA50/30, párrafos 7 y 17.

X. PROMOCIÓN DE LA SALUD

1. La Cuarta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, Yakarta (Indonesia), 21-25 de julio de 1997, fue la primera de esa índole celebrada en un país en desarrollo, y estuvo dedicada al tema: «Nueva era, nuevos actores: adaptar la promoción de la salud al siglo XXI»; más de la mitad de los participantes provenían de países en desarrollo. Siguió a la Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud celebrada en Ottawa (1986), de la que emanó la Carta de Ottawa para el Fomento de la Salud, en la que se proporcionaba orientación a nivel nacional e internacional. La Segunda y la Tercera Conferencias Internacionales sobre Promoción de la Salud, celebradas en Australia (Adelaida, 1988) y Suecia (Sundsvall, 1991), se tradujeron en la adopción de las Recomendaciones de Adelaida sobre políticas públicas favorables a la salud y la Declaración de Sundsvall sobre entornos propicios para la salud. La Cuarta Conferencia Internacional ha tenido lugar 20 años después de que la OMS explicitara en Alma-Ata su compromiso en pro de la salud para todos y de los principios de la atención primaria de salud. La Conferencia ha contribuido a las acciones subsiguientes a la resolución WHA42.44, relativa al fomento de la salud, la información pública y la educación para la salud, en la que se reconoce que «el espíritu de Alma-Ata fructificó en la Carta de Ottawa para el Fomento de la Salud...» y que «la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondientes» es el primero de los ocho elementos básicos de la atención primaria de salud.
2. La Conferencia se celebró con el telón de fondo de los grandes cambios mundiales acontecidos desde la Conferencia de Ottawa de 1986. Sus objetivos eran tres:
 - examinar y evaluar el impacto de la promoción de la salud;
 - establecer estrategias innovadoras para garantizar la eficacia de la promoción de la salud;
 - facilitar el desarrollo de «lazos de colaboración» en la esfera de la promoción de la salud para responder a los retos de la salud mundial.
3. La Conferencia, que fue inaugurada por el Presidente de Indonesia, no sólo respaldó la Carta de Ottawa para el Fomento de la Salud sino que además reafirmó la importancia de la promoción de la salud para los países tanto en desarrollo como desarrollados, situándola «en el centro del desarrollo sanitario».
4. La Declaración de Yakarta sobre la adaptación de la promoción de la salud al siglo XXI confirma los resultados del examen y evaluación de la eficacia del fomento de la salud. En ella se declara que la promoción de la salud es un enfoque práctico para alcanzar una mayor equidad en el terreno de la salud. Las cinco estrategias expuestas en la Carta de Ottawa son fundamentales para el éxito del empeño. Disponemos hoy de datos que demuestran claramente que los enfoques integrados del desarrollo sanitario son los más eficaces, y que las circunstancias particulares brindan oportunidades prácticas para la aplicación de esas estrategias integradas.
5. La Declaración refleja el firme compromiso de los asistentes a la Conferencia de establecer lazos de colaboración, y describe la amplia gama de recursos necesaria para abordar los problemas de la salud mundial en el siglo XXI. Hace hincapié en la necesidad de estrechar la colaboración con las universidades, el sector privado y la industria del ocio a fin de potenciar el fomento de la salud. Y pide que se aumenten las inversiones sanitarias, el poder efectivo de los individuos y el público y la responsabilidad social en pro de la salud, y que se consolide la infraestructura de fomento de la salud.
6. La Declaración exhorta a la OMS a que tome la iniciativa para formar una alianza mundial de promoción de la salud y capacitar a sus Estados Miembros para que apliquen las conclusiones de la Conferencia, logrando la adhesión de gobiernos, organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, órganos interregionales, bancos para el desarrollo, organismos bilaterales, organizaciones no gubernamentales, movimientos y cooperativas de trabajadores y sector privado al objeto de dar impulso a las prioridades para la acción en materia de fomento de la salud.

7. Además de la Declaración de Yakarta, y como resultado del simposio sobre asociaciones en acción celebrado durante la Conferencia, hubo también declaraciones sobre la salud escolar, el envejecimiento y la salud, las «ciudades sanas» y los «lugares de trabajo sanos». Al final de la sesión plenaria se leyó también una declaración en nombre de participantes de grupos y compañías del sector privado, en la que se manifestaba su compromiso de colaborar con la OMS. La Declaración de Yakarta fue adoptada unánimemente por aclamación; la Conferencia ha proporcionado la dirección y el impulso mundiales necesarios para «adoptar la promoción de la salud al siglo XXI».

