WHA57/2004/REC/1

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

57ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD

GINEBRA, 17-22 DE MAYO DE 2004

RESOLUCIONES Y DECISIONES
ANEXOS

GINEBRA
2004

SIGLAS

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

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

———————

Las denominaciones empleadas en este volumen y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Mundial de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. La denominación «país o zona» que figura en los títulos de los cuadros abarca países, territorios, ciudades o zonas.

INTRODUCCIÓN

La 57ª Asamblea Mundial de la Salud se celebró en el Palais des Nations, Ginebra, del 17 al 22 de mayo de 2004, de acuerdo con la decisión adoptada por el Consejo Ejecutivo en su 112ª reunión. Sus debates se publican en tres volúmenes que contienen, entre otras cosas, el material siguiente:

Resoluciones y decisiones, y anexos: documento WHA57/2004/REC/1

Actas taquigráficas de las sesiones plenarias y lista de participantes: documento WHA57/2004/REC/2

Actas resumidas de las comisiones e informes de las comisiones: documento WHA57/2004/REC/3.

ÍNDICE

Página

Introducción iii

Orden del día ix

Lista de documentos xiii

Mesa de la Asamblea de la Salud y composición de sus comisiones xvii

RESOLUCIONES Y DECISIONES

Resoluciones

WHA57.1	Vigilancia y control de la enfermedad causada por *Mycobacterium ulcerans* (úlcera de Buruli)	1
WHA57.2	Control de la tripanosomiasis africana humana	3
WHA57.3	Situación sanitaria de la población árabe en los territorios árabes ocupados, incluida Palestina, y asistencia prestada	4
WHA57.4	Informe financiero sobre las cuentas de la OMS en 2002-2003; informe del Comisario de Cuentas y observaciones formuladas al respecto en nombre del Consejo Ejecutivo	6
WHA57.5	Miembros con atrasos de contribuciones de importancia bastante para que esté justificado aplicar el Artículo 7 de la Constitución	6
WHA57.6	Atrasos de contribuciones: Ucrania	7
WHA57.7	Acuerdo con el *Office international des Epizooties*	8
WHA57.8	Reglamento Interior de la Asamblea Mundial de la Salud: modificación del artículo 72	8
WHA57.9	Erradicación de la dracunculosis	9
WHA57.10	Seguridad vial y salud	10
WHA57.11	La familia y la salud en el contexto del décimo aniversario del Año Internacional de la Familia	13
WHA57.12	Salud reproductiva: estrategia para acelerar el avance hacia el logro de los objetivos y metas internacionales de desarrollo	15

Página

WHA57.13 Genómica y salud mundial 17

WHA57.14 Expansión del tratamiento y la atención en el marco de una respuesta coordinada e integral al VIH/SIDA 18

WHA57.15 Escala de contribuciones para 2005 23

WHA57.16 Promoción de la salud y modos de vida sanos 31

WHA57.17 Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud 33

WHA57.18 Trasplante de órganos y tejidos humanos 54

WHA57.19 Migración internacional del personal sanitario: un reto para los sistemas de salud de los países en desarrollo 56

Decisiones

WHA57(1) Composición de la Comisión de Credenciales 59

WHA57(2) Composición de la Comisión de Candidaturas 59

WHA57(3) Elección del Presidente y de Vicepresidentes de la 57ª Asamblea Mundial de la Salud 59

WHA57(4) Elección de la Mesa de las comisiones principales 60

WHA57(5) Constitución de la Mesa de la Asamblea 60

WHA57(6) Adopción del orden del día 60

WHA57(7) Verificación de credenciales 61

WHA57(8) Elección de Miembros facultados para designar una persona que forme parte del Consejo Ejecutivo 61

WHA57(9) Derechos de propiedad intelectual, innovación y salud pública 62

WHA57(10) Asignaciones presupuestarias a las regiones 62

WHA57(11) Caja Común de Pensiones del Personal de las Naciones Unidas: nombramiento de representantes en el Comité de la Caja de Pensiones del Personal de la OMS 62

WHA57(12) Política de relaciones con las organizaciones no gubernamentales 63

WHA57(13) Elección de país en que ha de reunirse la 58ª Asamblea Mundial de la Salud 63

WHA57(14) Informes del Consejo Ejecutivo sobre sus 112ª y 113ª reuniones 63

Página

ANEXOS

1. Acuerdo entre el Office international des Epizooties y la Organización Mundial de la Salud 67

2. Estrategia para acelerar el avance hacia el logro de los objetivos y las metas internacionales de desarrollo relacionados con la salud reproductiva 70

ORDEN DEL DÍA[1]

SESIONES PLENARIAS

1. Apertura de la Asamblea

    1.1 Establecimiento de la Comisión de Credenciales

    1.2 Elección de la Comisión de Candidaturas

    1.3 Informes de la Comisión de Candidaturas

    - Elección de Presidente

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

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

2. Informes del Consejo Ejecutivo sobre sus 112ª y 113ª reuniones

3. Alocución del Dr. Lee Jong-wook, Director General

4. Oradores invitados

5. [suprimido]

6. Consejo Ejecutivo: elección

7. Premios

8. Informes de las comisiones principales

9. Clausura de la Asamblea

MESAS REDONDAS

10. Mesas redondas: VIH/SIDA

[1] Adoptado en la segunda sesión plenaria.

COMISIÓN A

11. Apertura de la Comisión[1]

12. Asuntos técnicos y sanitarios

12.1 VIH/SIDA

12.2 Vigilancia y control de la enfermedad causada por *Mycobacterium ulcerans* (úlcera de Buruli)

12.3 Control de la tripanosomiasis africana humana

12.4 Erradicación de la viruela: destrucción de las reservas de virus variólico

12.5 Erradicación de la poliomielitis

12.6 Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud

12.7 Seguridad vial y salud

12.8 Promoción de la salud y modos de vida sanos

12.9 La familia y la salud en el contexto del décimo aniversario del Año Internacional de la Familia

12.10 Salud reproductiva

12.11 Sistemas de salud, incluida la atención primaria de salud

12.12 Calidad y seguridad de los medicamentos: sistemas de reglamentación

12.13 Genómica y salud mundial: informe del Comité Consultivo de Investigaciones Sanitarias

12.14 Trasplante de órganos y tejidos humanos

12.15 Aplicación de resoluciones (informes sobre los progresos realizados)

- Reducción de la mortalidad por sarampión en el mundo (resolución WHA56.20)
- Síndrome respiratorio agudo severo (SRAS) (resolución WHA56.29)
- Prevención integrada de las enfermedades no transmisibles (resolución WHA55.23)
- Calidad de la atención: seguridad del paciente (resolución WHA55.18)

