



## Aplicación de resoluciones (informes sobre los progresos realizados)

### Informe de la Secretaría

#### ÍNDICE

	<b>Página</b>
A. Reducción de la mortalidad por sarampión en el mundo (resolución WHA56.20)	2
B. Síndrome respiratorio agudo severo (SRAS) (resolución WHA56.29)	4
C. Prevención integrada de las enfermedades no transmisibles (resolución WHA55.23)	5
D. Calidad de la atención: seguridad del paciente (resolución WHA55.18)	7
E. Nutrición del lactante y del niño pequeño: informe bienal sobre los progresos realizados (resolución WHA33.32)	9
F. Derechos de propiedad intelectual, innovación y salud pública (resolución WHA56.27)	12
G. Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (resolución WHA56.1)	14

## **A. REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MUNDIAL POR SARAMPIÓN EN EL MUNDO**

1. En su resolución WHA56.20, la 56ª Asamblea Mundial de la Salud destacó la importancia de alcanzar la meta mundial de reducir a la mitad, para 2005, el número de muertes por sarampión respecto del número registrado en 1999 (869 000 muertes). Se calcula que el 95% de esas muertes ocurrieron en tan sólo 45 países (véase la figura 1), y más del 50% en la Región de África. El principal motivo de la elevada mortalidad por sarampión es que no se administra a todos los niños al menos una dosis de la vacuna contra el sarampión.

2. Las muertes por sarampión se pueden evitar utilizando las vacunas y las estrategias actualmente disponibles. En el Plan Estratégico de la OMS y el UNICEF para reducir la mortalidad por sarampión en el periodo 2001-2005 se esboza una estrategia global para la reducción sostenible de la mortalidad por sarampión. Tal estrategia consiste en fortalecer los servicios de inmunización sistemática; ofrecer a todos los niños una segunda oportunidad de vacunación contra el sarampión, ya sea en el marco de los servicios de inmunización sistemática o mediante la realización periódica de actividades suplementarias de inmunización; aplicar medidas de vigilancia del sarampión, y mejorar el tratamiento de los casos con ayuda de suplementos de vitamina A. El Plan Estratégico prevé reforzar las actividades orientadas a reducir la mortalidad por sarampión en 45 países prioritarios.

3. Las tasas de vacunación contra el sarampión varían considerablemente de una región a otra. Si bien la cobertura media de inmunización sistemática se ha mantenido a un nivel relativamente constante entre 1999 (71%) y 2002 (73%), se han registrado importantes progresos en la Región de Asia Sudoriental, donde la cobertura aumentó del 58% al 70%. En la Región de África pasó del 52% al 59%.

4. En 2002, el 85% de los Estados Miembros proporcionaba a los niños una segunda oportunidad de inmunización contra el sarampión, frente a un 83% en 2001. Esa segunda oportunidad de vacunación se ofrece mediante la aplicación de una pauta de inmunización sistemática con dos dosis, y/o la realización periódica de actividades suplementarias de inmunización contra el sarampión.

5. A finales de 2003 se habían realizado actividades de inmunización suplementaria en 29 (64%) de los 45 países prioritarios. Desde 2001, con el apoyo de la Iniciativa de Lucha contra el Sarampión en África,<sup>1</sup> se ha proporcionado una segunda oportunidad de inmunización contra el sarampión a más de 120 millones de niños africanos de entre nueve meses y 15 años de edad. Esta alianza movilizó más de US\$ 80 millones para apoyar las actividades orientadas a reducir la mortalidad por sarampión.

6. Se está promoviendo la integración de las actividades destinadas a reducir la mortalidad por sarampión con otras actividades sanitarias. La distribución de suplementos de vitamina A, los tratamientos antihelmínticos, el suministro de mosquiteros tratados con insecticidas, y la vacunación contra la fiebre amarilla son algunas de las intervenciones de salud pública que se han realizado durante las campañas contra el sarampión.

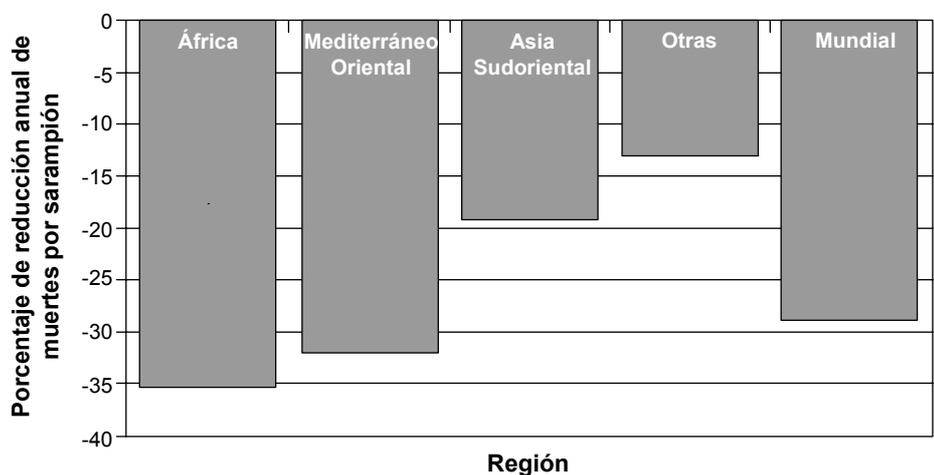
7. Esta intensificación de las actividades ha dado lugar a una considerable reducción del número estimado de muertes por sarampión en todo el mundo. La tasa mundial de mortalidad por sarampión disminuyó un 29% entre 1999 y 2002. Los mayores progresos se registraron en la Región de África, en la que

---

<sup>1</sup> Los principales asociados de la Iniciativa son la Cruz Roja Americana, los Centros de Control y Prevención de Enfermedades, el UNICEF, la OMS y la Fundación de las Naciones Unidas.



**Figura 2. Reducción estimada del número de muertes por sarampión, expresada en porcentajes y desglosada por regiones de la OMS 1999 - 2002**



WHO 04.52

## B. SÍNDROME RESPIRATORIO AGUDO SEVERO (SRAS)

11. La resolución WHA56.29 identificaba actividades prioritarias para responder al brote de síndrome respiratorio agudo severo (SRAS), que había comenzado a mediados de noviembre de 2002 en el sur de China y se había propagado a nivel internacional a finales de febrero de 2003. El 5 de julio de 2003 la OMS anunció que se había interrumpido la última cadena conocida de transmisión del coronavirus del SRAS entre personas, con lo que llegaba a su fin el primer brote. El presente informe describe las actividades subsiguientes orientadas a prevenir una reaparición o un rebrote de esa enfermedad.