XI. NUTRICIÓN DEL LACTANTE Y DEL NIÑO PEQUEÑO

1. Se presenta este informe de conformidad con la resolución WHA33.32, con el párrafo 7 del artículo 11 del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, y con las resoluciones EB97.R13 y WHA49.15, referentes a la nutrición del lactante y del niño pequeño, a las prácticas adecuadas de alimentación y a otras cuestiones conexas.

MALNUTRICIÓN PROTEINOENERGÉTICA

2. Pese a haberse fijado para el final del decenio la meta de reducir la malnutrición proteinoenergética (MPE) entre los menores de cinco años a la mitad de los niveles de 1990, la prevalencia mundial de MPE sólo ha disminuido del 28,5% (177,6 millones) de 1990 al 27,4% (167,9 millones) de 1995, y en algunos países africanos ha aumentado de hecho. La malnutrición materna sigue contribuyendo de forma importante a los 30 millones (23,8%) de niños malnutridos que según se estima nacen cada año con signos de retraso del crecimiento intrauterino (RCIU).¹ Entre las causas de MPE predominan los factores asociados a la pobreza, como por ejemplo unos suministros alimentarios deficientes o poco fiables, las infecciones e infestaciones, la falta de atención sanitaria, unas prácticas alimentarias y una asistencia inapropiadas, el analfabetismo y las situaciones de emergencia nutricional.

3. La intensificación del apoyo técnico y financiero a los Estados Miembros, en particular a los que presentan altas tasas de malnutrición, así como la producción y amplia difusión de directrices, normas, criterios y metodologías científicamente válidos en materia de nutrición, constituyen los dos enfoques principales de la OMS. Hasta ahora 132 (69%) Estados Miembros han reforzado sus planes y programas nacionales de nutrición en respuesta directa a las metas del decenio y a las estrategias de orientación establecidas conforme a la Declaración Mundial y el Plan de Acción, y han reafirmado el compromiso adquirido en ese sentido.²

4. Dada la importancia que reviste la vigilancia del crecimiento de los lactantes y los niños pequeños, así como la evaluación de la malnutrición en la comunidad y a nivel nacional, la OMS está llevando a cabo además un estudio de referencia de cuatro años sobre el crecimiento, en el que participan varios centros, a fin de establecer nuevas curvas de referencia del crecimiento representativas a nivel internacional, basadas en lactantes y niños de corta edad sanos y alimentados al pecho. Las curvas de crecimiento que ahora se utilizan son las elaboradas por el Centro Nacional de Estadísticas Sanitarias de los Estados Unidos y la OMS, que reflejan fundamentalmente las características de los niños caucásicos de clase media alimentados artificialmente en los años 60, y dicho sesgo aconseja sustituirlas cuanto antes. Muchos países aspiran a participar en el estudio, y se están buscando fondos para financiar la participación de países en desarrollo. En el Brasil ya se ha empezado a recopilar datos.

OBESIDAD INFANTIL

5. Mientras millones de niños sufren desnutrición, una epidemia de obesidad se extiende entre los niños y los adultos, sobre todo en los países industrializados, pero también en países en desarrollo con economías en rápido crecimiento. Se estima que unos 22 millones de niños menores de cinco años presentan un sobrepeso importante (> 2 desviaciones estándar por encima del peso mediano de referencia para la estatura). La obesidad infantil es un importante factor de riesgo de la obesidad del adulto, que según estimaciones afecta a su vez a unos 286 millones de personas, y es un factor de riesgo significativo de la enorme carga de morbilidad y mortalidad

¹ de Onis, M., Blössner, M., Villar, J. Levels and patterns of intrauterine growth retardation in developing countries. *European Journal of Clinical Nutrition*, noviembre de 1997. En este contexto el RCIU se define como un peso inferior al percentil 10 de la curva de referencia que representa el peso al nacer frente a la edad gestacional.

² Véase el *Informe parcial sobre la aplicación del plan de acción de la nutrición de la CIN*. Organización para la Agricultura y la Alimentación, Roma, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1996.

atribuible a las enfermedades cardiovasculares, la hipertensión, los accidentes cerebrovasculares, la diabetes (tipo 2), algunos cánceres, las hepatopatías, los trastornos de la vesícula biliar y los accidentes. La OMS organizó una importante reunión consultiva sobre la obesidad,¹ y habida cuenta de la magnitud del problema se necesitan de forma apremiante tanto sistemas de notificación regular a nivel mundial como estrategias nacionales eficaces en materia de nutrición y salud pública.

