



ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

CONSEJO EJECUTIVO
105^a reunión
Punto 8.2 del orden del día provisional

EB105/36
10 de noviembre de 1999

Aplicación de resoluciones y decisiones

Informe de la Secretaría

ÍNDICE

	Página
I. Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización	2
II. Estrategia revisada en materia de medicamentos	4
III. Promoción de la salud	6
IV. Eliminación de la transmisión de la enfermedad de Chagas	8
V. Cooperación técnica entre los países en desarrollo	10
VI. Nutrición del lactante y del niño pequeño	11
VII. La clonación en la salud humana	15
VIII. Erradicación de la poliomielitis	16

I. ALIANZA MUNDIAL PARA VACUNAS E INMUNIZACIÓN

1. En la resolución WHA44.4 se pide al Director General, entre otras cosas, que mantenga informado al Consejo Ejecutivo sobre los progresos relacionados con la Iniciativa en pro de la Vacuna Infantil. Un grupo de copatrocinadores, entre ellos la OMS, el UNICEF, el Banco Mundial, el PNUD y la Fundación Rockefeller, establecieron la Iniciativa en pro de la Vacuna Infantil tras la Cumbre Mundial en favor de la Infancia (Nueva York, 1990). La Iniciativa suponía un esfuerzo internacional colectivo destinado a aprovechar los últimos avances científicos para aumentar la protección contra las enfermedades infecciosas y simplificar la administración de vacunas.
2. Actualmente unos dos millones de niños siguen muriendo cada año de enfermedades que pueden prevenirse mediante las vacunas existentes, y varios millones más de vidas podrían salvarse si hubiera vacunas eficaces contra enfermedades como el SIDA, la tuberculosis y el paludismo.
3. Existe hoy un nuevo compromiso por parte de fundaciones filantrópicas, y un compromiso renovado por parte de los fabricantes de vacunas y de diversas instituciones del sector público, para hacer llegar esas vacunas a las generaciones de niños presentes y futuras. La Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización se estableció tras una serie de reuniones (Banco Mundial, Washington, marzo de 1998; Bellagio (Italia), marzo de 1999; Seattle (Estados Unidos), julio de 1999) y después de analizar en profundidad durante un año las actividades emprendidas por importantes asociados interesados en el campo de la inmunización.
4. La Alianza se ha creado para satisfacer el derecho de todo niño a estar protegido contra enfermedades prevenibles mediante vacunación que amenazan a la salud pública. Su misión consiste en salvar vidas infantiles y proteger la salud de la gente mediante el uso generalizado de vacunas seguras, haciendo especial hincapié en las necesidades de los países en desarrollo.
5. El principio básico de la Alianza es que los asociados acuerden una serie de objetivos compartidos a los que todos ellos puedan contribuir mediante una acción conjunta. La Alianza no es una nueva organización; es una agrupación que amplía la colaboración en pro de las vacunas y la inmunización y favorece la sinergia entre las contribuciones de los asociados.
6. Los objetivos estratégicos de la Alianza son los siguientes: i) mejorar el acceso a servicios de inmunización sostenibles; ii) ampliar el uso de todas las vacunas disponibles que son eficaces en función de los costos; iii) acelerar el desarrollo e introducción de nuevas vacunas; iv) acelerar las actividades de investigación y desarrollo de las vacunas y los productos relacionados que requieren específicamente los países en desarrollo; y v) hacer de la cobertura inmunitaria un componente esencial del diseño y evaluación de los sistemas de salud y las actividades de desarrollo internacionales. Se han adoptado metas provisionales a fin de asegurar que se reduzcan las desigualdades en el acceso a las vacunas dentro de un determinado plazo, así como para reducir la carga de enfermedades prevenibles, sobre todo en las poblaciones pobres.
7. La Alianza operará mediante los siguientes mecanismos:
 - un Fondo Mundial para Vacunas Infantiles destinado a facilitar i) la financiación de vacunas infrautilizadas y nuevas; ii) el fortalecimiento de la infraestructura de administración de vacunas; y iii) la investigación y el desarrollo de vacunas prioritarias para poblaciones y países pobres;
 - una Junta administrativa integrada inicialmente por 12 miembros, que demostrará el firme compromiso político de los asociados y proporcionará un foro para la adopción de decisiones

sobre objetivos y estrategias comunes. Los jefes ejecutivos de las organizaciones asociadas, por razón de su cargo, se sucederán como presidentes de la Junta cada dos años. La Directora General de la OMS ha aceptado actuar como Presidenta durante los dos primeros años, y la Directora Ejecutiva del UNICEF hará lo propio durante el segundo mandato. Entre los miembros de la Junta figurarán representantes de la OMS, el UNICEF, el Banco Mundial, países industrializados y en desarrollo, organismos técnicos, organismos de investigación y desarrollo, la Fundación Rockefeller y la Fundación Bill y Melinda Gates;

- una secretaría de coordinación, para facilitar la labor de la Junta y contribuir a asegurar la participación y representación de todos los órganos involucrados en las actividades de inmunización; el UNICEF acogerá a la secretaría en sus instalaciones de Ginebra.
- un grupo de trabajo, integrado por personal dedicado, en cada uno de los asociados principales, para asegurar que las decisiones de la Junta se traduzcan en medidas operacionales apropiadas para cada organismo director;
- grupos especiales de duración limitada para abordar cuestiones específicas; actualmente están funcionando tres grupos especiales con mandatos convenidos: uno sobre la coordinación de los países, bajo el liderazgo de la OMS, otro sobre las actividades de promoción, bajo la dirección del UNICEF, y otro sobre financiación, bajo la dirección del Banco Mundial. Además, la Junta ha pedido que en el plazo de un año se ultime un análisis sobre las lagunas existentes en la investigación y el desarrollo;
- una reunión internacional que se celebrará aproximadamente cada dos años, con la participación de toda la comunidad interesada en las actividades de inmunización.

8. Está previsto lanzar públicamente la Alianza al mismo tiempo que el Fondo Mundial para Vacunas Infantiles, a finales de enero de 2000, posiblemente durante el Foro Económico Mundial.