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

- Nutrición del lactante y del niño pequeño: informe bienal sobre los progresos realizados (resolución WHA33.32)

- Derechos de propiedad intelectual, innovación y salud pública (resolución WHA56.27)

- Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (resolución WHA56.1)

12.16 Erradicación de la dracunculosis

COMISIÓN B

13. Apertura de la Comisión[1]

14. Asuntos de auditoría interna y supervisión

- Informe del Auditor Interno y observaciones formuladas al respecto en nombre del Consejo Ejecutivo

15. Asuntos financieros

15.1 Informe financiero sobre las cuentas de la OMS en 2002-2003; informe del Comisario de Cuentas y observaciones formuladas al respecto en nombre del Consejo Ejecutivo

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

15.3 Escala de contribuciones para 2005

15.4 [suprimido]

15.5 [suprimido]

16. Asuntos de programa y de presupuesto

16.1 Asignaciones del presupuesto ordinario a las regiones

16.2 Presupuesto por programas para 2002-2003

17. Asuntos de personal

17.1 Recursos humanos: informe anual

17.2 [suprimido]

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

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

18. Asuntos jurídicos

18.1 Acuerdo con el *Office International des Epizooties*

18.2 Reglamento Interior de la Asamblea Mundial de la Salud: modificación del artículo 72

19. Situación sanitaria de la población árabe en los territorios árabes ocupados, incluida Palestina, y asistencia prestada

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

21. Política de relaciones con las organizaciones no gubernamentales

LISTA DE DOCUMENTOS

A57/1 Rev.1	Orden del día[1]
A57/2	Informes del Consejo Ejecutivo sobre sus 112ª y 113ª reuniones
A57/3	Alocución del Director General a la 57ª Asamblea Mundial de la Salud
A57/4	VIH/SIDA
A57/5	Vigilancia y control de la enfermedad causada por *Mycobacterium ulcerans* (úlcera de Buruli)
A57/6	Control de la tripanosomiasis africana humana
A57/7	Erradicación de la viruela: destrucción de las reservas de virus variólico
A57/8	Erradicación de la poliomielitis
A57/9	Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud
A57/10	Seguridad vial y salud
A57/10 Add.1	Seguridad vial y salud
A57/11	Promoción de la salud y modos de vida sanos
A57/12	La familia y la salud en el contexto del décimo aniversario del Año Internacional de la Familia
A57/13	Salud reproductiva[2]
A57/14	Sistemas de salud, incluida la atención primaria de salud
A57/15	Calidad y seguridad de los medicamentos: sistemas de reglamentación
A57/16	Genómica y salud mundial: informe del Comité Consultivo de Investigaciones Sanitarias
A57/17	Trasplante de órganos y tejidos humanos
A57/18 y A57/18 Add.1	Aplicación de resoluciones (informes sobre los progresos realizados)

[1] Véase p. ix.

[2] Véase el anexo 2.

A57/19	Informe del Auditor Interno
A57/20	Informe financiero y estados financieros comprobados sobre el ejercicio 1 de enero de 2002 - 31 de diciembre de 2003 (certificado el 30 de marzo de 2004) e Informe del Comisario de Cuentas a la Asamblea Mundial de la Salud (1 de abril de 2004)
A57/20 Add.1	Informe financiero y estados financieros comprobados sobre el ejercicio 1 de enero de 2002 - 31 de diciembre de 2003 (certificado el 30 de marzo de 2004) Anexo: Recursos extrapresupuestarios para actividades del programa
A57/21	Informe financiero sobre las cuentas de la OMS en 2002-2003; Informe del Comisario de Cuentas y observaciones formuladas al respecto en nombre del Consejo Ejecutivo. Primer informe del Comité de Administración, Presupuesto y Finanzas del Consejo Ejecutivo a la 57ª Asamblea Mundial de la Salud
A57/22	Estado de la recaudación de las contribuciones señaladas, y Estados Miembros con atrasos de contribuciones de importancia bastante para que esté justificado aplicar el Artículo 7 de la Constitución. Segundo informe del Comité de Administración, Presupuesto y Finanzas del Consejo Ejecutivo a la 57ª Asamblea Mundial de la Salud
A57/23	Escala de contribuciones para 2005
A57/24	Asignaciones del presupuesto ordinario a las regiones
A57/25	Presupuesto por programas para 2002-2003. Informe de evaluación del desempeño: resumen de las primeras conclusiones
A57/26	Recursos humanos: informe anual
A57/27	Nombramiento de representantes en el Comité de la Caja de Pensiones del Personal de la OMS
A57/28 y A57/28 Add.1 A57/28 Rev.1	Acuerdo con el *Office international des Epizooties*[1]
A57/29	Reglamento Interior de la Asamblea Mundial de la Salud: modificación del artículo 72
A57/30	Situación sanitaria de la población árabe en los territorios árabes ocupados, incluida Palestina, y asistencia prestada
A57/31	Colaboración dentro del sistema de las Naciones Unidas y con otras organizaciones intergubernamentales

[1] Véase el anexo 1.