MALNUTRICIÓN POR CARENCIA DE MICRONUTRIENTES

6. Muchos países han hecho grandes progresos en lo que respecta a establecer programas de yodación de la sal y a reducir los **trastornos por carencia de yodo (TCY)**, si bien la falta de este elemento sigue siendo a nivel mundial la causa única más importante de lesiones cerebrales prevenibles del feto, el lactante y el niño de corta edad. Se estima que hay aún 911 millones de personas (de todas las edades) que sufren bocio. No obstante, de los 118 países donde los TCY constituyeron un problema de salud pública en 1990, 83 disponen ya de programas de yodación de la sal en fases bastante avanzadas. En 1999 se presentará a la Asamblea de la Salud un informe completo sobre los progresos realizados en este terreno.

7. La **carencia de vitamina A**, si bien menos frecuente, afecta aún a unos 256 millones de niños, de los cuales 2,8 millones presentan lesiones oculares (xerofthalmía), y el resto está expuesto a un riesgo mayor del normal de infección y muerte. Análogamente, **la carencia de hierro y la anemia** afectan a unos 340 millones de niños, y se estima que en los países en desarrollo un 58% de las mujeres embarazadas y un 31% de los menores de cinco años están anémicos. La OMS, el UNICEF, la FAO, la ADI de los EE.UU., el CIDA y otros organismos de desarrollo internacionales y bilaterales están apoyando actividades de promoción de los micronutrientes en muchos de los 76 países en que la avitaminosis A sigue constituyendo un problema de salud pública. La mayor parte de los esfuerzos están orientados a desarrollar programas nacionales y comunitarios eficaces basados en el fomento de la lactancia materna, el control de las infecciones, la diversificación alimentaria y el enriquecimiento y la suplementación de los alimentos.²

FOMENTO DE LA LACTANCIA MATERNA

8. El tradicional descuido de que en algunos entornos es objeto el derecho a la lactancia materna, unido a las presiones comerciales, ya sea en el mercado o en los sistemas de salud y entre los profesionales sanitarios, tiende a desalentar la lactancia materna. Sólo un 35% de los lactantes de todo el mundo reciben el pecho como única alimentación en algún momento entre su nacimiento y los cuatro meses de edad, según el Banco Mundial de Datos de la OMS sobre Lactancia Materna, que abarca 94 países y el 65% de la población mundial de lactantes. Aunque la prevalencia de la lactancia materna ha aumentado en unos cuantos países, en otros las prácticas alimentarias deficientes siguen estando muy extendidas, con una lactancia natural que pierde terreno y unos alimentos complementarios, a menudo contaminados, que se introducen o demasiado pronto (en los países desarrollados y en los países en desarrollo) o demasiado tarde (en los países en desarrollo). El resultado son unas altas tasas de malnutrición, morbilidad y mortalidad.

¹ *Obesity: preventing and managing the global epidemic*. Informe de la Reunión Consultiva de la OMS sobre Obesidad, Ginebra, 3-5 de junio de 1997 (documento inédito WHO/NUT/NCD/97.2).

² Véanse en relación con esto las publicaciones *Vitamin A supplements: a guide to their use in the treatment and prevention of vitamin A deficiency and xerophthalmia*. Segunda edición. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1997 (en traducción); *Safe vitamin A dosage during pregnancy and lactation*. Documento inédito NUT/96.14; y *Iron deficiency: indicators for assessment and strategies for prevention* (en prensa).

9. La vigilancia de los progresos realizados hacia las metas operativas de la Declaración de Innocenti¹ muestra que 122 Estados Miembros han establecido ya comités de lactancia materna (aunque no todos ellos parecen ser influyentes o multisectoriales); 118 Estados Miembros conceden bajas de maternidad de como mínimo 12 semanas a por lo menos algunas madres; y la Iniciativa Hospitales Amigos del Niño, lanzada en 1992, funciona ya en 171 países, habiéndose registrado un aumento del número de hospitales calificados de «amigos del niño» según los criterios OMS/UNICEF, de aproximadamente 4300 en 1995 a 8000 en 1996, y casi 11 000 al final de 1997.

PROGRESOS EN LA APLICACIÓN DEL CÓDIGO INTERNACIONAL

10. Desde la adopción del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna (1981), 158 Estados Miembros (83%) han informado a la OMS sobre las medidas que han adoptado para aplicar el Código. Desde el último informe del Director General (1996), la OMS ha recibido nueva información de 30 Estados Miembros sobre medidas fundamentalmente legislativas destinadas a poner en práctica la totalidad o parte del Código. Siete de ellos (en cursiva a continuación) informan por primera vez al respecto: **África:** Botswana, Madagascar, *Mauritania*, Mozambique, *Namibia*, *Seychelles*, Togo y Zimbabwe; **las Américas:** Belice, Honduras, Nicaragua y Trinidad y Tobago; **Asia Sudoriental:** Bangladesh e India; **Europa:** Austria, Polonia y Suecia; **Mediterráneo Oriental:** Arabia Saudita, Chipre, Djibouti e Irán (República Islámica del); **Pacífico Occidental:** Australia, *Camboya*, China, *Islas Marshall*, *Niue*, Nueva Zelandia, *Palau*, Singapur y Tonga.