12. En agosto de 2003 la OMS publicó en su sitio web directrices sobre alerta, verificación y gestión de la salud pública durante la fase posterior al brote del SRAS. En ellas se ofrecía orientación sobre la evaluación de riesgos; una definición de elementos que constituyen una alerta de SRAS; definiciones de casos desde el punto de vista clínico y de laboratorio, y medidas de salud pública aconsejadas en caso de alerta de SRAS. También se formulaban recomendaciones de vigilancia para cada uno de los tres niveles de riesgo de rebrote eventual del SRAS en una zona geográfica determinada, y se insistía en la necesidad de mantener una vigilancia continua. Próximamente se distribuirán nuevos documentos de orientación, entre ellos un plan mundial de preparación y respuesta.

13. Para facilitar la vigilancia continua la OMS ha difundido en octubre de 2003 un documento de consenso sobre la epidemiología del SRAS, y ha establecido criterios científicos de diagnóstico a través de una red internacional de laboratorios de referencia y verificación de casos de SRAS. En diciembre de 2003 se publicaron directrices de bioseguridad para la manipulación de muestras y cultivos del virus en la fase posterior al brote.

14. A fin de satisfacer las constantes necesidades de investigación, la OMS ha creado un Comité Consultivo de Investigaciones Científicas sobre el SRAS, cuya primera reunión, celebrada en octubre de 2003, fue seguida de talleres y reuniones independientes sobre trabajos de laboratorio, investigación clínica y desarrollo de vacunas. Los participantes en la reunión sobre trabajos de laboratorio evaluaron los progre-

sos realizados para satisfacer la apremiante necesidad de obtener una prueba de diagnóstico fiable, y hablaron también de la bioseguridad en el laboratorio. La reunión sobre investigación clínica tenía por objeto definir protocolos normalizados e internacionalmente aceptados para el ensayo clínico de tratamientos contra el SRAS. Si se produjera un segundo brote de SRAS, esos protocolos servirían para coordinar en tiempo real estudios de gran valor ético y científico, realizados con arreglo a un protocolo común, en todos los sitios donde se declarase un brote. Se espera que esos procedimientos reduzcan el tiempo necesario para obtener resultados concluyentes en beneficio de todos los enfermos y alienten la aplicación de tratamientos uniformes en todo el mundo. En la tercera reunión se examinaron los progresos realizados en el desarrollo y la evaluación de posibles vacunas contra el SRAS, y se acordaron líneas prioritarias de investigación. Prosiguen los trabajos orientados a desarrollar una vacuna contra el SRAS. Se prevé realizar una segunda reunión de este Comité en la primera mitad de 2004.

15. Un segundo brote de SRAS podría tener dos orígenes diferentes. La enfermedad podría propagarse a raíz de un accidente en alguno de los numerosos laboratorios que disponen de muestras clínicas para realizar investigación sobre el virus. Asimismo, la enfermedad podría reaparecer como consecuencia del contacto humano con un reservorio animal u otra fuente ambiental. Se ha expresado preocupación por la posibilidad de que el SRAS siga un patrón estacional similar al de muchas enfermedades respiratorias provocadas por virus, incluidos otros coronavirus.

16. Durante la fase posterior al brote, incluida la crítica estación invernal, se ha mantenido una estricta vigilancia de todas las fuentes que pudieran originar un rebrote del SRAS, y ello se ha reflejado en la notificación e investigación de varios casos sospechosos. En seis de esos casos se pudo comprobar a través de pruebas de laboratorio la infección con el virus del SRAS. Dos de los seis casos estaban relacionados con accidentes en laboratorios de Singapur y Taiwán (China). Entre diciembre de 2003 y enero de 2004 se notificaron los otros cuatro casos, debido a contagio extrahospitalario de SRAS, en la provincia de Guangdong (China). La pronta detección y el adecuado tratamiento de los seis casos evitaron posteriores contagios y demostraron la importancia de los planes de preparación.

### **C. PREVENCIÓN INTEGRADA DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES**

17. Las enfermedades no transmisibles son la principal causa de muerte y discapacidad en todo el mundo. Las cuatro enfermedades no transmisibles más importantes (enfermedades cardiovasculares, cáncer, neumopatía obstructiva crónica y diabetes de tipo 2) están estrechamente relacionadas con factores de riesgo biológicos prevenibles comunes (entre los que se destacan la hipertensión, la hipercolesterolemia y el sobrepeso) y con importantes factores de riesgo conductuales relacionados con ellos (alimentación poco sana, inactividad física y consumo de tabaco). Las medidas preventivas deberían centrarse en el control integrado de estos y otros factores de riesgo principales.

18. La estrategia mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, cuya formulación se pedía en la resolución WHA51.18, fue presentada a la 53ª Asamblea Mundial de la Salud.<sup>1</sup> El presente documento responde a la petición efectuada en la resolución WHA55.23, para que se presentara a la actual Asamblea de la Salud un informe sobre los progresos realizados en materia de prevención integrada de las enfermedades no transmisibles.

---

<sup>1</sup> Documentos A53/14 y WHA53/2000/REC/3, acta resumida de la séptima sesión de la Comisión A.

19. Asimismo, en la resolución WHA55.23 se pedía a la Directora General que, en el marco de la estrategia renovada para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, elaborara una estrategia mundial en materia de régimen alimentario, actividad física y salud, basada en criterios multidisciplinarios y multisectoriales, y fortaleciera la colaboración con otras organizaciones del sistema de las Naciones Unidas y con otros asociados.

### **Acciones emprendidas y progresos realizados**

20. El apoyo a los Estados Miembros en lo relativo a la prevención incluyó la adopción del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco y la celebración de consultas con las numerosas partes interesadas en la formulación de la estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud.

21. La estrategia mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles promueve la formación de alianzas y redes, e incluye el suministro de apoyo técnico y estratégico para la investigación y el desarrollo. Entre los progresos realizados se cuentan la creación de un foro mundial y redes regionales, la aplicación de medidas preventivas integradas y el fomento de la creación de capacidad. También se ha hecho hincapié en la vigilancia, la investigación de la eficacia de los programas basados en la comunidad, y el apoyo a los países.