A57/32	Política de relaciones con las organizaciones no gubernamentales
A57/33	Punto suplementario del orden del día: Erradicación de la dracunculosis
A57/34	Comisión de Candidaturas. Primer informe
A57/35	Comisión de Candidaturas. Segundo informe
A57/36	Comisión de Candidaturas. Tercer informe
A57/37	Comisión de Credenciales. Primer informe
A57/38	Elección de Miembros facultados para designar una persona que forme parte del Consejo Ejecutivo
A57/39 (Proyecto)	Primer informe de la Comisión A
A57/40	Comisión de Credenciales. Segundo informe
A57/41	Primer informe de la Comisión B
A57/42 (Proyecto)	Segundo informe de la Comisión B
A57/43	Tercer informe de la Comisión B
A57/44 (Proyecto)	Segundo informe de la Comisión A
A57/45 (Proyecto)	Cuarto informe de la Comisión B
A57/46	Quinto informe de la Comisión B
A57/47	Tercer informe de la Comisión A

Documentos de información

A57/INF.DOC./1	Situación sanitaria de la población árabe en los territorios árabes ocupados, incluida Palestina, y asistencia prestada (Informe del Director de Salud del OOPS correspondiente a 2003)
A57/INF.DOC./2	Situación sanitaria de la población árabe en los territorios árabes ocupados, incluida Palestina, y asistencia prestada (Informe del Ministerio de Salud de Israel)
A57/INF.DOC./3	Situación sanitaria de la población árabe en los territorios árabes ocupados, incluida Palestina, y asistencia prestada (Informe presentado a petición del Observador Permanente de Palestina ante la Oficina de las Naciones Unidas y otras organizaciones internacionales en Ginebra)
A57/INF.DOC./4	Asignaciones del presupuesto ordinario a las regiones

Documentos varios

A57/DIV/7	Alocución del Dr. KIM Dae-jung, ex Presidente de la República de Corea
A57/DIV/8	Alocución del Sr. Jimmy Carter, ex Presidente de los Estados Unidos de América
A57/DIV/9	Mesas redondas: VIH/SIDA
A57/DIV/10	Mesas redondas: VIH/SIDA

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

Presidente
Sr. Muhammad Nasir KHAN (Pakistán)

Vicepresidentes
Dra. M. E. TSHABALALA-MSIMANG (Sudáfrica)
Sra. A. DAVID-ANTOINE (Granada)
Sr. S. BOGOEV (Bulgaria)
Dra. R. MARIA DE ARAUJO (Timor-Leste)
Dr. CHUA SOI LEK (Malasia)

Secretario
Dr. LEE Jong-wook, Director General

Comisión de Credenciales

La Comisión de Credenciales estuvo integrada por delegados de los Estados Miembros siguientes: Austria, Belice, Canadá, Djibouti, Gambia, India, Italia, Kenya, Malí, Myanmar, Papua Nueva Guinea, y Uzbekistán.

Presidente: Dr. J. LARIVIÈRE (Canadá)
Vicepresidente: Dr. A. MISORE (Kenya)
Relator: Dr. F. CICOGNA (Italia)
Secretario: Sr. T. S. R. TOPPING, Asesor Jurídico

Comisión de Candidaturas

La Comisión de Candidaturas estuvo integrada por delegados de los Estados Miembros siguientes: Bahrein, Brunei Darussalam, Burkina Faso, China (República Popular), Eritrea, Estonia, Federación de Rusia, Francia, Guyana, Israel, México, Micronesia (Estados Federados de), Mónaco, Mozambique, Nicaragua, Perú, Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, República Democrática del Congo, Sri Lanka, Swazilandia, Tailandia, Túnez, Uganda, Uruguay, y el Dr. Khandaker Mosharraf Hossain (Bangladesh), Presidente de la 56ª Asamblea Mundial de la Salud (*ex officio*).

Presidente: Dr. Khandaker Mosharraf HOSSAIN (Bangladesh)
Secretario: Dr. LEE Jong-wook, Director General

Mesa de la Asamblea

La Mesa de la Asamblea estuvo integrada por el Presidente y los Vicepresidentes de la Asamblea de la Salud, los Presidentes de las comisiones principales y delegados de los Estados Miembros siguientes: Botswana, Chad, Chile, China, Cuba, Estados Unidos de América, Federación de Rusia, Francia, Irlanda, Jamahiriya Árabe Libia, Kazajstán, Liberia, Níger, Nigeria, Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, Trinidad y Tabago, y Yemen.

Presidente: Sr. Muhammad Nasir KHAN (Pakistán)
Secretario: Dr. LEE Jong-wook, Director General

COMISIONES PRINCIPALES

En virtud de lo dispuesto en el artículo 35 del Reglamento Interior de la Asamblea Mundial de la Salud, cada delegación estuvo representada por uno de sus miembros en cada una de las comisiones principales.

Comisión A

Presidente: Dr. Ponmek DALALOY (República Democrática Popular Lao)
Vicepresidentes: Dr. D. SLATER (San Vicente y las Granadinas) y Sra. A. VAN BOLHUIS (Países Bajos)
Relator: Profesor M. MIZANUR RAHMAN (Bangladesh)
Secretario: Dra. S. HOLCK, Oficina del Director General

Comisión B

Presidente: Dr. Jigmi SINGAY (Bhután)
Vicepresidentes: Profesor N. M. NALI (República Centroafricana) y Dr. S. AL KHARABSEH (Jordania)

Relator: Sra. Z. JAKAB (Hungría)
Secretario: Dr. M. KARAM, Científico, Control, Prevención y Erradicación de las Enfermedades Transmisibles

RESOLUCIONES

WHA57.1 Vigilancia y control de la enfermedad causada por *Mycobacterium ulcerans* (úlcera de Buruli)

La 57ª Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe sobre vigilancia y control de la enfermedad causada por *Mycobacterium ulcerans* (úlcera de Buruli);[1]

Profundamente preocupada por la propagación de la úlcera de Buruli, especialmente entre los niños, y por sus repercusiones sanitarias y socioeconómicas en las comunidades rurales pobres;

Consciente de que la detección y el tratamiento tempranos permiten reducir al mínimo las consecuencias adversas de la enfermedad;

Enterada con satisfacción de los progresos realizados por la Iniciativa Mundial contra la Úlcera de Buruli desde su lanzamiento en 1998 en la coordinación del control y de las investigaciones entre los asociados;

Preocupada por el hecho de que varios factores, en particular la detección tardía de los casos y la falta de medios eficaces de diagnóstico, tratamiento y prevención, obstaculizan el avance hacia nuevos logros;

Consciente de que la consecución de dos de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas, a saber, erradicar la pobreza extrema y el hambre y lograr la educación primaria universal, puede verse dificultada por los efectos negativos de las enfermedades desatendidas que afectan a los pobres, en particular la úlcera de Buruli,

1. INSTA a los Estados Miembros en los que la úlcera de Buruli es endémica, o amenaza con serlo:

1) a que evalúen la carga imputable a la úlcera de Buruli y, cuando sea necesario, establezcan un programa de control;

2) a que aceleren los esfuerzos desplegados para detectar y tratar los casos en una fase temprana;

3) a que, cuando sea viable, establezcan una colaboración eficaz con otras actividades pertinentes de lucha contra las enfermedades;

4) a que, en el marco del desarrollo de los sistemas de salud, establezcan y mantengan alianzas a nivel de país para el control de la úlcera de Buruli;

5) a que velen por que se disponga de recursos nacionales suficientes para atender las necesidades de control, incluido el acceso al tratamiento y a los servicios de rehabilitación;

[1] Documento A57/5.