11. Diversos órganos gubernamentales están desempeñando un papel más activo en la aplicación y vigilancia de las medidas nacionales destinadas a aplicar el Código Internacional. Además, están investigando las acusaciones de incumplimiento de tales medidas por parte de los fabricantes y distribuidores de los productos considerados en el Código, acusaciones presentadas de conformidad con los artículos 11.2 y 11.4 del mismo por organizaciones no gubernamentales y por otras entidades. La OMS ha elaborado un marco² para facilitar a los Estados Miembros la tarea de examinar y evaluar sus propias medidas de aplicación del Código Internacional.

LA NUTRICIÓN EN SITUACIONES DE EMERGENCIA

12. Durante el último cuarto de siglo al menos 150 millones de personas se han visto afectadas cada año por algún tipo de situación de emergencia, estimándose que esa cifra comprende actualmente unos 26 millones de refugiados y personas desplazadas. Esas poblaciones sufren una alta incidencia de malnutrición, por ejemplo MPE, carencias de vitamina A y de hierro y en ocasiones beriberi, escorbuto y pelagra, lo que contribuye a explicar sus altas tasas de mortalidad y de discapacidad. La OMS ha mantenido la activa colaboración técnica iniciada con el ACNUR y el PMA para evaluar, reducir y prevenir la malnutrición. Se ha ultimado una versión revisada de los principios rectores³ para asegurar una alimentación óptima de los lactantes y los niños pequeños en las situaciones de emergencia, y están a punto de publicarse un manual sobre la gestión de la nutrición en

¹ La Declaración de Innocenti sobre la protección, el fomento y el apoyo de la lactancia materna (1990) se fijó cuatro metas operativas para todos los países: un coordinador nacional influyente sobre lactancia materna y un comité multisectorial sobre esa materia; elevación de todos los centros de maternidad a la categoría de «amigos del niño»; medidas para poner en práctica los principios y el objetivo del Código Internacional; y medidas legislativas de protección del derecho de las mujeres trabajadoras a dar el pecho.

² *The International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes: a common review and evaluation framework.* Documento en venta WHO/NUT/96.2. Disponible en árabe, francés e inglés y en preparación en ruso. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1997.

³ *Guiding principles for feeding infants and young children during emergencies.* Versión revisada. Documento inédito NUT/97.3.

situaciones de emergencia graves¹ y otro sobre el tratamiento y el manejo de la malnutrición severa.² Además se están preparando estudios sobre el tratamiento del escorbuto, el beriberi y la pelagra. Tras un taller interpaíses sobre la gestión de la nutrición en situaciones de emergencia, celebrado en Eritrea en 1996, hay prevista una reunión consultiva conjunta OMS/ACNUR sobre la asistencia a grupos nutricionalmente vulnerables en situaciones de emergencia (Roma, diciembre de 1997).

¹ *Management of Nutrition in Major Emergencies*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (en prensa).

² *Treatment and Management of Severe Malnutrition*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud (en prensa).

XII. TUBERCULOSIS

1. En 1995 la tuberculosis mató a más adultos que cualquier otra infección. El tratamiento ineficaz está alimentando la epidemia mundial y creando formas polifarmacorresistentes de la enfermedad. En algunos países el número de casos está creciendo con rapidez de resultas de la propagación de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Sin embargo, existe una estrategia eficiente de lucha contra la tuberculosis en el marco de la atención primaria de salud: la estrategia de tratamiento breve bajo observación directa (TOD). La TOD es un plan para tratar los casos de tuberculosis y documentar la curación, interrumpiendo así la transmisión de la infección y previniendo la aparición de cepas polifarmacorresistentes. De hecho, la TOD es uno de los avances sanitarios más importantes de los años noventa en términos de número de vidas ya salvadas y de potencial para salvar otras. La OMS promueve activamente la TOD para alcanzar los objetivos de la lucha mundial antituberculosa (tratar con éxito el 85% de los casos diagnosticados con esputo positivo y detectar el 70% de tales casos para el año 2000) establecidos mediante las resoluciones WHA44.8 y WHA46.36.