9. Como resultado de la creación de la Alianza, los asociados que lanzaron la Iniciativa en pro de la Vacuna Infantil han decidido poner término a la misma el 31 de diciembre de 1999.

II. ESTRATEGIA REVISADA EN MATERIA DE MEDICAMENTOS

1. En mayo de 1999 los Estados Miembros adoptaron la resolución WHA52.19, sobre la estrategia revisada en materia de medicamentos. En la resolución se abordan los retos que plantean los acuerdos comerciales internacionales, el acceso a los medicamentos esenciales, la calidad de los fármacos y el uso racional de medicamentos. La resolución se basa en la estrategia revisada adoptada por la Asamblea de la Salud en la resolución WHA39.27 (1986). En ella se identificaban principios y objetivos para las actividades de la OMS en el sector farmacéutico.

2. Las esferas de responsabilidad de la OMS expuestas en la resolución WHA52.19 se reflejarán en un documento más amplio sobre la estrategia de la OMS en materia de políticas de medicamentos esenciales y otras medicinas, 2000-2003, que se está preparando a todos los niveles de la OMS y en colaboración con una gran variedad de asociados para el desarrollo. En los párrafos que siguen a continuación se resumen las actividades en curso en sectores clave destacados en la resolución.

3. **Políticas farmacéuticas nacionales.** Al final de 1999, casi un centenar de Estados Miembros habían formulado políticas farmacéuticas nacionales, y 145 habían elaborado listas nacionales de medicamentos esenciales. Se sigue prestando apoyo para el desarrollo, aplicación y vigilancia de políticas, haciendo especial hincapié en la necesidad de pasar de las políticas a su aplicación y en la evaluación del impacto de las políticas. Se está revisando la publicación *Indicators for monitoring national drug policies*, y dentro de poco se publicará una nueva edición de las *Pautas para establecer políticas farmacéuticas nacionales*. Se están desarrollando asimismo herramientas y estrategias para asegurar la introducción de una perspectiva de género en las políticas farmacéuticas nacionales. El apoyo a la aplicación de políticas farmacéuticas nacionales se extiende también a la colaboración en materia de financiación de medicamentos y la gestión y el suministro de fármacos. A nivel mundial, se ha compilado una base de datos sobre la situación de los medicamentos en el mundo.

4. **Productos farmacéuticos y comercio.** Se está asesorando a los países acerca del nuevo entorno económico internacional, dentro del marco de las políticas farmacéuticas nacionales. Se está preparando información orientativa en respuesta a las preguntas formuladas por los Estados Miembros respecto a la relación entre los acuerdos internacionales y aspectos tales como los precios, la innovación y la producción local de medicamentos, las excepciones, la transferencia de tecnología, los trámites de licencia y el periodo de transición para los países más adelantados. Se está ultimando una bibliografía actualizada sobre la mundialización, las patentes y los medicamentos - para que los países puedan investigar esos aspectos por sí mismos. Paralelamente, se están desarrollando, junto con centros colaboradores de la OMS (en el Brasil y Tailandia), métodos de vigilancia de las repercusiones de los nuevos acuerdos en los productos farmacéuticos y la salud pública. Se está cooperando asimismo con el ONUSIDA, en relación con los acuerdos comerciales y el acceso a los medicamentos relacionados con el VIH. Se ha creado un grupo de contacto con partes interesadas de la OMS, OMC, OMPI y UNCTAD.

5. **Calidad de los medicamentos.** Se están ideando mecanismos para ampliar el ámbito del Sistema OMS de certificación de la calidad de los productos farmacéuticos objeto de comercio internacional, a fin de abarcar también el control de las materias primas y de proporcionar orientación sobre aspectos del control de la calidad relacionados con el comercio. Al mismo tiempo, se están preparando monografías, para incluirlas en la Farmacopea Internacional, de medicamentos enumerados en la Lista Modelo de Medicamentos Esenciales, incluidos medicamentos antipalúdicos y antituberculosos. Se están preparando también pruebas básicas para esos medicamentos. En trabajos más recientes se han reunido pruebas de detección para medicamentos antipalúdicos y antituberculosos. Estas actividades son coherentes con un enfoque progresivo del control de la calidad.

6. Está ya avanzado un importante proyecto de formación y cooperación técnica encaminado a reforzar las prácticas adecuadas de fabricación (PAF) de la OMS. Además, se está elaborando un modelo de certificado para la inspección nacional de los sitios de fabricación de productos farmacéuticos en relación tanto con las materias primas como con los productos farmacéuticos acabados. El objetivo es asegurar la observancia de las PAF de la OMS. Se está planificando su aplicación en colaboración con Estados Miembros.

7. **Información farmacológica y promoción de los medicamentos.** La OMS sigue publicando modelos de información sobre prescripción de medicamentos relacionados con el VIH, antimicrobianos y otros fármacos de importancia para la salud pública. Está previsto publicar en 2000 la undécima Lista Modelo de Medicamentos Esenciales y el último Formulario Modelo de la OMS. Ésta, junto con diversas partes interesadas, está estudiando la manera de poner en práctica los *Criterios éticos de la OMS para la promoción de medicamentos* y de vigilar su aplicación. También hace progresos un proyecto encaminado a analizar críticamente los casos de promoción inapropiada de los medicamentos en todo el mundo.

8. **Donaciones de medicamentos.** La estrategia de la OMS para mejorar las donaciones de medicamentos sigue basándose en la promoción activa de la aplicación de las buenas prácticas de donación, cuyo fundamento son las Directrices revisadas para la donación de medicamentos publicadas en agosto de 1999 y copatrocinadas por 15 organizaciones con experiencia en el socorro de emergencia.¹ Se ha puesto en marcha un sistema para que organizaciones y compañías de productos farmacéuticos respalden públicamente esas directrices. Paralelamente la OMS está creando un mecanismo para que los receptores notifiquen las donaciones inservibles. Se están elaborando planes para hacer públicas las infracciones reiteradas de las buenas prácticas de donación.