6) a que ofrezcan formación a los médicos generales para mejorar sus conocimientos prácticos de cirugía;

7) a que ofrezcan formación en materia de prevención de las discapacidades a todos los profesionales sanitarios;

2. ALIENTA a todos los Estados Miembros:

1) a que participen en la Iniciativa Mundial contra la Úlcera de Buruli;

2) a que intensifiquen las investigaciones con miras a desarrollar medios de diagnóstico, tratamiento y prevención de la enfermedad, y a integrar la úlcera de Buruli en el sistema nacional de vigilancia de las enfermedades;

3) a que intensifiquen la participación de la comunidad en el reconocimiento de los síntomas de la enfermedad;

3. EXHORTA a la comunidad internacional, a las organizaciones y órganos del sistema de las Naciones Unidas, a los donantes, a las organizaciones no gubernamentales, a las fundaciones y a los centros de investigación:

1) a que cooperen directamente con los países en los que la enfermedad es endémica a fin de reforzar las actividades de control e investigación;

2) a que creen alianzas y fomenten la colaboración con organizaciones y programas que participan en el desarrollo de los sistemas de salud, a fin de que puedan beneficiarse de intervenciones eficaces todas las personas que las necesiten;

3) a que presten apoyo a la Iniciativa Mundial contra la Úlcera de Buruli;

4. PIDE al Director General:

1) que siga prestando apoyo técnico a la Iniciativa Mundial contra la Úlcera de Buruli, en particular para conocer mejor la carga de morbilidad y mejorar el acceso temprano al diagnóstico y el tratamiento mediante el fortalecimiento general de la infraestructura sanitaria;

2) que fomente la cooperación técnica entre los países como medio de reforzar la vigilancia, el control y los servicios de rehabilitación;

3) que promueva las investigaciones dirigidas a mejorar los medios de diagnóstico, tratamiento y prevención, con la coordinación y el apoyo del Programa Especial UNICEF/PNUD/Banco Mundial/OMS de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales.

(Séptima sesión plenaria, 21 de mayo de 2004 -
Comisión A, primer informe)

WHA57.2 Control de la tripanosomiasis africana humana

La 57ª Asamblea Mundial de la Salud,

Recordando las resoluciones WHA50.36 y WHA56.7;

Habiendo examinado el informe sobre la tripanosomiasis africana humana;[1]

Profundamente preocupada por el resurgimiento de la tripanosomiasis africana y sus efectos devastadores en la población humana y el ganado en el continente africano;

Reconociendo que la forma humana de la enfermedad constituye un importante problema de salud pública debido a sus efectos invariablemente mortales en los casos no tratados, a la frecuencia de trastornos neurológicos permanentes en los casos tratados, en particular deficiencias mentales y psicomotoras permanentes en los niños, y a su tendencia a presentarse de forma epidémica;

Preocupada además por los crecientes problemas de farmacorresistencia y fracaso terapéutico;

Acogiendo con agrado el alto grado de compromiso político con el combate contra la tripanosomiasis africana humana expresado por los dirigentes de los gobiernos de los países donde la enfermedad es endémica;

Acogiendo con agrado también el renovado compromiso de controlar la enfermedad expresado en recientes iniciativas y alianzas publicoprivadas, que han aliviado en gran medida el problema del acceso inadecuado a los medicamentos existentes;

Observando que, no obstante los grandes progresos que se están realizando en el control de la enfermedad, sigue siendo muy necesario disponer de mejores instrumentos de control, en particular medicamentos más seguros y más eficaces y pruebas diagnósticas más simples,

1. INSTA a los Estados Miembros:

   1) a que sigan concediendo alta prioridad al control de la tripanosomiasis africana humana;

   2) a que, en las zonas endémicas, aumenten los recursos humanos y financieros sirviéndose si procede de fondos utilizados anteriormente para comprar medicamentos, y refuercen la detección de casos, el diagnóstico y el tratamiento, y las infraestructuras necesarias a ese efecto;

2. PIDE al Director General:

   1) que siga perfeccionando las estrategias de control para poder aprovechar al máximo los recursos nacionales e internacionales y prevenir una mayor propagación de la epidemia;

   2) que fomente entre los diversos sectores y organismos interesados un enfoque integral que tenga en cuenta la importancia de la lucha antivectorial y del control de la enfermedad en el ganado;

[1] Documento A57/6.

3) que siga colaborando estrechamente con todos los asociados interesados, en particular a través del Programa Especial UNICEF/PNUD/Banco Mundial/OMS de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales, en las investigaciones encaminadas a obtener medicamentos más seguros y eficaces y pruebas más simples para la detección de los tripanosomas;

4) que el primer año de cada bienio informe a la Asamblea de la Salud acerca de los progresos realizados.

(Séptima sesión plenaria, 21 de mayo de 2004 -
Comisión A, primer informe)

WHA57.3 Situación sanitaria de la población árabe en los territorios árabes ocupados, incluida Palestina, y asistencia prestada

La 57ª Asamblea Mundial de la Salud,

Habida cuenta del principio básico establecido en la Constitución de la OMS, según el cual la salud de todos los pueblos es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad;

Recordando todas sus resoluciones anteriores sobre la situación sanitaria en los territorios árabes ocupados;

Manifestando su aprecio por el informe del Director General sobre la situación sanitaria de la población árabe en los territorios árabes ocupados, incluida Palestina, y asistencia prestada;[1]

Expresando su preocupación por el deterioro de las condiciones sanitarias y la crisis humanitaria resultantes de las actividades militares que han causado graves restricciones del movimiento de personas y bienes palestinos, incluidas las restricciones de los desplazamientos hacia y desde los territorios palestinos, particularmente de ambulancias, personal sanitario, heridos y enfermos;