PROGRESOS REALIZADOS

2. En 1990, tan sólo 10 países, con menos del 1% del total mundial estimado de casos de tuberculosis, aplicaban la estrategia TOD. Para 1997, casi 100 países habían aceptado la estrategia y aproximadamente 60 la habían aplicado ampliamente. En los lugares en que se utiliza la TOD, las tasas de curación son mucho más elevadas (el 77%) que donde no se utiliza (el 45%). Más del 15% de todos los casos de tuberculosis infecciosa se tratan ahora con esta estrategia.

3. En las partes de China en que se aplica la TOD, la tasas de curación ascienden ahora al 96%. En el Perú, esa tasa de curación es del 91% y el número total de nuevos casos ha comenzado a mermar.

4. La asistencia externa para la lucha contra la tuberculosis ha pasado de US\$ 16 millones (compromisos de 1990) a US\$ 60 millones (1995). Algunos presupuestos nacionales para la lucha contra la tuberculosis han aumentado, y los países que aplican la estrategia TOD están gastando esos presupuestos con más eficiencia. El costo de los medicamentos para el tratamiento de la tuberculosis ha disminuido, pasando de US\$ 40-50 (para seis meses de tratamiento) en 1990 a US\$ 15-25 en 1996.

5. A pesar de ello, la tasa mundial de curación ha llegado como máximo al 58%, y la tasa mundial de detección de casos podría ser de tan sólo el 38%.

6. Las metas mundiales de la OMS no se alcanzarán en el año 2000. Es preciso intensificar y acelerar las medidas. La rapidez con que la estrategia TOD puede extenderse depende de la voluntad política, más que del contenido técnico de la estrategia misma, que es claramente eficaz. En algunos países la falta de voluntad política está impidiendo la expansión de la cobertura con ese tratamiento. En otros, aún se pone en tela de juicio su utilidad.

PERSPECTIVAS

7. El logro de las metas de la OMS reduciría tanto la incidencia de la enfermedad como las defunciones por tuberculosis en aproximadamente un 5% anual, conduciendo finalmente al control de la epidemia. La OMS estima ahora que si los actuales esfuerzos de lucha se mantienen invariados, la carga de la tuberculosis en el mundo será en el año 2020 mayor de lo que es hoy día. La intensificación de las medidas ahora permitiría salvar más vidas y reducir el número de casos. Lo que queda por ver es si el mundo está dispuesto a adoptar las medidas necesarias.

INCIDENCIA MUNDIAL PREVISIBLE DE LA TUBERCULOSIS

8. De acuerdo con evaluaciones específicas de los progresos posibles en los distintos países, si se logra mejorar aún más y mantener el nivel actual de adopción de la estrategia TOD, aproximadamente 130 países podrían alcanzar las metas especificadas para el año 2000.

9. De los 22 países que actualmente tienen más del 80% de la carga mundial de morbilidad, alrededor de 17¹ podrían no ser capaces, incluso con un esfuerzo máximo, de alcanzar las metas para el año 2000. Los 130 países que sí pueden alcanzarlas con un esfuerzo adicional deben ser alentados a mantener sus actividades después de esa fecha a fin de que comience a disminuir la incidencia de la enfermedad, con vistas a lograr su eliminación. A los que no alcanzarán las metas en el año 2000 hay que animarlos a que ejecuten programas de TOD, o a que los amplíen, si ya los tienen, para alcanzar las metas lo antes posible después de esa fecha.

10. El mantenimiento de las actuales metas mundiales después del año 2000 sin un nuevo plan de acción descalificaría a la OMS. Por otra parte, una prórroga del plazo frenaría probablemente el impulso y sería un desincentivo para los países que todavía pueden alcanzar las metas en el año 2000. La OMS debe decidir cuál es la línea de acción apropiada, pedir su aprobación y aplicarla. El trabajo de la OMS indica actualmente que la lucha contra la tuberculosis depende ahora sobre todo de la voluntad política y de la adopción de decisiones, y no de cuestiones técnicas o relacionadas con las intervenciones en la salud. Por lo tanto, el reto que deben afrontar los Estados Miembros, la OMS y los demás asociados internacionales es el de encontrar la manera de conferir mayor prioridad a la lucha contra la tuberculosis y de asignar y mantener los recursos que hagan falta para ello.

11. El asunto de las metas mundiales se presentará al órgano consultivo de gestión del Programa Mundial contra la Tuberculosis en noviembre de 1997, para que asesore a la OMS. Sus recomendaciones se transmitirán al Consejo Ejecutivo en su 101^a reunión.

¹ Afganistán, Bangladesh, Brasil, China, Etiopía, Filipinas, India, Indonesia, México, Myanmar, Nigeria, Pakistán, República Democrática del Congo, Rusia, Sudáfrica, Tailandia y Uganda.