9. **Ampliación de la colaboración.** La OMS está colaborando cada vez más con organizaciones como el UNICEF, el Banco Mundial, otras organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, Médicos sin Fronteras, organizaciones no gubernamentales y el sector privado en asuntos relacionados con el acceso a los medicamentos esenciales. Esta labor debería maximizar la repercusión de las políticas farmacéuticas de la OMS y ampliar el apoyo a la estrategia revisada en materia de medicamentos.

¹ Documento WHO/EDM/PAR/99.4.

III. PROMOCIÓN DE LA SALUD

1. En la resolución WHA51.12 se pedía a la OMS que emprendiera varias acciones específicas relacionadas con la promoción de la salud, a lo cual está respondiendo la Organización.
2. La OMS sigue fomentando el uso de un sistema de «entornos» para asegurar que la salud figure en el programa de desarrollo de los planificadores y formuladores de políticas locales y nacionales. Se han desplegado grandes esfuerzos a nivel mundial y nacional a fin de recabar apoyo en pro de la salud de las ciudades, islas, comunidades, mercados, escuelas, lugares de trabajo y servicios de salud.
3. A fin de reforzar la base científica que requieren las políticas y prácticas de promoción de la salud, la OMS está preparando estructuras adecuadas para orientar la recopilación de información de referencia al comienzo de cualquier trabajo en que se emplee un sistema amplio de entornos para abordar la cuestión del desarrollo sanitario. Se están desarrollando métodos e instrumentos para orientar la posterior evaluación de los procesos y los resultados, incluida la evaluación participativa. Estas guías prácticas mejorarán la capacidad de los gobiernos locales y nacionales para vigilar y evaluar procesos complejos de cambio social en entornos específicos. La OMS incorporará en esos instrumentos recomendaciones específicas para reunir información que haga avanzar los conocimientos sobre las relaciones entre la pobreza y la mala salud, incluida la influencia del género, los factores étnicos, la edad y las discapacidades en la salud. De ahí emanarán aportaciones esenciales para las políticas de salud pública.
4. La OMS está reorientando sus actividades para mejorar y compartir más eficazmente la base de conocimientos sobre las opciones que han de permitir promover la salud abordando las necesidades de la población pobre. Por ejemplo, demostrará que la incorporación de estrategias de promoción de la salud en las políticas, los programas y los proyectos de salud contribuye a que las poblaciones vulnerables que viven en entornos con recursos escasos puedan gozar de una buena salud y de una mejor calidad de vida. La OMS está compilando y difundiendo una amplia base de datos sobre los trabajos publicados dedicados a evaluar las actividades de promoción de la salud llevadas a cabo en países en desarrollo. A lo largo de los últimos seis meses se han seleccionado más de 450 estudios de esas características, entre más de un millar, en función de su potencial para aportar metodologías de probada eficacia.
5. A fin de señalar a la atención la contribución de las estrategias de promoción de la salud a la corrección de la creciente inequidad en materia de salud, la OMS copatrocina, junto con la OPS y la Secretaría de Salud de México, la Quinta Conferencia Mundial sobre Promoción de la Salud, que tendrá lugar en Ciudad de México en junio de 2000. La conferencia se centrará en la promoción de la salud como medio de propiciar una mayor equidad. Se están seleccionando estudios de casos que demuestran que las políticas, los programas y los proyectos que incorporan estrategias de promoción de la salud a lo largo del ciclo vital han tenido una influencia positiva en la salud.
6. La piedra angular de la promoción de la salud es el compromiso de lograr una situación de equidad mediante enfoques que capaciten a las comunidades y los individuos de todas las edades para tomar decisiones saludables. Sin embargo, eso no es suficiente. La promoción de la salud consiste también en asegurar que las políticas públicas favorezcan esa adopción de decisiones saludables, y en procurar influir en los numerosos determinantes, complejos y sinérgicos, de la salud que operan fuera del sector sanitario a nivel individual, doméstico, comunitario, nacional y mundial. Por su naturaleza, ese trabajo requiere la formación de lazos de colaboración intersectoriales. Los esfuerzos se centrarán en consecuencia en tres sectores: promoción de la acción sanitaria, promoción de políticas de salud, y potenciación de los conocimientos y la capacidad necesarios para influir en los determinantes sociales de la salud.

7. Además, la OMS está dando los primeros pasos para establecer una alianza para la promoción mundial de la salud. Dicha alianza reconoce explícitamente que toda acción en pro de la salud, para ser eficaz, ha de trascender el sector sanitario y movilizar, aunando fuerzas a las numerosas instituciones sociales y organizaciones cuya labor incide en los determinantes sociales de la salud. La OMS está estimulando en consecuencia la acción multisectorial a nivel nacional para que los países puedan aplicar eficazmente las estrategias expuestas en la Declaración de Yakarta. Es a nivel nacional donde el sector sanitario mejor puede identificar y colaborar con una amplia variedad de grupos, a menudo con intereses opuestos, para programar y evaluar sus esfuerzos desde el punto de vista de la salud y el desarrollo. Las actividades de ámbito nacional son la piedra angular necesaria para forjar y sostener alianzas y redes regionales y mundiales de promoción de la salud.

8. Hay pruebas sólidas de que las estrategias de promoción y protección de la salud son social y económicamente viables, y de que los enfoques sostenibles mejoran los resultados sanitarios y logran acciones responsables de los diversos actores sociales. Sin embargo, los ministerios de salud aún no entienden cabalmente el papel que puede desempeñar la promoción de la salud, en parte porque ésta ha trascendido los límites de la práctica médica tradicional y exige una más amplia comprensión de los factores que hacen que las poblaciones estén sanas o enfermas. La filosofía y la práctica de la promoción de la salud se basan en la creencia de que para lograr beneficios sanitarios lo mejor es ayudar a los individuos y las comunidades a adquirir dominio de las opciones de que disponen para determinar su forma de vivir.

9. Muchos médicos y demás profesionales sanitarios reconocen que la salud es el resultado de una compleja ecuación de múltiples factores, algunos de ellos todavía desconocidos en el ámbito de las ciencias médicas y sociales. Basándose en los más avanzados conocimientos médicos, la OMS actuará como puente entre los progresos biomédicos con repercusiones sanitarias y los factores sociales que más contribuyen a la salud y el bienestar. Valorando en su globalidad las circunstancias en que vive la gente, la Organización contribuirá a profundizar el conocimiento de alternativas eficaces y responsables para reducir el sufrimiento innecesario, las enfermedades y la mortalidad.