### **Principales componentes de la prevención**

22. Las redes de programas nacionales o de demostración para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles se encuentran en diferentes fases de desarrollo. El Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de las Enfermedades No Transmisibles (CARMEN), en las Américas, y el programa de intervención integrada de alcance nacional en enfermedades no transmisibles (CINDI), en Europa, son dos redes bien establecidas de programas nacionales de prevención basados en la comunidad. La red de intervenciones sobre las enfermedades no transmisibles en África y la red del Mediterráneo Oriental para las enfermedades no transmisibles comenzaron a funcionar en 2001. En el Pacífico Occidental funciona una red con carácter oficioso, y en la Región de Asia Sudoriental se está estableciendo una red.

23. El Foro Mundial para la Prevención y el Control Integrado de las Enfermedades No Transmisibles, puesto en marcha por la OMS en 2000, agrupa a estas redes regionales, las organizaciones no gubernamentales internacionales, los organismos de desarrollo, los centros colaboradores de la OMS y las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas. El Foro es un instrumento importante para establecer y mantener normas mediante el intercambio de información y directrices, y ha dado mayor relieve a la prevención de las enfermedades no transmisibles.

24. A través de sus oficinas regionales, la OMS ha fomentado los programas de prevención en los Estados Miembros, proporcionando asesoramiento y asistencia técnica a varios de ellos en lo concerniente a la elaboración y evaluación de programas nacionales, mediante asignaciones de personal por corto plazo.

25. Se está haciendo hincapié en la creación de capacidad orientada al fortalecimiento del personal y las instituciones con miras a reducir los factores de riesgo, preparar políticas y estrategias, crear programas nacionales o de demostración, y llevar a cabo las tareas de vigilancia y evaluación. Las oficinas regionales, con el concurso de los centros colaboradores de la OMS, han iniciado programas de formación sobre prevención integrada. En 2002 se inició un estudio de investigación de la OMS para determinar la efectividad de los programas de prevención y control basados en la comunidad.

## Lucha contra los principales factores de riesgo conductuales

26. **Consumo de tabaco.** La adopción del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco abre una nueva era en las actividades nacionales y mundiales de control del tabaco. El Convenio Marco es un instrumento que permitirá reducir la tasa de mortalidad debida al consumo de tabaco. Teniendo en cuenta que en la resolución WHA56.1 se instaba a todos los Estados y organizaciones de integración económica regional a que adoptaran todas las medidas oportunas para frenar el consumo de tabaco, muchos ministerios de los gobiernos (por ejemplo, los de salud, hacienda, finanzas, trabajo y agricultura) están colaborando estrechamente por primera vez en estos complejos temas.

27. **Inactividad física.** En la resolución WHA55.23 se instaba a los Estados Miembros a celebrar anualmente un día bajo el lema «Por tu salud, muévete», tras el éxito del Día Mundial de la Salud de 2002, cuyo acto inaugural tuvo lugar en São Paulo (Brasil). La Directora General participó en dichos actos como reconocimiento a la campaña «*Agita São Paulo*» destinada a promover la actividad física y los comportamientos saludables. La iniciativa «Por tu salud, muévete» ha suscitado un considerable grado de interés y compromiso de los dirigentes políticos en muchos Estados Miembros.

28. **Alimentación poco saludable.** El proyecto de estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud se examinará en el marco del punto 12.6 del orden del día.

## D. CALIDAD DE LA ATENCIÓN: SEGURIDAD DEL PACIENTE

29. La resolución WHA55.18 instaba a los Estados Miembros a prestar la máxima atención posible a la cuestión relativa a la seguridad del paciente, y pedía a la Directora General, entre otras cosas, que elaborara normas, patrones y directrices pertinentes; promoviera la formulación de políticas basadas en pruebas científicas; alentara las investigaciones sobre la seguridad del paciente; apoyara los esfuerzos de los Estados Miembros orientados a desarrollar mecanismos para reconocer la excelencia en materia de seguridad del paciente a nivel internacional; y fomentara una cultura de la seguridad en el seno de las organizaciones de la salud.

30. En respuesta a esas peticiones, la OMS ha establecido un programa que aborda cuestiones generales concernientes a la seguridad del paciente y ha creado un grupo de trabajo que concentra el funcionamiento de todas las actividades pertinentes de la OMS. La Organización está preparando un sitio web sobre seguridad del paciente con el fin de facilitar la comunicación internacional. A continuación se reseñan los progresos realizados en diferentes áreas relativas a la seguridad del paciente.

31. **Estimación de riesgos.** Para otorgar mayor prioridad a las políticas sobre seguridad del paciente y promover el desarrollo de estrategias orientadas a prevenir y mitigar los efectos de hechos adversos, es importante adquirir un mejor conocimiento del carácter y la magnitud del problema. La OMS ha examinado los métodos existentes para la estimación de riesgos en la esfera de la atención de salud, y actualmente está desarrollando un instrumento de evaluación rápida para su uso en situaciones en las que se dispone de pocos datos.

32. **Taxonomía.** La OMS está desarrollando una nomenclatura y una taxonomía de errores médicos y deficiencias en los sistemas de atención de salud. Esto asegurará un entendimiento común de los conceptos y términos conexos relativos a seguridad del paciente, y facilitará la colaboración y el intercambio de información a nivel internacional.

33. **Sistemas de notificación y aprendizaje.** Los sistemas de notificación y aprendizaje son esenciales para mejorar la seguridad del paciente por cuanto permiten extraer lecciones de los hechos adversos producidos o que se haya logrado evitar. La OMS está preparando directrices para esos sistemas, identificando las prácticas óptimas y promoviendo su adopción en los países.

34. **Agentes de atención sanitaria.** Informes recientes han revelado los efectos de las condiciones de trabajo de los agentes de atención sanitaria sobre la calidad y seguridad de la atención al paciente. Se están preparando documentos informativos que demuestran los efectos de la combinación de especialidades del personal sobre la cultura institucional y la seguridad mejorada del paciente.

35. **Procedimientos esenciales de atención clínica.** La OMS ha puesto en marcha actividades para mejorar el desarrollo de la capacidad de los Estados Miembros. Esas actividades incluyen la capacitación de personal de salud en centros sanitarios de referencia de primer nivel, a través de la colaboración con asociados locales e internacionales; la aplicación de las directrices de la OMS sobre procedimientos seguros de emergencia y quirúrgicos; y la utilización de equipo seguro en las áreas de traumatología, obstetricia y anestesia.