XIII. ELIMINACIÓN MUNDIAL DEL TRACOMA CAUSANTE DE CEGUERA

1. El tracoma fue una de las primeras enfermedades abordadas por la OMS. En el decenio de 1950 se convocó a tres comités de expertos y se emprendieron investigaciones sobre el terreno en varios países. En los decenios de 1960 y 1970, en muchos de los países endémicos se emprendieron campañas nacionales de lucha contra el tracoma. Los resultados de éstas fueron con frecuencia buenos a corto plazo, pero la lucha a largo plazo contra el tracoma demostró ser difícil de librar, en particular en las zonas rurales remotas con pocas perspectivas de mejoramiento de las condiciones de vida. Por lo tanto, pese a los progresos realizados durante más de dos decenios en cierto número de países, el tracoma sigue constituyendo un problema de salud pública muy importante. Es la causa más común de ceguera prevenible y es característica de los grupos más pobres de la población.

SITUACIÓN MUNDIAL

2. Se estima que la enfermedad en su forma activa afecta a unos 146 millones de personas, principalmente niños y mujeres. Además, hay aproximadamente 5,6 millones de personas ciegas o visualmente discapacitadas por causa del tracoma. La enfermedad causante de ceguera es endémica en 46 países, principalmente en África, la Región del Mediterráneo Oriental, Asia y América Latina.

3. La infección tracomatosa repetida durante la infancia da lugar a complicaciones causantes de ceguera en años posteriores de la vida, y las mujeres están particularmente expuestas a la infección a través de los niños que ellas cuidan. La transmisión de *Chlamydia trachomatis* se ve favorecida por el hacinamiento, la falta de higiene personal y ambiental y la abundancia de moscas oftalmotropas. Las epidemias de conjuntivitis, a menudo estacionales, agravan el tracoma.

INTERVENCIÓN DE LA OMS

4. En el decenio de 1980 se emprendieron investigaciones sobre el terreno encaminadas a establecer una forma de detección fácil del tracoma y sus complicaciones a fin de facilitar así la intervención del personal de atención primaria. Asociadas a una normalización de los procedimientos quirúrgicos para corregir la triquiasis ocular y a la elaboración de métodos de base comunitaria para combatir la enfermedad, aquellas investigaciones renovaron el interés por la lucha contra el tracoma mediante la fórmula «SAFE» (surgery for trichiasis, antibiotics, facial cleanliness, and environmental improvements), que significa corrección quirúrgica de la triquiasis, administración de antibióticos, higiene facial y mejoras ambientales:

1) Cirugía: El acceso fácil a la cirugía palpebral es esencial para corregir la triquiasis resultante de una deformación cicatricial grave. Este tratamiento quirúrgico se debe administrar con prontitud para prevenir la ceguera. El procedimiento quirúrgico más eficaz ha demostrado ser la rotación tarsal. Es una técnica fácil de enseñar que puede ser aplicada sin riesgos y con buenos resultados por un personal no médico. El estuche quirúrgico normalizado se puede adquirir a bajo costo.

2) Antibióticos: Para combatir rápidamente la enfermedad y su propagación se pueden administrar en gran escala determinados antibióticos, mediante tratamiento bien sea tópico como sistémico preventivo. El ungüento oftálmico de tetraciclina al 1% se utiliza desde hace tres decenios y es eficaz. Sin embargo, es muy difícil conseguir que los pacientes lo sigan aplicando prolongadamente de forma regular. Entre las opciones de tratamiento sistémico, la nueva generación de macrólidos de acción prolongada - en particular la azitromicina, sobre la cual se están haciendo ensayos clínicos en gran escala - alimenta las esperanzas de mejorar la lucha mundial contra el tracoma.

3) Higiene facial: Una forma eficaz de reducir la inflamación tracomatosa es mantener la limpieza facial de los niños, lo que es posible conseguir incluso si la cantidad de agua disponible es mínima.

4) Mejoras ambientales: Se requieren medidas de abastecimiento de agua y saneamiento básico y, en lo posible, una mejora de las viviendas. Revisten especial importancia las medidas de lucha contra la reproducción de las moscas.

5. Después de una reunión científica mundial convocada en junio de 1996, se estableció la Alianza de la OMS para la Eliminación Mundial del Tracoma (GET), integrada por organizaciones no gubernamentales de desarrollo colaboradoras, la Fundación Edna McConnell Clark y otras partes interesadas. La Alianza está preparando un sistema uniformado de presentación de información, un procedimiento de detección rápida, un banco de datos, un boletín y la prestación de apoyo a países endémicos escogidos. Se ha establecido el objetivo a largo plazo de eliminar el tracoma para el año 2020, pero para ello es preciso estar preparados para la lucha mundial contra la enfermedad activa en las poblaciones expuestas (niños y mujeres).