Expresando su preocupación por el continuado uso excesivo de la fuerza por las fuerzas militares israelíes, que ha causado miles de muertos y heridos palestinos, incluso de niños;

Expresando su preocupación por el grave deterioro de la situación económica y sanitaria causado por los cierres y toques de queda impuestos a los palestinos por las fuerzas ocupantes israelíes, que, junto con la retención de los ingresos en concepto de impuestos palestinos, ha provocado niveles sin precedentes de desempleo, con el consiguiente aumento de la pobreza, la inseguridad alimentaria y la vulnerabilidad nutricional; y por los informes sobre la existencia de casos de malnutrición entre los niños, y las pruebas que indican la existencia de anemia endémica entre las madres lactantes;

Expresando su preocupación por la destrucción generalizada de la infraestructura civil durante las incursiones militares israelíes y, en particular, porque Israel ha seguido construyendo una «valla de seguridad» en zonas que no están situadas en las fronteras de 1967 ni cerca de ellas, lo cual provoca a los palestinos dificultades económicas y humanitarias e impide el acceso a hospitales y a la atención sanitaria;

[1] Documento A57/30.

Expresando su preocupación por las graves violaciones del derecho internacional humanitario por las autoridades de ocupación israelíes en los territorios árabes ocupados, en particular la detención ilegal de miles de civiles palestinos, entre ellos cientos de niños encerrados en cárceles israelíes, algunos de los cuales están detenidos sin cargos y otros están enfermos y privados de atención médica;

Afirmando que los ataques de cualquier parte contra la población civil, en particular las ejecuciones extrajudiciales, constituyen otra violación del derecho internacional humanitario;

Afirmando que la violencia, los cierres y los toques de queda repetidos y la continua ocupación de los territorios palestinos figuran entre las causas principales de la angustia psicológica y los problemas emocionales agudos que padecen los niños y adultos palestinos, en particular problemas psicosomáticos, rechazo de la autoridad, adopción de comportamientos de riesgo, falta de esperanza en el futuro, y de los derivados de la atmósfera general de desesperanza y frustración;

Afirmando el derecho de los pacientes y el personal médico palestinos a beneficiarse de los servicios de salud disponibles en las instituciones sanitarias palestinas de la Jerusalén oriental ocupada,

1. EXHORTA a Israel, la potencia ocupante, a que ponga fin de inmediato a todas sus prácticas, políticas y planes que afectan gravemente a las condiciones sanitarias de los civiles sometidos al régimen de ocupación, particularmente su uso excesivo de la fuerza y sus acciones militares contra las poblaciones civiles palestinas;

2. EXPRESA su gratitud a todos los Estados Miembros, las organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales por su continuo apoyo para atender las necesidades sanitarias del pueblo palestino;

3. MANIFIESTA su agradecimiento y reconocimiento al Director General por sus esfuerzos para prestar la necesaria asistencia al pueblo palestino, el resto de la población árabe de los territorios árabes ocupados, y otros pueblos de la región;

4. PIDE al Director General:

1) que envíe lo antes posible a los territorios árabes ocupados, incluida Palestina, un comité de investigación sobre el deterioro de la situación sanitaria y económica resultante tanto de la crisis actual como del levantamiento de la «valla de seguridad» en los territorios palestinos ocupados;

2) que adopte medidas urgentes, en cooperación con los Estados Miembros, para apoyar al Ministerio de Salud de Palestina y a otros proveedores de servicios médicos en su empeño por superar las dificultades actuales, en particular para garantizar la libertad de movimiento de todo el personal sanitario y los pacientes, así como el abastecimiento normal de suministros médicos a los locales médicos palestinos;

3) que tome medidas, en cooperación con los Estados Miembros, para posibilitar el libre desplazamiento de bienes, trabajadores y personas a fin de permitir el comercio, la agricultura y otras formas de actividad económica en los territorios palestinos ocupados, y el acceso de la población en general a los servicios básicos;

4) que siga proporcionando la asistencia técnica necesaria para subvenir a las necesidades provocadas por la crisis actual, incluidos los problemas sanitarios resultantes del levantamiento de la «valla de seguridad»;

5) que adopte las medidas necesarias y establezca los contactos que hagan falta para obtener financiación de diversas fuentes, incluidas las extrapresupuestarias, a fin de atender las urgentes necesidades sanitarias del pueblo palestino;

6) que adopte con urgencia medidas para aplicar la estrategia conjunta del Ministerio de Salud y la OMS en materia de salud mental;

7) que informe sobre la aplicación de la presente resolución a la 58ª Asamblea Mundial de la Salud.

(Séptima sesión plenaria, 21 de mayo de 2004 -
Comisión B, primer informe)

WHA57.4 Informe financiero sobre las cuentas de la OMS en 2002-2003; informe del Comisario de Cuentas y observaciones formuladas al respecto en nombre del Consejo Ejecutivo

La 57ª Asamblea Mundial de la Salud,

Visto el informe financiero y los estados financieros comprobados sobre el ejercicio 1 de enero de 2002 - 31 de diciembre de 2003 y el informe del Comisario de Cuentas a la Asamblea Mundial de la Salud;[1]

Tras haber tomado nota del primer informe del Comité de Administración, Presupuesto y Finanzas del Consejo Ejecutivo a la 57ª Asamblea Mundial de la Salud,[2]

ACEPTA el informe financiero del Director General y los estados financieros comprobados sobre el ejercicio 1 de enero de 2002 - 31 de diciembre de 2003 y el informe del Comisario de Cuentas a la Asamblea Mundial de la Salud.

(Octava sesión plenaria, 22 de mayo de 2004 -
Comisión B, segundo informe)

WHA57.5 Miembros con atrasos de contribuciones de importancia bastante para que esté justificado aplicar el Artículo 7 de la Constitución

La 57ª Asamblea Mundial de la Salud,

Visto el segundo informe del Comité de Administración, Presupuesto y Finanzas del Consejo Ejecutivo a la 57ª Asamblea Mundial de la Salud sobre los Miembros con atrasos de contribuciones de importancia bastante para que esté justificado aplicar el Artículo 7 de la Constitución;[3]

Enterada de que, en el momento de la apertura de la 57ª Asamblea Mundial de la Salud, continuaba suspendido el derecho de voto del Afganistán, Antigua y Barbuda, la Argentina, Armenia, el

[1] Documentos A57/20 y A57/20 Add.1.