36. **Seguridad del embarazo.** La iniciativa Reducir los Riesgos del Embarazo contribuye a fortalecer la capacidad de los países para proporcionar los cuidados continuos requeridos a través del embarazo, el parto y el periodo postnatal. La iniciativa está orientada a mejorar el acceso a la atención, así como el suministro, la utilización y la calidad de la misma; desarrollar recursos humanos; y reforzar el apoyo comunitario.

37. **Seguridad de las inyecciones.** A fin de apoyar a los Estados Miembros en la planificación, ejecución y evaluación del uso seguro y apropiado de inyecciones, la OMS realiza cuatro actividades principales destinadas a aumentar la sensibilización; mejorar la disponibilidad de inyecciones de un solo uso y de cajas de seguridad en los centros sanitarios; asegurar que las instituciones donantes y crediticias que apoyan el suministro de productos inyectables proporcionen material de inyección que no pueda ser reutilizado y cajas de seguridad; y promover la gestión adecuada de jeringas, agujas usadas y residuos conexos.

38. **Seguridad de la inmunización.** La OMS procura fortalecer la capacidad nacional para velar por la seguridad de la inmunización y, en particular, prevenir y detectar hechos adversos derivados de la inmunización y responder rápidamente a los mismos. La utilización de jeringas autoinutilizables se ha introducido en casi la mitad de todos los países no industrializados. Existen sistemas de vigilancia documentada en casi la mitad de los Estados Miembros, y se han evaluado 49 sistemas nacionales. El Comité Consultivo Mundial sobre Inocuidad de las Vacunas, establecido para responder rápidamente, eficientemente y con rigor científico a cuestiones relacionadas con la inocuidad de las vacunas, contribuye considerablemente a promover las actividades mencionadas.

39. **Seguridad de las transfusiones sanguíneas.** La OMS colabora con los Estados Miembros para promover la coordinación nacional de los servicios de transfusión sanguínea que disponen de sistemas de calidad eficaces para la obtención, análisis, procesamiento y utilización de la sangre. La Organización promueve la hemovigilancia como un sistema de supervisión que abarca todas las actividades, desde la donación hasta el seguimiento de los receptores, con el fin de evaluar cualquier efecto indeseable derivado de la transfusión sanguínea.

40. **Dispositivos médicos.** La OMS promueve normas internacionales, especificaciones de funcionamiento, precalificación de proveedores, desarrollo de la capacidad para utilizar y mantener apropiadamente los equipos, y procedimientos normalizados de alertas y retirada de productos. Los principios rectores

de la OMS sobre la reglamentación concerniente a dispositivos médicos tienen por finalidad apoyar a los Estados Miembros en la aplicación de los reglamentos nacionales.<sup>1</sup>

41. **Vigilancia farmacéutica.** El Programa OMS de Vigilancia Farmacéutica Internacional abarca actividades realizadas por la OMS, el Centro Colaborador de la OMS para la Vigilancia Farmacéutica Internacional (Uppsala, Suecia) y 73 Estados Miembros. El Programa asegura el intercambio de información relativa a medicamentos, promueve la farmacovigilancia en los Estados Miembros y fomenta la colaboración entre los países.

42. **Centros de toxicología.** La OMS es la unidad central del Programa Internacional de Seguridad de las Sustancias Químicas (IPCS), un programa conjunto de la OMS, el PNUMA y la OIT. Las principales actividades del IPCS incluyen la difusión de información sobre sustancias tóxicas y la prevención y gestión de intoxicaciones. Existen centros de toxicología en más de 80 países, relacionados a través del IPCS, que pueden ser un punto de referencia en cuestiones relativas a la seguridad del paciente, entre ellas las concernientes a antídotos y otros tratamientos de emergencia. El IPCS trabaja con el Centro Colaborador de la OMS para la Vigilancia Farmacéutica Internacional con miras a promover el desarrollo de la capacidad, la presentación armonizada de datos y una mayor sensibilización respecto de cuestiones de seguridad.

43. Todas las **oficinas regionales** están desarrollando actividades orientadas a mejorar la seguridad del paciente. Sobre la base de diversas actividades en curso, todas las regiones han establecido iniciativas especialmente orientadas a abordar cuestiones relativas a la seguridad del paciente. Las oficinas regionales colaboran estrechamente con los Estados Miembros para asegurar la inocuidad de los medicamentos, vacunas, prácticas de laboratorio y procedimientos de atención de salud, y mejorar el control de las infecciones hospitalarias. Además, participan plenamente en los trabajos de toda la Organización relativos a factores generales de seguridad del paciente, y en el fomento de la colaboración internacional.

44. En 2004 la OMS establecerá una **alianza internacional** para la seguridad del paciente. La iniciativa reunirá a países, organismos y especialistas interesados en la promoción de la seguridad del paciente en los Estados Miembros. La alianza procurará acelerar las mejoras en la esfera de seguridad del paciente a través de sus funciones principales, a saber: prestar apoyo a la formulación de políticas sobre la seguridad del paciente y el empleo de prácticas óptimas; facilitar a los Estados Miembros la evaluación de los progresos realizados en materia de seguridad del paciente; y realizar trabajos de información, investigación y búsqueda de soluciones a nivel mundial.

45. La alianza alentará a diversos sectores a adoptar medidas concertadas, con el objetivo inicial de lograr una adecuada representación de todas las regiones de la OMS y, en última instancia, la participación de todos los Estados Miembros.

## **E. NUTRICIÓN DEL LACTANTE Y DEL NIÑO PEQUEÑO: INFORME BIENAL SOBRE LOS PROGRESOS REALIZADOS**

46. El logro de los objetivos y metas establecidos en la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas depende de la reducción de la malnutrición, que a su vez está relacionada con el 54% de los 10,8 millones de defunciones anuales de niños menores de cinco años. En recientes Asambleas de la Salud se ha instado

---

<sup>1</sup> *Medical device regulations: global overview and guiding principles.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003.

a los Estados Miembros a realizar esfuerzos para proporcionar la plena cobertura a través de intervenciones de eficacia reconocida.<sup>1</sup>