XIV. INTERVENCIÓN DEL CONSEJO EJECUTIVO

Se invita al Consejo a que tome nota de los informes y examine las resoluciones y decisiones siguientes:

DESARROLLO DE SISTEMAS DE SALUD

El Consejo puede pedir, si lo estima oportuno, que en su 103ª reunión se le presente un informe sobre los progresos realizados en relación con la propuesta iniciativa para el desarrollo de sistemas de salud.

PUBLICIDAD, PROMOCIÓN Y VENTA TRANSFRONTERIZAS DE PRODUCTOS MÉDICOS A TRAVÉS DE INTERNET

El Consejo Ejecutivo

RECOMIENDA a la 51ª Asamblea Mundial de la Salud que adopte la resolución siguiente:

La 51ª Asamblea Mundial de la Salud,

Recordando la resolución WHA50.4, «Publicidad, promoción y venta transfronterizas de productos médicos a través de Internet», en la que se pide al Director General que convoque un grupo especial de trabajo para formular recomendaciones sobre la publicidad, promoción y venta transfronterizas de productos médicos por medio de Internet;

Recordando las resoluciones WHA41.17, WHA45.30 y WHA47.16 sobre los criterios éticos para la promoción de medicamentos;

Reconociendo el valor y el gran potencial de los medios electrónicos de comunicación, incluida Internet, para difundir y obtener información relativa a los productos médicos;

Reconociendo las diferencias existentes entre los Estados Miembros en cuanto a la capacidad de reglamentación y en cuanto al modo de concebir la publicidad, promoción y venta de los productos médicos;

Reconociendo la importancia de la colaboración entre los Estados Miembros y la OMS, así como entre los consumidores, los profesionales de la salud y la industria, en las cuestiones que entrañan la publicidad, promoción y venta transfronterizas de productos médicos por medio de Internet;

Reconociendo la importancia de la legislación, los reglamentos, las directrices y las políticas nacionales para controlar la publicidad, promoción y venta de productos médicos, así como la importancia de asegurar la observancia de la reglamentación nacional;

Reconociendo la importancia de que se desarrollen y apliquen mecanismos de autorregulación para formular directrices sobre las prácticas adecuadas de información, de conformidad, cuando proceda, con los principios incorporados en los Criterios éticos de la OMS para la promoción de medicamentos;

Teniendo presente la importancia de facilitar al público formación teórica y práctica sobre el valor y la calidad de la información relativa a los productos médicos obtenida por medio de Internet, así como la importancia del uso racional de los productos médicos;

Tomando nota del informe y de las recomendaciones del grupo especial de trabajo sobre publicidad, promoción y venta transfronterizas de productos médicos por medio de Internet, según se recogen en el informe del Director General,

1. INSTA a todos los Estados Miembros:
 - 1) a que examinen la legislación, los reglamentos y las directrices existentes con el fin de cerciorarse de que sean aplicables y adecuados para tratar las cuestiones relativas a la publicidad, promoción y venta transfronterizas de productos médicos por medio de Internet, y a que elaboren, evalúen y apliquen estrategias para las actividades de seguimiento, vigilancia y aplicación de las disposiciones;
 - 2) a que colaboren con otros Estados Miembros en las cuestiones suscitadas por Internet, especialmente en la difusión de información sobre los casos y aspectos problemáticos, estableciendo medidas apropiadas para impedir la publicidad, promoción y venta transfronterizas de productos médicos por medio de Internet con destino a países donde ello sea ilegal, y en la adopción de medidas específicas para el cumplimiento de las disposiciones, y a que designen puntos de contacto apropiados y difundan esa información a todos los Estados Miembros por conducto de la OMS;
 - 3) a que muestren al público el valor y la utilidad de Internet para obtener información sobre los productos médicos, así como la calidad de una parte de la información;
2. HACE UN LLAMAMIENTO a la industria, los profesionales de la salud y las organizaciones de consumidores y a otras partes interesadas para que:
 - 1) alienten a sus miembros, según proceda, a promover la formulación y el uso de prácticas adecuadas de información, coherentes con los principios incorporados en los Criterios éticos de la OMS para la promoción de medicamentos; y
 - 2) vigilen y notifiquen los casos y aspectos problemáticos de la publicidad, promoción y venta transfronterizas de productos médicos por medio de Internet;
3. PIDE al Director General:
 - 1) que aliente a la comunidad internacional a formular directrices para la autorregulación respecto de las prácticas adecuadas de información, en consonancia con los principios incorporados en los Criterios éticos de la OMS para la promoción de medicamentos;
 - 2) que prepare una guía modelo para que los Estados Miembros enseñen a quienes utilizan Internet el mejor modo de obtener información fiable, independiente y compatible sobre los productos médicos por medio de la red;
 - 3) que colabore con otras organizaciones e instituciones internacionales apropiadas en cuestiones relativas a Internet y los productos médicos;
 - 4) que inste a los Estados Miembros a que establezcan o fortalezcan sus mecanismos de vigilancia y estudio de la publicidad, promoción y venta transfronterizas de productos médicos por medio de Internet, y facilite la asistencia técnica que se precise;
 - 5) que inste a los Estados Miembros a que adopten medidas reglamentarias, cuando proceda, para los casos de violación de sus leyes nacionales relativas a la publicidad, promoción y venta transfronterizas de productos médicos por medio de Internet;
 - 6) que aliente a los Estados Miembros y a las organizaciones no gubernamentales interesadas a que notifiquen a la OMS los casos y aspectos problemáticos de la publicidad, promoción y venta transfronterizas de productos médicos por medio de Internet, y que informe a los Estados Miembros, según proceda, de los casos y aspectos problemáticos.