[2] Documento A57/21.

[3] Documento A57/22.

Chad, las Comoras, Georgia, Guinea-Bissau, el Iraq, Kirguistán, Liberia, Nauru, el Níger, la República Centroafricana, la República de Moldova, la República Dominicana, Somalia, Suriname, Tayikistán y Turkmenistán, y de que dicha suspensión seguirá vigente hasta que los atrasos de estos Estados Miembros se hayan reducido, en la actual Asamblea de la Salud o en Asambleas futuras, a un nivel inferior a la cuantía que justifica la aplicación del Artículo 7 de la Constitución;

Tomando nota de que las Islas Salomón y el Uruguay tenían en el momento de la apertura de la 57ª Asamblea Mundial de la Salud atrasos de contribuciones de importancia bastante para que fuese necesario que la Asamblea de la Salud examinara, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 7 de la Constitución, la procedencia de suspender o no el derecho de voto de esos países en la fecha de apertura de la 58ª Asamblea Mundial de la Salud;

Habiendo sido informada de que ulteriormente el Uruguay ha liquidado por completo sus atrasos, y por lo tanto ya no figura en la lista de Miembros con atrasos de importancia bastante para que esté justificado aplicar el Artículo 7 de la Constitución,

RESUELVE:

1) que, de acuerdo con la declaración de principios adoptada en la resolución WHA41.7, si en el momento de la apertura de la 58ª Asamblea Mundial de la Salud las Islas Salomón siguen con atrasos de contribuciones de importancia bastante para que esté justificado aplicar el Artículo 7 de la Constitución, se les suspenda el derecho de voto con efecto a partir de dicha apertura;

2) que cualquier suspensión que entre en vigor a tenor del párrafo precedente continúe en la 58ª Asamblea Mundial de la Salud y en las Asambleas subsiguientes, hasta que los atrasos de las Islas Salomón se hayan reducido a un nivel inferior a la cuantía que justifica la aplicación del Artículo 7 de la Constitución;

3) que esta decisión se aplique sin perjuicio del derecho que asiste a todo Miembro de pedir el restablecimiento de su derecho de voto de conformidad con el Artículo 7 de la Constitución.

(Octava sesión plenaria, 22 de mayo de 2004 -
Comisión B, tercer informe)

WHA57.6 Atrasos de contribuciones: Ucrania

La 57ª Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el segundo informe del Comité de Administración, Presupuesto y Finanzas del Consejo Ejecutivo sobre los Miembros con atrasos de contribuciones de importancia bastante para que esté justificado aplicar el Artículo 7 de la Constitución, con respecto a la solicitud de Ucrania para la liquidación de sus contribuciones pendientes de pago,[1]

1. DECIDE restablecer el derecho de voto de Ucrania en la 57ª Asamblea Mundial de la Salud, a reserva del cumplimiento de las condiciones siguientes:

[1] Documento A57/22.

1) Ucrania liquidará sus atrasos de contribuciones señaladas, que ascienden a un total de US$ 36 163 544, a lo largo de 15 años, a reserva de que abone al menos la mitad de la cantidad adeudada, a saber, US$ 18 081 772, antes del final de 2011;

2) Ucrania abonará por lo menos US$ 1 500 000 al año, que se utilizarán par sufragar, en primer lugar, la contribución señalada para el año correspondiente, en segundo lugar, las ocho anualidades de US$ 342 848 cada una pagaderas según lo dispuesto en la resolución WHA45.23, y, en tercer lugar, los atrasos pendientes;

2. DECIDE, de conformidad con el Artículo 7 de la Constitución, que se suspenda automáticamente el derecho de voto de Ucrania si Ucrania no cumple con los requisitos estipulados en el párrafo 1;

3. PIDE al Director General que informe a la 58ª Asamblea Mundial de la Salud sobre la situación a este respecto;

4. PIDE al Director General que comunique la presente resolución al Gobierno de Ucrania.

(Octava sesión plenaria, 22 de mayo de 2004 - Comisión B, tercer informe)

WHA57.7 Acuerdo con el *Office international des Epizooties*

La 57ª Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe sobre el acuerdo entre la OMS y el *Office international des Epizooties*;[1]

Teniendo presente el Artículo 70 de la Constitución de la OMS,

APRUEBA el acuerdo entre la Organización Mundial de la Salud y el *Office international des Epizooties*, a reserva de que en todo el texto la expresión «Países Miembros» sea sustituida por «Miembros».

(Octava sesión plenaria, 22 de mayo de 2004 - Comisión B, cuarto informe)

WHA57.8 Reglamento Interior de la Asamblea Mundial de la Salud: modificación del artículo 72

La 57ª Asamblea Mundial de la Salud,

Recordando la resolución WHA33.17, referente al estudio sobre las estructuras de la OMS en relación con sus funciones, y la resolución WHA54.22, sobre la reforma del Consejo Ejecutivo;

Habiendo examinado la resolución EB112.R1,

[1] Véase el anexo 1.

1. DECIDE sustituir el texto vigente del artículo 72 de su Reglamento Interior por el siguiente:

Artículo 72

Las decisiones de la Asamblea de la Salud habrán de tomarse en los asuntos importantes por una mayoría de dos tercios de los Miembros presentes y votantes. Se consideran asuntos importantes: la adopción de convenios o acuerdos; la aprobación de acuerdos que, de conformidad con lo previsto en los Artículos 69, 70 y 72 de la Constitución, determinen las relaciones de la Organización con las Naciones Unidas o con organismos u organizaciones intergubernamentales; las reformas de la Constitución; el nombramiento del Director General; las decisiones sobre la cuantía del presupuesto efectivo; y la suspensión, en aplicación del Artículo 7 de la Constitución, de los derechos de voto y de la prestación de servicios a un Miembro.

2. RESUELVE que en los *Documentos básicos*, de conformidad con las normas de interpretación generalmente aceptadas, deberá entenderse que la mención de un género hace referencia también al otro, a no ser que el contexto exija otra cosa.