10. Considerando la creciente necesidad de aprovechar la labor de un amplio espectro de órganos locales y nacionales para materializar la acción sanitaria y las políticas públicas favorables a la salud, tal vez haya que revisar la situación de la promoción de la salud en los ministerios de salud. Puede que sea necesario reorientar la promoción de la salud a fin de reforzar su contribución potencial a la generación y consolidación de alianzas en pro de la salud.

11. Existe ya una base científica, cada vez mayor, para promocionar la salud. Hay numerosos ejemplos de medidas sanitarias intersectoriales que han beneficiado a poblaciones desfavorecidas o vulnerables. La próxima conferencia sobre promoción de la salud brindará a ministros de salud de todo el mundo una plataforma adecuada para compartir información sobre los éxitos cosechados y los retos pendientes en lo tocante a promover y proteger la salud de sus poblaciones.

IV. ELIMINACIÓN DE LA TRANSMISIÓN DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS

1. Los progresos hacia la interrupción de la transmisión de la enfermedad de Chagas que aquí se describen se han medido empleando tasas epidemiológicas y entomológicas. En el cuadro presentado se resume la reducción de la incidencia de la infección en grupos de población jóvenes durante el período 1985-1999.

REDUCCIÓN DE LA INCIDENCIA DE INFECCIÓN EN GRUPOS DE POBLACIÓN JÓVENES, 1985-1999 (tasas x 100)¹

Subregión	País	Grupo de edad (años)	1985	1995	1999	Reducción 1985-1999	Observaciones
Cono Sur	Brasil	7-15	18,5	0,23	0,04	99,8	Evaluación por comisión independiente en 2000
	Chile	0-10	5,9	5,4	0,38	94,0	Certificación de la interrupción de la transmisión en 1999
	Uruguay	6-12	5,6	0,7	0,06*	99,0	Certificación de la interrupción de la transmisión en 1997
Países andinos	Venezuela	0-4	1,7	0,1	0,1	95,0	Evaluación por comisión independiente en 2000
América Central	Todos los países	--	--	--	--	N/A	Estudios de prevalencia en curso en respuesta a la resolución WHA51.14

¹ Datos proporcionados por los países.

* Cifra correspondiente a 1997.

-- Datos no disponibles.

N/A No aplicable.

PAÍSES DEL CONO SUR

Brasil

2. La prevalencia de infección humana por *Trypanosoma cruzi* en el grupo de 7-14 años de edad en 1999 fue del 0,04%, lo que representa una reducción del 99,8% de la incidencia de infección en ese grupo de edad. Los resultados de las pruebas serológicas realizadas en un número limitado de muestras en la población de 0-4 años en 1999 mostraron una seroprevalencia del 0,0% en este grupo de edad, lo que puede interpretarse como una prueba de la interrupción de la transmisión vectorial de la enfermedad de Chagas en el Brasil.

3. El número de ejemplares de *Triatoma infestans* capturados en viviendas por el programa de lucha en todo el país en 1998 fue sólo de 485. Esto representa como promedio un insecto por 10 000 hogares encuestados, esto es, una tasa de infestación muy por debajo del mínimo necesario para que se dé una transmisión eficaz del parásito a nuevos pacientes.

4. Estos datos confirman la interrupción de la transmisión vectorial de la enfermedad de Chagas en el Brasil. La comisión internacional responsable de evaluar la interrupción de la transmisión vectorial visitará el Brasil en 2000 para confirmar esos logros. Considerando los datos epidemiológicos y entomológicos precitados, se prevé que se podrá certificar la eliminación de la transmisión en el país en el año 2000.

Chile

5. En 1999 sólo se registraron reinfecciones en 113 viviendas y se capturaron 55 ejemplares de *T. infestans* en todo el país.

6. La tasa de infección en el grupo de edad de 0-10 años en 1998 fue del 0,38%, cifra significativamente inferior al 5%-9% hallado en este grupo de edad en 1985, y al 5,4% hallado en ese mismo grupo de edad en 1995. Ello representa una reducción del 94% durante el periodo considerado.

7. Una comisión independiente visitó las regiones endémicas para certificar la interrupción de la transmisión vectorial. El certificado fue emitido en Santiago el 10 de noviembre de 1999.

PAÍSES ANDINOS

Venezuela

8. Los progresos encaminados a la interrupción de la transmisión son notables e incluyen una reducción del 37% en las tasas de infestación de viviendas entre 1993 y 1998. Exceptuando los Estados de Barinas y Portuguesa, donde las tasas de infestación son superiores al 2,9%, los otros 10 Estados del país presentan tasas inferiores al 1,1%. Ello representa un importante logro, pues la meta declarada del programa de lucha es alcanzar una tasa inferior al 2,0% en el conjunto del país. La prevalencia de bancos con sangre infectada se redujo del 1,16% en 1993 al 0,78% en 1998.

9. La incidencia de infección en el grupo de edad de 0-4 años se redujo en un 90% entre 1992 y 1998, del 1,0% al 0,1%.

V. COOPERACIÓN TÉCNICA ENTRE LOS PAÍSES EN DESARROLLO

1. En la resolución WHA42.37 se pide al Director General, entre otras cosas, que promueva la cooperación técnica entre los países en desarrollo (CTPD) e identifique esferas de cooperación. El concepto y las prácticas de CTPD se están examinando en el contexto de los rápidos cambios mundiales en curso. La OMS está definiendo nuevos criterios para sí y está colaborando con los países a fin de definir un enfoque más estratégico de la CTPD en esferas decisivas tales como la mitigación de la pobreza y la reforma del sector público. Los vínculos entre la CTPD y la cooperación económica entre los países en desarrollo son estrechos y están determinados por la expansión del comercio Sur-Sur y el fortalecimiento del sector privado en muchos países en desarrollo. La función de las organizaciones no gubernamentales, la sociedad civil y el sector privado ya está ampliamente reconocida y es vital para el fomento de la CTPD en la perspectiva del sistema económico mundial emergente.