47. Después de la aprobación de la **Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño** (resolución WHA55.25), la OMS emprendió en todas las regiones actividades destinadas a poner en práctica las recomendaciones. Se celebraron reuniones en Harare (noviembre de 2002), Casablanca (Marruecos, julio de 2003) y Luxemburgo (noviembre de 2003), y se llevaron a cabo asimismo reuniones nacionales,<sup>2</sup> por ejemplo las organizadas por el UNICEF y organizaciones no gubernamentales colaboradoras.<sup>3</sup> Además, la OMS convocó una reunión mundial sobre los progresos realizados en la aplicación de la estrategia.<sup>4</sup> Mientras tanto, la OMS y sus asociados<sup>5</sup> están preparando diversos recursos prácticos, tales como instrumentos de evaluación<sup>6</sup> y directrices.<sup>7</sup>

48. No obstante el aumento general de la lactancia natural exclusiva durante los primeros cuatro meses de vida,<sup>8</sup> que del 19% registrado en 1990 ascendió al 38% en 2002, las prácticas están muy por debajo de la recomendación de la OMS en materia de salud pública mundial, a saber: **proporcionar lactancia natural exclusiva durante los primeros seis meses de vida**, y posteriormente una alimentación complementaria apropiada e inocua junto con la continuación de la lactancia natural hasta los dos años de edad o más (resolución WHA54.2). Con miras a fomentar la **alimentación complementaria** apropiada, la OMS ha elaborado directrices<sup>9</sup> e instrumentos para promover su utilización.<sup>10</sup>

---

<sup>1</sup> Véanse especialmente las resoluciones WHA54.2 y WHA55.25. El presente informe se presenta de conformidad con la resolución WHA33.32 y el artículo 11.7 del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna.

<sup>2</sup> En Bolivia, Botswana, Camboya, China, Egipto, Etiopía, Ghana y Viet Nam. Desde la Conferencia Internacional FAO/OMS sobre Nutrición (Roma, 1992) 146 Estados Miembros y cinco territorios han revisado y fortalecido sus políticas intersectoriales en materia de alimentación y nutrición, y 100 de ellos han adoptado estrategias específicas para promover prácticas apropiadas de alimentación del lactante y del niño pequeño.

<sup>3</sup> En Egipto, India, Malasia, Perú y Viet Nam.

<sup>4</sup> Implementing the global strategy for infant and young child feeding, Ginebra, 3 a 5 de febrero de 2003 ([http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/NUTRITION/ISBN\\_92\\_4\\_159120\\_X.htm](http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/NUTRITION/ISBN_92_4_159120_X.htm)).

<sup>5</sup> Entre ellos el UNICEF, la FAO, la OIT, el Proyecto LINKAGES, la Red Internacional de Grupos Proalimentación Infantil, la Liga Internacional La Leche y la Alianza Mundial Prolactancia Materna.

<sup>6</sup> *Infant and young child feeding: a tool for assessing national practices, policies and programmes*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003.

<sup>7</sup> *Integrated Management of Childhood Illness: planning, implementing and evaluating pre-service training*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003; *Feeding and nutrition of infants and young children: Guidelines for the WHO European Region, with emphasis on the former Soviet countries*. Copenhague, Oficina Regional de la OMS para Europa (European Series, N° 87), 2003.

<sup>8</sup> Aunque la variable preferida para el análisis es la recomendación de seis meses de lactancia natural exclusiva, todavía no se dispone de datos suficientes al respecto procedentes de estudios nacionales. Las autoridades competentes de casi 60 Estados Miembros, entre los que a mediados de 2003 figuraban Australia, Belarús, Bosnia, Bulgaria, Eslovaquia, Francia, Georgia, Irlanda, República Checa y el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, recomiendan oficialmente seis meses de lactancia natural exclusiva.

<sup>9</sup> *Guiding principles for complementary feeding of the breastfed child*. Washington, DC, OPS/Organización Mundial de la Salud, 2003.

<sup>10</sup> *Complementary feeding: family foods for breastfed children*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2001 (disponible en bahasa indonesio, inglés, khmer, laosiano y mongol); y *Complementary feeding counselling: a training course*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003.

49. A raíz del **estudio multicéntrico de la OMS sobre el patrón de crecimiento** (1997-2003) realizado en el Brasil, los Estados Unidos de América, Ghana, la India, Noruega y Omán, se están desarrollando instrumentos científicamente idóneos para evaluar el crecimiento y el estado nutricional, que permitirán establecer la lactancia natural infantil como una norma. El objetivo consiste en lograr, para 2010, que la mayor parte de los 99 países que actualmente utilizan el patrón de crecimiento del National Center for Health Statistics/OMS utilicen los nuevos patrones.

50. A fin de proporcionar orientación en lo concerniente a la **lactancia en circunstancias especiales relacionadas con el VIH/SIDA**, la OMS y otras ocho organizaciones del sistema de las Naciones Unidas promueven un marco de acción orientado a crear y mantener entornos que alienten la lactancia apropiada para todos los lactantes y, al mismo tiempo, permitan incrementar el número de intervenciones destinadas a reducir la transmisión del VIH.<sup>1</sup> El marco se complementa con directrices actualizadas y una revisión técnica.<sup>2</sup> Asimismo, la OMS ha desarrollado un instrumento para evaluar opciones de lactancia, y fichas para ayudar a los trabajadores del sector de la salud a proporcionar asesoramiento a las madres a ese respecto. Actualmente se dispone de recomendaciones actualizadas sobre las necesidades energéticas y nutricionales de los niños con VIH/SIDA,<sup>3</sup> y se están elaborando principios rectores para la alimentación de niños que no han sido amamantados.

51. La Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño insta a revitalizar la **Iniciativa «Hospitales amigos del niño»** que se está aplicando en más de 19 000 hospitales de 138 países. La OMS está difundiendo un instrumento de evaluación y vigilancia<sup>4</sup> y elaborando recomendaciones para que en los hospitales amigos del niño se preste apoyo a las madres VIH-positivas. El curso de capacitación para directores de hospital<sup>5</sup> se está adaptando en consecuencia.

52. Unos 165 (86%) de los 192 Estados Miembros de la OMS han presentado por lo menos un informe sobre las medidas adoptadas para aplicar el **Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna**. El nuevo impulso proporcionado al Código Internacional es uno de los objetivos operativos de la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño<sup>6</sup> y forma parte del marco de acción para la alimentación del lactante y del niño con VIH.<sup>1</sup> Desde el último informe presentado a la Asamblea de la Salud<sup>7</sup> se dispone de nueva información sobre ocho Estados Miembros, a saber: **Azerbaiyán** (que prohíbe toda forma de patrocinio de la profesión médica por parte de las empresas); **Brasil** (que actualizó y fortaleció su legislación); **India** (proyecto de enmienda de 2003, que refuerza la

<sup>1</sup> *HIV and infant feeding: framework for priority action*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003.