(Octava sesión plenaria, 22 de mayo de 2004 -
Comisión B, cuarto informe)

WHA57.9 Erradicación de la dracunculosis

La 57ª Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe sobre la erradicación de la dracunculosis;[1]

Observando con satisfacción los excelentes resultados alcanzados por los países endémicos, que han reducido el número de casos de dracunculosis de unos 3,5 millones en 1986 a 32 000 casos notificados en 2003;

Observando asimismo que hay sólo 12 países endémicos, todos ellos en el África subsahariana,

1. FELICITA a los Estados Miembros, a la Organización y a los órganos asociados, en particular el UNICEF y el Centro Carter, porque han aumentado la disponibilidad de agua segura y potable, mejorado la vigilancia para la detección de casos, reforzado las intervenciones y sensibilizado al público acerca de la enfermedad;

2. FELICITA a los 168 países y territorios que han sido certificados exentos de transmisión de dracunculosis desde que se estableció la Comisión Internacional de Certificación de la Erradicación de la Dracunculosis, en 1995;

3. RECUERDA que, con ocasión de la celebración de la 57ª Asamblea Mundial de la Salud, los ministros de salud de los países donde esta enfermedad aún es endémica firmaron la Declaración de Ginebra sobre la erradicación de la dracunculosis para 2009;

4. INSTA a los demás países endémicos a que redoblen sus esfuerzos de erradicación, incluidas la vigilancia activa y las medidas preventivas;

[1] Documento A57/33.

5. INSTA a los Estados Miembros, a la Organización, al UNICEF, al Centro Carter y a otras entidades apropiadas a que aprovechen los éxitos y oportunidades actuales y mantengan su compromiso, colaboración y cooperación, obtengan apoyo político en el nivel más alto y consigan que se movilicen los recursos tan necesarios para ultimar la erradicación antes de que concluya 2009.

6. RECOMIENDA al Director General que preste apoyo para la movilización de recursos adecuados destinados a las últimas etapas del programa de erradicación de la dracunculosis y a sus actividades de verificación y certificación con miras a lograr un mundo libre de esta enfermedad.

(Octava sesión plenaria, 22 de mayo de 2004 -
Comisión B, cuarto informe)

WHA57.10 Seguridad vial y salud

La 57ª Asamblea Mundial de la Salud,

Recordando la resolución WHA27.59 (1974), en la que se señalaba que los accidentes de tránsito causaban amplios y graves problemas de salud pública, que era necesario desplegar esfuerzos internacionales coordinados y que la OMS debía proporcionar liderazgo a los Estados Miembros;

Habiendo examinado el informe sobre seguridad vial y salud;[1]

Acogiendo con agrado la resolución 58/9 de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la crisis mundial de la seguridad vial;

Tomando nota con reconocimiento de la adopción por la Asamblea General de las Naciones Unidas de la resolución 58/289, en la que se invita a la OMS a que, colaborando estrechamente con las comisiones regionales de las Naciones Unidas, coordine las cuestiones de seguridad vial en el sistema de las Naciones Unidas;

Reconociendo la tremenda carga de mortalidad a escala mundial que se deriva de las colisiones en las vías de tránsito, el 90% de las cuales se producen en países de ingresos bajos y medios;

Reconociendo que todo usuario de las vías de tránsito debe asumir la responsabilidad de viajar de forma segura y de respetar las leyes y las normas de tránsito;

Reconociendo que los traumatismos causados por el tránsito constituyen un problema de salud pública grave, pero desatendido, que tiene importantes consecuencias en términos de mortalidad y morbilidad, así como considerables costos económicos y sociales, y que es previsible que el problema empeore si no se adoptan medidas urgentes;

Reconociendo asimismo que es necesario un enfoque multisectorial para abordar con éxito este problema y que existen intervenciones basadas en datos científicos que permiten reducir las repercusiones de los traumatismos causados por el tránsito;

[1] Documento A57/10.

Enterada del gran número de actividades organizadas con ocasión del Día Mundial de la Salud 2004, en particular la presentación del primer informe mundial sobre la prevención de los traumatismos causados por el tránsito rodado,[1]

1. CONSIDERA que el sector de la salud pública y otros sectores - tanto los gobiernos como la sociedad civil - deberían participar activamente en los programas de prevención de los traumatismos causados por el tránsito mediante la vigilancia de los traumatismos y la obtención de datos al respecto, la investigación de los factores de riesgo, la aplicación y evaluación de intervenciones para reducir esos traumatismos, la prestación de asistencia prehospitalaria y traumatológica y de apoyo psicológico a las víctimas, y la promoción de la prevención de los traumatismos causados por el tránsito;

2. INSTA a los Estados Miembros, en particular a los que soportan una gran proporción de la carga de traumatismos causados por el tránsito, a que movilicen a su sector de la salud pública mediante la designación de coordinadores de la prevención y mitigación de las consecuencias adversas de las colisiones en las vías de tránsito, quienes se encargarían de organizar la respuesta de la salud pública en materia de epidemiología, prevención y promoción, y servirían de enlace con otros sectores;

3. ACEPTA la invitación de la Asamblea General de las Naciones Unidas para que la OMS actúe como coordinadora de las cuestiones de seguridad vial en el sistema de las Naciones Unidas, colaborando estrechamente con las comisiones regionales de las Naciones Unidas;

4. RECOMIENDA a los Estados Miembros:

1) que integren la prevención de los traumatismos causados por el tránsito en los programas de salud pública;

2) que evalúen la situación nacional con respecto a la carga que representan los traumatismos causados por el tránsito y garanticen la disponibilidad de recursos acordes con la magnitud del problema;

3) que, si todavía no lo han hecho, preparen y pongan en práctica una estrategia nacional de prevención de los traumatismos causados por el tránsito, y planes de acción adecuados;

4) que establezcan la función rectora del gobierno en materia de seguridad vial, incluida la designación de un solo organismo o centro de coordinación encargado de la seguridad vial, o bien otros mecanismos eficaces acordes con el contexto nacional;

5) que faciliten la colaboración multisectorial entre diferentes ministerios y sectores, incluidas las empresas de transportes privadas, las comunidades y la sociedad civil;

6) que refuercen los servicios de emergencia y de rehabilitación;

7) que fomenten la toma de conciencia acerca de los factores de riesgo, en particular acerca de los efectos del abuso del alcohol y de los medicamentos psicoactivos y del uso de teléfonos móviles durante la conducción;

8) que adopten medidas concretas para prevenir y controlar la mortalidad y la morbilidad causadas por las colisiones en las vías de tránsito y evalúen el impacto de esas medidas;

---

[1] *Informe mundial sobre prevención de los traumatismos causados por el tránsito.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004.