2. La mundialización y la liberalización del comercio han acrecentado la importancia de la cooperación entre los países en desarrollo, especialmente a nivel regional y subregional, y le han dado un impulso renovado. Dos decenios después del lanzamiento de la CTPD, es claro que este tipo de cooperación Sur-Sur ha crecido considerablemente. Las agrupaciones comerciales regionales, por ejemplo, no se limitan a cuestiones de comercio solamente; el desarrollo del sector social forma parte integrante de sus programas. Es evidente que un número cada vez mayor de países, especialmente países en desarrollo de ingresos medios, están utilizando la CTPD como medio político para expresar solidaridad y ampliar la colaboración y el comercio. La función del sistema de las Naciones Unidas en la promoción de la CTPD también se ha ampliado.

3. En la 23ª reunión de Ministros de Salud del Movimiento de los Países No Alineados (La Habana, junio de 1998) y en la cumbre de Jefes de Estado o de Gobierno de los Países No Alineados (Durban, Sudáfrica, septiembre de 1998) se identificaron cuatro esferas de actividad conjunta con la OMS:

- los valores sociales como base de la formulación de políticas
- la mundialización y la salud para todos
- la reforma del sector sanitario
- la estrategia revisada en materia de medicamentos.

Desde esta perspectiva, y para velar por que la salud se coloque en la corriente principal de la acción en pro de un desarrollo sostenible y de la erradicación de la pobreza, recientemente se ha establecido un grupo especial sobre salud y reducción de la pobreza. Además, la OMS ha aumentado su apoyo para dar el impulso necesario a la CTPD como modalidad principal de cooperación técnica. En vista de la importancia creciente de la cooperación regional y subregional, la OMS está respondiendo de maneras que potenciarán la dinámica regional.

4. La OMS está abordando la CTPD de forma más estratégica, promoviendo la cooperación en materia de servicios de salud y lucha contra las enfermedades y haciendo frente a los desafíos de la mundialización. Se reconoce que la CTPD se debe utilizar para dar a la salud una posición central en el desarrollo y en los programas políticos. Asimismo, se debe promover la cooperación horizontal en lo concerniente a los factores más amplios determinantes de la salud, por ejemplo la reducción de la pobreza y la mejora de la nutrición, así como en pro del desarrollo sostenible en su conjunto.

VI. NUTRICIÓN DEL LACTANTE Y DEL NIÑO PEQUEÑO

1. En el mundo, más de la tercera parte de los niños menores de cinco años están malnutridos y padecen bien sea un retraso del crecimiento, emaciación o carencia de yodo, vitamina A o hierro. Estas formas de malnutrición a menudo irreversibles y amenazadoras para la vida están tan enraizadas en la pobreza y el subdesarrollo que comprometen el desarrollo sostenible de las poblaciones en las que preponderan el hambre y la malnutrición. El presente informe concentra la atención en el mejoramiento del estado nutricional de los lactantes y niños pequeños, en particular mediante una alimentación apropiada.¹

2. **Malnutrición proteinoenergética.** La prevalencia de la malnutrición proteinoenergética, determinada por las tasas de retraso del crecimiento e insuficiencia ponderal, sigue disminuyendo lentamente. No obstante, más de la cuarta parte de los niños del mundo están aún malnutridos, el 26,7% (150 millones) tienen insuficiencia ponderal y el 32,5% (182 millones) padecen un retraso del crecimiento; el 70% de los niños malnutridos viven en Asia, el 26% en África y el 4% en América Latina. La situación reinante en algunas partes de África es particularmente inquietante porque los números están aumentando como consecuencia de desastres ecológicos, guerras, disturbios civiles o desplazamientos masivos de población.

3. La pobreza es la causa fundamental de la mayor parte de la malnutrición en el mundo, y el abastecimiento insuficiente e inseguro de alimentos, las prácticas inapropiadas de alimentación y cuidado, las emergencias nutricionales y las infecciones e infestaciones extendidas que conlleva se ven complicadas por la falta de servicios de salud. La malnutrición materna sigue siendo un factor muy importante para los 30 millones de niños que nacen cada año con retraso del crecimiento intrauterino, que da lugar a un retraso del crecimiento físico y del desarrollo mental e intelectual y a un mayor riesgo de enfermedades infecciosas y mortalidad. La malnutrición contribuye a casi la mitad (el 49%) de los 10,7 millones de defunciones anuales de niños en edad preescolar en países en desarrollo.

4. La OMS está prestando apoyo a los países en la evaluación, la vigilancia, la prevención y la gestión de la malnutrición proteinoenergética. La base de datos mundiales sobre crecimiento y malnutrición infantiles abarca el 95% de la población mundial de menores de cinco años.² Un manual publicado recientemente sobre la evaluación, el tratamiento y la rehabilitación de los niños gravemente malnutridos proporciona una base para establecer directrices y material didáctico simplificados destinados a diferentes ámbitos, por ejemplo en el contexto del tratamiento integrado de la morbilidad infantil.³ Entretanto, el estudio multicéntrico emprendido para determinar un nuevo patrón internacional de crecimiento está muy adelantado en el Brasil, Noruega y los Estados Unidos de América, y está por comenzar en Ghana, India y Omán.⁴

5. **Políticas y programas nacionales de nutrición.** En las dos grandes conferencias mundiales sobre nutrición de este decenio se reconoció la importancia de las políticas y los planes multisectoria-

¹ Este informe se presenta de conformidad con las resoluciones WHA33.32 y WHA49.15 y con el artículo 11.7 del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna. En *Nutrition for health and development: progress and prospects on the eve of the 21st century* (documento WHO/NHD/99.9, en inglés únicamente) se presenta un resumen completo sobre la situación en la malnutrición en el mundo y la respuesta de la OMS.

² Accesible ahora en la World Wide Web: <http://www.who.int/nutgrowthdb>

³ *Tratamiento de la malnutrición grave: manual para médicos y otros profesionales sanitarios superiores*. Ginebra, OMS, 1999.