<sup>2</sup> OMS, UNICEF, ONUSIDA. *HIV and infant feeding: Guidelines for decision-makers; A guide for health care managers and supervisors*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003; y OMS, UNICEF, ONUSIDA. *A review of HIV transmission through breastfeeding* (en imprenta).

<sup>3</sup> *Nutrient requirements of people living with HIV/AIDS: report of a technical consultation*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004.

<sup>4</sup> WHO, UNICEF and Wellstart Internacional. *The Baby-friendly Hospital Initiative. Monitoring and reassessment tools to sustain progress* (documento WHO/NHD/99.2).

<sup>5</sup> *Promoting breastfeeding in health facilities: a short course for administrators and policy-makers* (documento WHO/NHD/96.3).

<sup>6</sup> «... una prioridad de la estrategia mundial para todos los gobiernos es ... estudiar qué nuevas leyes u otras medidas se necesitan, como parte de una política integral sobre la alimentación del lactante y del niño pequeño, y poner en práctica los principios y el fin del Código Internacional ... y las subsiguientes resoluciones pertinentes de la Asamblea de la Salud» (Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003, párrafo 33).

<sup>7</sup> Documento A55/14.

Ley de 1993<sup>1</sup> mediante la prohibición de la promoción de productos destinados a la alimentación de los menores de dos años de edad); **Malasia** (enmienda de la reglamentación sobre alimentación de 1985, por la que se prohíbe la promoción y la publicidad de otro producto mediante cualquier material descriptivo adjunto a las preparaciones para lactantes); **Micronesia y Palau** (que están elaborando o esperando la aprobación de medidas nacionales); **Niue** (que ha incluido el Código en su política nacional de salud); y **Pakistán** (ordenanza sobre la protección de la lactancia natural y la nutrición infantil (26 de octubre de 2002), que abarca todos los productos destinados a la alimentación durante el primer año de vida).<sup>2</sup> La OMS ha respondido a las peticiones de asistencia técnica de Australia, Bahrein, Camboya, Nueva Zelanda y Turquía. En noviembre de 2003 la OMS, el UNICEF y la Red Internacional de Grupos pro Alimentación Infantil, organizaron conjuntamente actividades de capacitación para aplicar el Código destinadas a los Estados Miembros de la Región de las Américas. En abril de 2002, la Asociación Internacional de Pediatría reafirmó ante la Directora General su apoyo al Código Internacional y a las subsiguientes resoluciones pertinentes de la Asamblea de la Salud.

## F. DERECHOS DE PROPIEDAD INTELECTUAL, INNOVACIÓN Y SALUD PÚBLICA

53. En la resolución WHA56.27 sobre derechos de propiedad intelectual, innovación y salud pública, la Asamblea de la Salud pedía a la Directora General que adoptara ciertas medidas en esa esfera, que se resumen a continuación:

- apoyar a los Estados Miembros en lo concerniente a la transferencia de tecnología relativa a los medicamentos pertinentes;
- establecer un órgano de duración limitada encargado de elaborar un análisis de los derechos de propiedad intelectual, la innovación y la salud pública, y presentar un informe sobre los progresos realizados a la 57ª Asamblea Mundial de la Salud;
- cooperar con los Estados Miembros que lo soliciten, así como con las organizaciones internacionales, en el examen de las repercusiones sanitarias de los acuerdos internacionales pertinentes;
- alentar a los países desarrollados a que realicen investigaciones biomédicas y comportamentales con la participación, de ser posible, de países en desarrollo asociados.

54. En su 113ª reunión (enero de 2004) el Consejo Ejecutivo tomó conocimiento del mandato del órgano de duración limitada y de los criterios de selección de sus miembros.<sup>3</sup> Dicho mandato es el que figura a continuación:

*A la luz de la resolución WHA56.27, y durante su examen de los derechos de propiedad intelectual, la innovación y la salud pública, la Comisión hará lo siguiente:*

---

<sup>1</sup> *International Digest of Health Legislation*, 1993: 44:638.

<sup>2</sup> *International Digest of Health Legislation*, <http://www.who.int/idhl/> (Pak. 02.003).

<sup>3</sup> Documento EB113/INF.DOC./1.

- *resumir los datos existentes acerca de la prevalencia de las enfermedades de importancia para la salud pública, haciendo hincapié en las que afectan en particular a los pobres, así como sus repercusiones sociales y económicas;*
- *examinar el volumen y la distribución de las actividades en curso en materia de investigación y desarrollo e innovación centradas en esas enfermedades;*
- *estudiar la importancia y la eficacia de los regímenes de propiedad intelectual y otros mecanismos de creación de incentivos y financiación para estimular la investigación y la creación de nuevos medicamentos y otros productos contra esas enfermedades;*
- *analizar propuestas de mejora en las modalidades actuales de financiación y creación de incentivos, incluidos los derechos de propiedad intelectual, diseñadas para estimular la creación de nuevos medicamentos y otros productos, y facilitar el acceso a éstos;*
- *formular propuestas de acción concretas para los interesados directos en los planos nacional e internacional.*

55. El 12 de febrero de 2004, el Director General anunció la composición de la Comisión de Derechos de Propiedad Intelectual, Innovación y Salud Pública, que quedó integrada de la siguiente manera:

Presidenta:	Sra. Ruth Dreifuss, Presidenta de la Confederación Helvética en 1999 (Suiza)
Vicepresidente:	Dr. Rangunath Anand Mashelkar, Director General del Consejo de Investigaciones Científicas e Industriales (India)
Miembros:	Profesor Carlos Correa (Argentina) Profesor Mahmoud Fathalla (Egipto) Dra. Maria Freire (Estados Unidos de América) Profesor Trevor Jones (Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte) Sr. Tshediso Matona (Sudáfrica) Profesor Fabio Pammolli (Italia) Profesor Pakdee Pothisiri (Tailandia) Profesora Hiroko Yamane (Japón).

56. La primera reunión de la Comisión se celebrará los días 5 y 6 de abril de 2004 en Ginebra. Entre otros asuntos, la Comisión examinará su mandato, atribuciones y futuro programa de trabajo.