ELIMINACIÓN MUNDIAL DEL TRACOMA CAUSANTE DE CEGUERA

El Consejo Ejecutivo,

Visto el informe del Director General sobre la eliminación mundial del tracoma causante de ceguera,

RECOMIENDA a la 51ª Asamblea Mundial de la Salud que adopte la resolución siguiente:

La 51ª Asamblea Mundial de la Salud,

Recordando las resoluciones WHA22.29, WHA25.55 y WHA28.54 sobre la prevención de la ceguera;

Consciente de los esfuerzos ya desplegados y los progresos realizados en la lucha mundial contra las enfermedades oculares infecciosas, en particular el tracoma;

Observando que el tracoma causante de ceguera sigue constituyendo un grave problema de salud pública en las poblaciones más pobres de 46 países endémicos;

Preocupada porque en la actualidad hay unos 146 millones de casos activos de la enfermedad, principalmente niños y mujeres, y porque hay además casi seis millones de personas ciegas o visualmente discapacitadas por causa del tracoma;

Reconociendo la necesidad de una acción de base comunitaria sostenible - que comprende la corrección quirúrgica de la triquiasis, la administración de antibióticos, la higiene facial y mejoras ambientales (la estrategia SAFE) - para la eliminación del tracoma causante de ceguera en los países endémicos restantes;

Alentada por los recientes progresos realizados hacia una determinación más sencilla y una mejor atención de la enfermedad, inclusive medidas preventivas de gran escala dirigidas en particular hacia los grupos vulnerables;

Tomando nota con satisfacción del reciente establecimiento de la Alianza de la OMS para la Eliminación Mundial del Tracoma, integrada por determinadas organizaciones no gubernamentales y fundaciones colaboradoras, así como por otras partes interesadas,

1. EXHORTA a los Estados Miembros:

- 1) a que apliquen los nuevos métodos de detección rápida y trazado de mapas indicadores de la presencia de tracoma causante de ceguera en las restantes zonas endémicas;
- 2) a que apliquen, según sea necesario, la estrategia SAFE para la eliminación del tracoma causante de ceguera;
- 3) a que colaboren en la Alianza para la Eliminación Mundial del Tracoma y su red de partes interesadas para la coordinación mundial de la acción y la prestación de apoyo específico;
- 4) a que consideren todos los métodos intersectoriales posibles de desarrollo comunitario en las zonas endémicas, en particular para que las poblaciones afectadas tengan mayor acceso al agua y al saneamiento básico;

2. PIDE al Director General:

- 1) que intensifique la cooperación necesaria con los Estados Miembros en los que la enfermedad es endémica con objeto de eliminar el tracoma causante de ceguera;
- 2) que perfeccione aún más los componentes de la estrategia SAFE para la eliminación del tracoma, en particular mediante investigaciones operacionales y la consideración de nuevos tratamientos posibles, con antibióticos u otros, para aplicar sin riesgos y en gran escala;
- 3) que refuerce la colaboración entre organismos, en particular con el UNICEF y el Banco Mundial, para movilizar el apoyo mundial necesario;
- 4) que facilite la movilización de fondos extrapresupuestarios;
- 5) que informe sobre los progresos realizados, según corresponda, al Consejo Ejecutivo y a la Asamblea de la Salud.

= = =

(FIGURA)

nuevos casos (millares por año)

esfuerzo actual

Las líneas representan, de arriba hacia abajo: la situación sin ningún cambio en el esfuerzo de lucha, y las situaciones en caso de que las metas de la OMS (detección del 70% de los casos y curación del 85%) se alcancen en el año 2020, el año 2010 y el año 2000.