⁴ El documento EB105/INF.DOC./1 contiene más información sobre la situación actual del estudio multicéntrico sobre el patrón de crecimiento.

les de nutrición para alcanzar una seguridad alimentaria y nutricional sostenible y reducir casi todas las formas de malnutrición.¹ La estrecha colaboración con la FAO y el UNICEF y los vigorosos programas regionales de nutrición de la OMS han contribuido a preparar o fortalecer planes y políticas nacionales integrales de nutrición coherentes con los objetivos de la Declaración Mundial y Plan de Acción para la Nutrición. Hasta la fecha, 151 Estados Miembros (el 79%) han ultimado sus planes y políticas de nutrición y otros 21 (el 11%) los están preparando. En 1999, en colaboración con la FAO y el UNICEF, se revisaron programas nacionales de nutrición y se elaboraron estrategias regionales para Asia Sudoriental, Europa y el Pacífico Occidental. La OMS también está realizando un estudio multicéntrico encaminado a identificar problemas críticos de seguridad alimentaria y nutricional en el contexto del fortalecimiento de las políticas y los programas nacionales de nutrición.²

6. **Otras formas muy importantes de malnutrición infantil.** Unos 740 millones de personas, entre niños y adultos, de 130 países sufren **trastornos yodopénicos**, que siguen siendo la causa singular más grande de lesión cerebral prevenible en el feto, el lactante y el niño pequeño. No obstante, los progresos han sido notables, como se ha manifestado en la Asamblea de la Salud en 1999.³ La **carencia de vitamina A** afecta a 100-140 millones de niños en 118 países, principalmente de África y de Asia sudoriental, causa ceguera y aumenta los riesgos de infección y mortalidad. Las estrategias eficaces de prevención y lucha abarcan la suplementación, la fortificación de los alimentos y el mejoramiento de la alimentación. En 1998, el suministro de suplementos de vitamina A por conducto de programas nacionales de inmunización produjo una mejoría rápida, aunque temporal, de la situación de 24 millones de niños respecto de la vitamina A. En el informe sobre la malnutrición en el mundo⁴ se examinan otras formas muy importantes de malnutrición infantil, como la **carencia de hierro**, la **anemia**, y el alarmante problema de la **obesidad infantil**.

7. **La nutrición en situaciones de emergencia.** Para contribuir a prevenir, diagnosticar y tratar la malnutrición y los brotes de deficiencias específicas de nutrientes, que aparecen regularmente entre los refugiados y otras poblaciones gravemente carenciadas o afectadas por el hambre, se han preparado estudios técnicos sobre el **escorbuto**,⁵ la **carencia de tiamina**⁵ y la **pelagra**. La OMS y el ACNUR organizaron conjuntamente una consulta (Roma, febrero de 1998), para establecer principios orientadores sobre la atención de las personas nutricionalmente vulnerables durante las situaciones de emergencia. Durante la crisis del sur de los Balcanes (abril a julio de 1999), el **Grupo de trabajo interinstitucional sobre cuestiones médicas y sanitarias, coordinado por la OMS**, se reunía semanalmente para examinar las preguntas procedentes del terreno sobre cuestiones básicas de salud pública, como la alimentación óptima de los lactantes y niños pequeños.⁶ La OMS, el UNICEF, la Red Internacional de Grupos pro Alimentación Infantil y Linkages (Washington, DC) están preparando un módulo de capacitación sobre la alimentación infantil en situaciones de emergencia.

¹ La Conferencia Internacional sobre Nutrición (Roma, 1992) y la Cumbre Mundial sobre la Alimentación (Roma, 1996).

² El estudio sobre el mejoramiento de la seguridad alimentaria y nutricional de las familias vulnerables se está realizando en China, Egipto, Ghana, Indonesia, Myanmar y Sudáfrica. Camboya ha indicado ya su interés en participar.

³ Véanse el documento WHA/1999/REC/3, actas resumidas de la Comisión A, octava y novena sesiones, y la resolución WHA52.24. Véase también: Progreso hacia la eliminación de los trastornos por carencia de yodo (documento WHO/NHD/99.4).

⁴ Nutrition for health and development, *op. cit.*

⁵ Scurvy and its prevention and control in major emergencies (documento WHO/NHD/99.11); y Thiamine deficiency and its prevention and control in major emergencies (documento WHO/NHD/99.13) (en prensa).

⁶ Information Sheet No. 6, «Feeding of infants and young children during emergencies» en: Report of the Inter-Agency Medical/Health Task Force in the South-Balkans (en preparación).

8. **El VIH y la alimentación de lactantes.** En 1998, en una consulta técnica OMS/UNICEF/ONUSIDA sobre el VIH y la alimentación de lactantes se introdujeron orientaciones normativas y prácticas.¹ En un artículo reciente² se sugería que la transmisión del VIH es menos probable en caso de lactancia natural exclusiva que de alimentación combinada. Aunque en él se llega a la conclusión de que no está justificado modificar las directrices vigentes, la OMS ha tomado la iniciativa de realizar nuevas investigaciones. Entre tanto, la OMS, el UNICEF y el ONUSIDA están elaborando conjuntamente un curso de orientación psicológica sobre el VIH y la alimentación de lactantes para utilizar conjuntamente con el adiestramiento sobre lactancia natural.

9. **La lactancia natural y la alimentación complementaria.** Una alimentación apropiada es decisiva para el crecimiento, la salud y el bienestar nutricional durante los dos primeros años de la vida. Una alimentación inapropiada es la causa de una gran proporción de casos de malnutrición infantil y mortalidad conexas. El banco de datos mundiales de la OMS sobre lactancia natural abarca ahora 94 países y el 65% de la población mundial de lactantes y muestra que sólo un 35% aproximadamente de los lactantes se alimentan exclusivamente con el pecho entre 0 a 4 meses de edad.³

10. La iniciativa «hospitales amigos del niño», lanzada en 1992, se está aplicando en 171 países; el número de hospitales designados como «amigos del niño» ha aumentado de 4300 en 1995 a más de 16 000 a finales de 1999. No obstante, hay una preocupación creciente por que las normas no se han mantenido en todos los casos. Por lo tanto, la OMS está procurando fortalecer la capacidad de los países, entre otras cosas, mediante la capacitación de personal sanitario,⁴ la sensibilización de administradores e instancias normativas,^{5,6} y la difusión de un módulo de vigilancia y reevaluación⁷ elaborado en colaboración con Wellstart International para contribuir a la sostenibilidad de la iniciativa.