57. Con respecto a las demás cuestiones que figuran en la resolución WHA56.27, se están realizando trabajos para elaborar una base de conocimientos relativos a las consecuencias de los acuerdos multilaterales de comercio sobre la salud pública, incluidos los acuerdos sobre servicios y derechos de propiedad intelectual. Se está proporcionando capacitación y asistencia técnica para fortalecer la capacidad de la OMS en las regiones y en los Estados Miembros con miras a conocer cabalmente las repercusiones de esos acuerdos sobre la salud pública y actuar en consecuencia. Se están desarrollando indicadores para evaluar la información sobre, entre otras cosas, la aplicación del Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (incluidas las salvaguardias y flexibilidades en materia de salud pública). Esta evaluación servirá de base para formular políticas de salud pública y proporcionar asistencia técnica a los países. Asimismo, la OMS está ejecutando un proyecto de investigación sobre me-

dicamentos prioritarios para Europa y el mundo, orientado a dar prioridad a la necesidad de investigación farmacéutica centrada en la salud pública, como base para prestar apoyo oficial a esa investigación.

58. En el marco del Programa Especial PNUD/Banco Mundial/OMS de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales se han emprendido varios proyectos con el sector privado orientados al desarrollo de medicamentos novedosos para enfermedades desatendidas. El Programa incluye asimismo la cooperación con investigadores africanos en la formulación de un marco científico que permita evaluar productos naturales como potenciales medicamentos antipalúdicos. Además, el Programa ha permitido establecer vínculos de colaboración entre los sectores público y privado de los países desarrollados con sus pares de los países en desarrollo, con miras a facilitar el uso y la transferencia de herramientas modernas (por ejemplo, genómica, proteómica) a fin de reducir la brecha de conocimientos relativos a enfermedades desatendidas y facilitar la innovación por parte de los científicos de los países en desarrollo.

## **G. CONVENIO MARCO DE LA OMS PARA EL CONTROL DEL TABACO**

### **Reseña de la situación del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco**

59. El consumo de tabaco va en aumento en todo el mundo. En octubre de 2000, en respuesta a la globalización de la epidemia de enfermedades relacionadas con el tabaco, los Estados Miembros de la OMS entablaron negociaciones sobre un convenio marco de la OMS para el control del tabaco. Los Estados Miembros adoptaron por unanimidad el Convenio Marco para el Control del Tabaco, el primer tratado concertado en la OMS, durante la 56ª Asamblea Mundial de la Salud que tuvo lugar en mayo de 2003.<sup>1</sup> Al adoptar el Convenio, la OMS y sus Estados Miembros reconocieron que el Convenio Marco es un instrumento de salud pública muy eficaz para luchar a nivel mundial contra el consumo de tabaco y los estragos que provoca.

60. Al 26 de marzo de 2004, 100 Estados Miembros de la OMS habían firmado el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (véase el anexo 1).<sup>2</sup> Teniendo presente que el 29 de junio de 2004 vence el plazo para la firma del Convenio, la OMS aprovecha esta oportunidad para recordar a los ministros de salud y otros delegados en la Asamblea de la Salud la labor esencial que aún se debe realizar en lo concerniente al control del tabaco; se insta a los delegados a que alienten a sus respectivos gobiernos a firmar el Convenio Marco. La firma indica la intención de un Estado de adherirse al Convenio en una fecha posterior (véase en el anexo 2 un modelo de instrumento para otorgar plenos poderes al signatario). La ratificación, aceptación, aprobación o confirmación oficial son actos internacionales por los cuales los Estados o las organizaciones regionales de integración económica que ya han firmado el Convenio Marco contraen oficialmente las obligaciones dimanantes del Convenio.<sup>3</sup>

61. La OMS alienta a los Estados Miembros y a las organizaciones de integración económica regional que han firmado pero no han ratificado, aprobado, aceptado, o confirmado oficialmente el Convenio Mar-

---

<sup>1</sup> Resolución WHA56.1.

<sup>2</sup> Además, nueve Estados Miembros ya han ratificado o aprobado el Convenio.

<sup>3</sup> «Aceptación» y «aprobación» tienen el mismo significado jurídico internacional que «ratificación». La confirmación oficial es equivalente a la ratificación para las organizaciones de integración económica regional tales como la Comunidad Europea.

co, a que lo hagan a la mayor brevedad posible (véase en el anexo 2 un modelo de instrumento de ratificación).

62. Después del 29 de junio de 2004, el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco se cerrará a la firma. A partir de esa fecha, los Estados Miembros podrán pasar a ser Partes del Convenio Marco mediante su adhesión al mismo, un proceso de un solo paso equivalente a la ratificación. El Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco entrará en vigor el nonagésimo día a contar desde la fecha de depósito del cuadragésimo instrumento de ratificación, aprobación, aceptación, confirmación oficial o adhesión. Si bien 40 es el número mínimo de ratificaciones para la entrada en vigor, el objetivo es alcanzar el mayor número posible de Estados Miembros que ratifiquen, acepten, aprueben o confirmen oficialmente el Convenio Marco, o se adhieran al mismo, a fin de aprovechar todo el potencial del Convenio como un instrumento de salud pública mundial.

### **Actividades de la OMS como secretaría provisional del Convenio Marco**

63. Desde la adopción del Convenio Marco, la OMS ha prestado apoyo a talleres subregionales de sensibilización respecto del Convenio Marco, destinados a contribuir con los Estados Miembros en sus esfuerzos orientados a la firma y ratificación del Convenio, así como a la preparación de su aplicación. Se realizaron talleres en noviembre y diciembre de 2003 en Nairobi (para Estados de África oriental, Miembros de la Región de África de la OMS);<sup>1</sup> El Cairo (para Estados del Golfo Pérsico, Miembros de la Región del Mediterráneo Oriental de la OMS);<sup>2</sup> y en Bishkek (para Estados de Asia central, Miembros de la Región de Europa de la OMS).<sup>3</sup> Está previsto celebrar otras reuniones de sensibilización entre marzo y mayo de 2004, que tendrán lugar en Katmandú (para Estados Miembros de la Región de Asia Sudoriental de la OMS que son miembros de la Asociación de Asia Meridional para la Cooperación Regional y para otros Estados Miembros de la Región); en Nadi (Fiji) (para Estados Miembros de la Región del Pacífico Occidental de la OMS que son Estados insulares del Pacífico), y en San José (para Estados Miembros de la Región de las Américas de la OMS, que son Estados de América Central, y otros Estados Miembros de la Región). Se celebraron reuniones consultivas nacionales sobre el Convenio Marco con parlamentarios, en la Argentina, el Brasil, Kenya y la República Checa.

64. En el sitio web de la OMS se proporciona información detallada sobre la situación del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco.<sup>4</sup> Además, la OMS ha preparado y difundido material de información general sobre el Convenio y sobre procesos nacionales de desarrollo de la capacidad orientados a preparar a los países para aplicar el Convenio. Por último, la OMS está dispuesta a responder a las peticiones que le formulen las misiones diplomáticas en Ginebra y otros representantes gubernamentales en relación con el Convenio Marco y con otras cuestiones técnicas concernientes al tabaco.

---

<sup>1</sup> Los 10 países participantes fueron: Burundi, Comoras, Etiopía, Kenya, Madagascar, Malawi, República Unida de Tanzania, Rwanda, Seychelles y Uganda.

<sup>2</sup> Los siete países participantes fueron: Arabia Saudita, Bahrein, Egipto, Emiratos Árabes Unidos, Kuwait, Omán y Yemen.

<sup>3</sup> Los cinco países participantes fueron: Kazajstán, Kirguistán, Tayikistán, Turkmenistán y Uzbekistán.

<sup>4</sup> Dirección de Internet: [http://www.who.int/tobacco/fctc/signing\\_ceremony/country/list/en](http://www.who.int/tobacco/fctc/signing_ceremony/country/list/en).

### **Las próximas medidas**

65. La primera reunión del Grupo de Trabajo Intergubernamental de Composición Abierta sobre el Convenio Marco se celebrará del 21 al 25 de junio de 2004 de conformidad con el párrafo 7 de la resolución WHA56.1. El Grupo de Trabajo está encargado de examinar y preparar propuestas relativas a las cuestiones identificadas en el Convenio para su examen y adopción, según proceda, en la primera reunión de la Conferencia de las Partes.<sup>1</sup>

### **INTERVENCIÓN DE LA ASAMBLEA DE LA SALUD**

66. Se invita a la Asamblea de la Salud a tomar nota de los precedentes informes sobre los progresos realizados.

---

<sup>1</sup> Véase el documento A/FCTC/IGWG/1/1.

## SECCIÓN G. ANEXO 1

**ESTADOS MIEMBROS Y ORGANIZACIONES DE INTEGRACIÓN ECONÓMICA  
REGIONAL QUE HAN FIRMADO Y/O RATIFICADO EL CONVENIO  
MARCO DE LA OMS PARA EL CONTROL DEL TABACO  
(AL 26 DE MARZO DE 2004)<sup>1</sup>**

Región de África de la OMS (23)	Región de las Américas de la OMS (18)	Región del Mediterráneo Oriental de la OMS (8)	Región de Europa de la OMS (28 + la Comunidad Europea)	Región de Asia Sudoriental de la OMS (8)	Región del Pacífico Occidental de la OMS (15)
Argelia	Argentina	Egipto	Alemania	Bangladesh	Australia
Botswana	Belice	Kuwait	Austria	Bhután	China
Burkina Faso	Bolivia	Líbano	Bélgica	<b>India</b>	<b>Fiji</b>
Burundi	Brasil	Qatar	Bulgaria	Myanmar	Filipinas
Cabo Verde	Canadá	República	Comunidad	Nepal	Islas Marshall
Comoras	Chile	Árabe Siria	Europea	República	Japón
Congo	Costa Rica	República	Dinamarca	Popular	Malasia
Côte d'Ivoire	Ecuador	Islámica	Eslovaquia	Democrática	<b>Mongolia</b>
Etiopía	El Salvador	del Irán	Eslovenia	de Corea	<b>Nueva</b>
Gabón	Guatemala	Túnez	España	<b>Sri Lanka</b>	<b>Zelandia</b>
Gambia	Haití	Yemen	Finlandia	Tailandia	<b>Palau</b>
Ghana	Jamaica		Francia		República de
Madagascar	México		Georgia		Corea
Malí	Panamá		Grecia		Samoa
Mauricio	Paraguay		Hungría		Singapur
Mozambique	Trinidad		Irlanda		Tonga
Namibia	y Tabago		Islandia		Viet Nam
República	Uruguay		Israel		
Centrafricana	Venezuela		Italia		
República			Kirguistán		
Unida de			Lituania		
Tanzanía			Luxemburgo		
Senegal			<b>Malta</b>		
<b>Seychelles</b>			<b>Noruega</b>		
Sudáfrica			Países Bajos		
Uganda			Portugal		
			Reino Unido		
			de Gran		
			Bretaña e		
			Irlanda		
			del Norte		
			República		
			Checa		
			San Marino		
			Suecia		

<sup>1</sup> Los nueve Estados Miembros que ya han ratificado o aprobado el Convenio figuran en negrita.

SECCIÓN G. ANEXO 2

**(El presente instrumento será firmado por el Jefe del Estado,  
Jefe del Gobierno o Ministro de Asuntos Exteriores)**

**ACREDITACIÓN DE PLENOS PODERES**

**EL QUE SUSCRIBE, [nombre y título del Jefe del Estado, Jefe del Gobierno o Ministro de Asuntos Exteriores],**

**AUTORIZA POR LA PRESENTE A [nombre y título]** a firmar en nombre del Gobierno de **[nombre del país]**, a reserva de la ratificación, aceptación o aprobación, el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, adoptado por unanimidad el 21 de mayo de 2003 y depositado en poder del Secretario General de las Naciones Unidas el 13 de junio de 2003.

Hecho en **[lugar]** el **[fecha]**.

**[Firma]**

---

**(Para la firma del Jefe del Estado, Jefe del Gobierno o Ministro de Asuntos Exteriores)**

**INSTRUMENTO DE RATIFICACIÓN**

**CONSIDERANDO** que el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco fue adoptado el 21 de mayo de 2003 en Ginebra (Suiza),

**Y CONSIDERANDO** asimismo que dicho Convenio Marco para el Control del Tabaco ha sido firmado en nombre del Gobierno de **[nombre del país]** el **[fecha en que el país firmó el Convenio Marco para el Control del Tabaco]**,

**EL QUE SUSCRIBE, [nombre y título del Jefe del Estado, Jefe del Gobierno o Ministro de Asuntos Exteriores]**, declara que el Gobierno de **[nombre del país]**, tras examinar el Convenio antes mencionado, lo ratifica y se compromete fielmente a aplicar y observar las disposiciones que figuran en el mismo.

**EN TESTIMONIO DE LO CUAL**, he firmado el presente instrumento de ratificación en **[lugar]** el **[fecha]**.

**[Firma]**

= = =