11. Las prácticas erróneas de alimentación complementaria, complicadas por la introducción, demasiado temprana (en países en desarrollo y países desarrollados) o demasiado tardía, (en países en desarrollo) de alimentos nutricionalmente insuficientes y con frecuencia contaminados, siguen siendo una causa muy importante de malnutrición. Se ha difundido ampliamente un examen de los datos científicos disponibles para formular recomendaciones racionales sobre la alimentación de lactantes.⁸ En colaboración con la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres se están elaborando directrices prácticas para capacitar a personal de salud de la comunidad en materia de alimentación complementaria, por ejemplo en el contexto del tratamiento integrado de la morbilidad infantil.

12. **Progresos realizados en la aplicación del Código Internacional de Sucedáneos de la Leche Materna.** Desde que la 34ª Asamblea Mundial de la Salud adoptó el Código Internacional en 1981, 160 Estados Miembros (el 84%) han comunicado a la OMS medidas adoptadas para aplicar sus principios y objetivo (el 83% de los Estados Miembros de África, el 97% de los de las Américas, el 80%

¹ HIV and infant feeding (documento WHO/FRH/NUT/CHD/98.1-3).

² Coutsooudis A. et al. Influence of infant-feeding patterns on early mother-to-child transmission of HIV-1 in Durban, South Africa: a prospective cohort study. *The Lancet* 1999; 354: 471-476.

³ El banco de datos mundiales de la OMS sobre la lactancia natural estará pronto disponible en Internet.

⁴ Breastfeeding counselling: a training course (documento WHO/CDR/93.3-6).

⁵ Promoting breastfeeding in health facilities - a short course for administrators and policy-makers (documento WHO/NUT/96.3).

⁶ Evidence for the ten steps to successful breastfeeding (documento WHO/CHD/98.9).

⁷ OMS, UNICEF y Wellstart International. The Baby-friendly Hospital Initiative. Monitoring and reassessment: tools to sustain progress (documento WHO/NHD/99.2).

⁸ WHO, UNICEF, University of California (Davis), ORSTOM. Complementary feeding of young children in developing countries: a review of current scientific knowledge (documento WHO/NUT/98.1).

de los de Asia Sudoriental, el 63% de los de Europa, el 95% de los del Mediterráneo Oriental y el 96% de los del Pacífico Occidental). La acción a nivel de país abarca la adopción o el fortalecimiento de legislación, directrices para trabajadores sanitarios o distribuidores, acuerdos con fabricantes y mecanismos de vigilancia y notificación. Desde el último informe del Director General (1998), Camboya, Croacia, Francia, Georgia, Guinea, Malasia y Panamá han notificado una variedad de medidas nuevas.

13. La OMS respondió a peticiones de apoyo técnico de cierto número de países, entre ellos Australia, Nueva Zelandia y el Pakistán y organizó talleres de capacitación en Tailandia y la Región de África (para 12 países de habla francesa). En noviembre de 1998 la Directora General convocó dos mesas redondas, una con organizaciones no gubernamentales de defensa del consumidor y de base comunitaria y otra con la Asociación Internacional de Fabricantes de Alimentos Infantiles. En las reuniones se examinaron la mejora de la aplicación del Código en los países y la intensificación del diálogo entre las partes interesadas.

14. **Consulta técnica mundial sobre la alimentación de lactantes y niños pequeños.** La OMS y el UNICEF están organizando conjuntamente una consulta de expertos (Ginebra, 13 a 17 de marzo de 2000) para evaluar políticas de alimentación de lactantes y niños pequeños, revisar intervenciones clave y desarrollar una estrategia integral para el próximo decenio. Los resultados se comunicarán a la 53^a Asamblea Mundial de la Salud.

VII. LA CLONACIÓN EN LA SALUD HUMANA

1. En cumplimiento de la resolución WHA51.10, un pequeño grupo de trabajo integrado por expertos independientes y expertos gubernamentales (Ginebra, 12 a 14 de octubre de 1998) examinó un primer proyecto de principios orientadores y recomendaciones sobre la clonación en la salud humana. Subsiguientemente se realizó por correo electrónico una consulta¹ entre gobiernos, organizaciones internacionales y órganos científicos y profesionales sobre dicho proyecto.
2. Tras las deliberaciones habidas en la 52^a Asamblea Mundial de la Salud y en respuesta a las expresiones de interés de parte de los Estados Miembros, los expertos internacionales y otras partes, en el sentido de que la OMS debería asumir una función rectora en relación con las dimensiones sanitaria y ética de las cuestiones planteadas por los adelantos de la genética, se celebrará otra consulta en Ginebra en diciembre de 1999.
3. En la consulta se examinará, a la luz de las observaciones recibidas durante la Asamblea de la Salud, un informe sobre las repercusiones de la genética médica y la biotecnología en la salud pública. Además, aprovechando este valioso trabajo y la presencia de diversas partes en la consulta, se definirán posibles direcciones futuras para las actividades de la OMS en esta esfera y otras conexas.
4. Se presentará a la 53^a Asamblea Mundial de la Salud un informe sobre esta consulta para que pueda haber un debate más amplio en relación con las dimensiones sanitaria y ética y las cuestiones planteadas por la clonación y temas conexos.

¹ Véase el documento A52/12.

VIII. ERRADICACIÓN DE LA POLIOMIELITIS

1. En la resolución WHA52.22 (1999) se pedía una aceleración de la iniciativa de erradicar la poliomielitis para el final del año 2000. La certificación de la erradicación debería haber terminado en 2005.
2. Se han logrado importantes éxitos. Así tres de las seis regiones de la OMS están notificando actualmente cero casos de poliomielitis. Los últimos casos notificados en las Américas y en las Regiones de Europa y el Pacífico Occidental se remontan a agosto de 1991, noviembre de 1998 y marzo de 1997, respectivamente. En las otras regiones con poliomielitis endémica, el número de casos notificados en 1999 fue inferior a la mitad de los notificados el año precedente. La iniciativa de erradicación ha progresado con considerable ímpetu y repercusión, y se halla ahora en la recta final. Sin embargo, para confirmar definitivamente el éxito de este esfuerzo mundial habrá que acelerar las actividades de erradicación y vigilancia en los países donde la poliomielitis sigue siendo, o lo era hasta hace poco, endémica.
3. Una condición fundamental para el éxito de esa aceleración es que los Estados Miembros en que la poliomielitis es endémica organicen rondas adicionales de días nacionales de inmunización en 2000 y 2001, sobre todo en los 10 países prioritarios a nivel mundial, a saber: Afganistán, Angola, Bangladesh, República Democrática del Congo, Etiopía, India, Nigeria, Pakistán, Somalia y Sudán.
4. Entre los países precitados, los cuatro pertenecientes a las Regiones de Asia Sudoriental y el Mediterráneo Oriental han iniciado rondas adicionales de días de inmunización o bien han prometido hacer tal cosa. Sólo en la India, se han empezado a distribuir más de mil millones de dosis de la vacuna oral contra el poliovirus para los cuatro días nacionales y dos subnacionales de inmunización previstos entre octubre de 1999 y marzo de 2000. En función de los recursos disponibles, el Afganistán, Bangladesh y el Pakistán aumentarán las rondas de dos a cuatro cada año en 2000 y 2001.
5. Entre los seis países de África antes citados como prioritarios, la iniciativa de erradicación logró un hito histórico entre agosto y octubre de 1999, periodo en que en la República Democrática del Congo se llevaron a cabo las tres primeras rondas en la historia del país. Angola amplió sus actividades a tres rondas durante el periodo de junio a agosto de 1999. Además de los días de inmunización, Nigeria y el Sudán organizaron dos rondas subnacionales adicionales en zonas de alto riesgo en 1999. En Etiopía sólo se organizaron dos rondas. En Somalia los días de inmunización se vieron comprometidos por problemas de seguridad.
6. Reconociendo los considerables recursos financieros requeridos para acelerar y terminar la campaña para 2005 (el déficit ascendía a US\$ 500 millones en mayo de 1999), la Asamblea de la Salud pidió a la Directora General que movilizara fondos adicionales. Desde entonces se ha recibido una promesa de US\$ 75 millones de la Fundación de las Naciones Unidas y la Fundación de Bill y Melinda Gates. Pasteur-Mérieux-Connaught donó vacuna antipoliomielítica valorada en US\$ 5 millones para zonas de África afectadas por conflictos. El Banco Mundial proporcionó apoyo al Gobierno de la India para acelerar masivamente las actividades de erradicación. El Canadá, el Reino Unido y los Estados Unidos de América han aumentado su apoyo global a la iniciativa de erradicación. La Asociación Rotaria Internacional y varios organismos de desarrollo siguen ampliando su apoyo activo a la erradicación mundial.
7. Algunos países y organizaciones subestiman todavía la necesidad de respetar la fecha fijada para la erradicación de la poliomielitis. Sin embargo, cuanto más se prolongue la intensa transmisión del poliovirus en el África subsahariana y en Asia meridional, mayor será el riesgo de reintroducción de la infección en las zonas que ya se han librado de la enfermedad. Los importantes brotes declarados en

Angola e Iraq en 1999 demuestran la fragilidad de los progresos conseguidos. Si la consecución de la meta se retrasara, el costo total de la erradicación aumentaría nada menos que en US\$ 100 millones cada año. Además, será muy difícil sostener los actuales niveles de financiación durante más de 24-36 meses, sobre todo en los países sin poliomielitis que necesitarían mantener los días de inmunización a fin de protegerse contra la importación de la enfermedad.

8. Las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas y los asociados en la erradicación de la poliomielitis deben aumentar su capacidad para satisfacer las exigencias que impone la aceleración de esta iniciativa. En 1999, hubo que postergar o anular la celebración de días de inmunización en África y Asia meridional como consecuencia de una planificación y coordinación insuficientes. Hay que mejorar las previsiones y reforzar la planificación y la coordinación de las actividades entre las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, los fabricantes de vacunas y los gobiernos donantes, a fin de prevenir o evitar nuevas situaciones de escasez de vacuna antipoliomielítica en un momento en que los Estados Miembros están respondiendo a la petición de acelerar la erradicación.

9. Los logros alcanzados en lo que atañe a asegurar una situación de paz para llevar a cabo días nacionales de inmunización, o como mínimo un entorno seguro de trabajo y la posibilidad de acceder a comunidades no vacunadas, deben ampliarse a todas las zonas afectadas por conflictos prolongados. En Somalia, dos funcionarios de Naciones Unidas contratados localmente para las actividades de erradicación de la poliomielitis fueron asesinados en 1999. También fueron asesinados dos miembros de un equipo de vacunación en Angola, donde en las zonas controladas por la UNITA fueron pocos los niños a los que se pudo vacunar durante los días de inmunización. El éxito logrado por el Secretario General de las Naciones Unidas al conseguir establecer «días de tranquilidad» para organizar jornadas de inmunización en la República Democrática del Congo demostró que es posible obtener resultados en ese terreno, pese a los enormes problemas logísticos y de seguridad.

10. Las normas establecidas por la Comisión Mundial para la Certificación de la Erradicación de la Poliomielitis no siempre son respetadas. Algunos países han interrumpido incluso las actividades de inmunización suplementarias, pese a que el nivel de vigilancia sigue estando por debajo de lo que estipulan las normas de certificación. La experiencia acumulada en las Américas y en las Regiones del Pacífico Occidental, Europa y el Mediterráneo Oriental han demostrado de forma concluyente que esas medidas pueden poner en peligro los avances logrados, pues en las zonas con vigilancia subóptima una transmisión de baja intensidad de la poliomielitis puede pasar desapercibida durante más de tres años.

= = =