9) que velen por el cumplimiento de las leyes y normas de tránsito y que trabajen con las escuelas, los empleadores y otras organizaciones para promover la educación en seguridad vial de conductores y peatones por igual;

10) que se sirvan del próximo informe mundial sobre prevención de los traumatismos causados por el tránsito como herramienta para planificar y poner en práctica estrategias apropiadas de prevención;

11) que velen por que los ministerios de salud participen en la elaboración de políticas relativas a la prevención de los traumatismos causados por el tránsito;

12) que, en especial si son países en desarrollo, promulguen legislación y la apliquen estrictamente en lo que se refiere al uso del casco por los motociclistas y los pasajeros de motocicletas, y que hagan obligatorio que los fabricantes de automóviles incluyan en éstos cinturones de seguridad, y que los conductores los utilicen;

13) que estudie las posibilidades de aumentar la financiación de la seguridad vial, en particular mediante la creación de un fondo;

5. PIDE al Director General:

1) que colabore con los Estados Miembros en el establecimiento de políticas y programas de salud pública con base científica para la aplicación de medidas encaminadas a prevenir los traumatismos causados por el tránsito y mitigar sus consecuencias;

2) que fomente la realización de investigaciones encaminadas a respaldar los métodos de prevención de los traumatismos causados por el tránsito y de mitigación de sus consecuencias que estén basados en datos científicos;

3) que facilite la adaptación de medidas efectivas para prevenir los traumatismos causados por el tránsito que puedan aplicarse en las comunidades locales;

4) que proporcione apoyo técnico para fortalecer los sistemas de asistencia prehospitalaria y traumatológica a las víctimas de las colisiones en las vías de tránsito;

5) que colabore con los Estados Miembros, las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas y las organizaciones no gubernamentales en el fortalecimiento de la capacidad de prevención de los traumatismos;

6) que mantenga y fortalezca los esfuerzos por aumentar el grado de concienciación acerca de la magnitud de los traumatismos causados por el tránsito y su prevención;

7) que organice regularmente reuniones de expertos para intercambiar información y crear capacidad;

8) que informe a la 60ª Asamblea Mundial de la Salud sobre los progresos realizados en la promoción de la seguridad vial y la prevención de los traumatismos causados por el tránsito.

(Octava sesión plenaria, 22 de mayo de 2004 -
Comisión A, segundo informe)

WHA57.11 La familia y la salud en el contexto del décimo aniversario del Año Internacional de la Familia

La 57ª Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe sobre la salud de la familia en el contexto del décimo aniversario del Año Internacional de la Familia;[1]

Recordando que en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud se declara que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social;

Reconociendo y promoviendo la igualdad de derechos entre el hombre y la mujer y resaltando que la igualdad entre hombres y mujeres y el respeto de los derechos de todos los miembros de la familia son fundamentales para el bienestar familiar y para la sociedad en general;

Recordando también los compromisos, objetivos y resultados de las conferencias y cumbres de las Naciones Unidas que abordan cuestiones sanitarias relacionadas con los miembros de la familia, las personas y las comunidades;

Recordando además que en los instrumentos pertinentes de las Naciones Unidas sobre los derechos humanos y en planes y programas mundiales de acción en ese ámbito se propugna que se facilite a la familia la máxima protección y asistencia posible, teniendo en cuenta la existencia de diversas formas de familia en los distintos sistemas culturales, políticos y sociales;

Reconociendo asimismo que los progenitores, las familias, los custodios legales y otros cuidadores tienen un papel y una responsabilidad primordiales en el bienestar de los niños, y deben recibir apoyo para desempeñar sus responsabilidades en la crianza de éstos, y que en todas las acciones relativas a los niños la consideración primordial ha de ser el interés superior del niño;

Reconociendo asimismo que las normas culturales, las condiciones socioeconómicas, la igualdad de género y la educación son importantes determinantes de la salud;

Reconociendo que las familias y las redes sociales fuertes y capaces de prestar apoyo tienen efectos positivos en la salud de todos los miembros de la familia, mientras que el acceso insuficiente a la atención sanitaria, el maltrato de los niños, el descuido, y la violencia en todas sus formas, especialmente la violencia conyugal y doméstica, el abuso del alcohol y de otras sustancias, el abandono de las personas mayores y de las personas con discapacidades y los posibles efectos de las separaciones por largos periodos, como en el caso de las migraciones, son un importante motivo de preocupación;

Observando con inquietud los efectos devastadores de la pandemia de VIH/SIDA en las familias y sus miembros, en los individuos y en las comunidades, sobre todo en las familias encabezadas por niños y personas mayores;

Observando que en 2004 se conmemora el décimo aniversario del Año Internacional de la Familia,

[1] Documento A57/12.

1. INSTA a los Estados Miembros:

1) a que evalúen sus políticas nacionales con miras a ayudar a las familias a proporcionar un entorno favorable para todos sus miembros;

2) a que garanticen la disponibilidad de infraestructuras legales, sociales y físicas adecuadas de apoyo a los progenitores, las familias, los tutores legales y otros cuidadores, en particular los hombres y mujeres mayores, a fin de reforzar su aptitud para la asistencia, crianza y protección en interés de todos los niños a su cuidado, teniendo debidamente en cuenta la opinión de los niños, de acuerdo con su edad y su grado de madurez;

3) a que adopten medidas para garantizar que las políticas, los planes y los programas de salud que tengan en cuenta el género reconozcan y aborden los derechos y las necesidades globales de salud y desarrollo de todos los miembros de la familia, prestando especial atención a las familias con más riesgo de no poder atender las necesidades básicas de sus miembros, como son aquellas donde ocurren casos de maltrato de niños, violencia en general, violencia doméstica o abandono, que a veces afectan a personas discapacitadas o de edad avanzada;

4) a que desarrollen, usen y mantengan sistemas que proporcionen datos desglosados por sexo, edad y otros determinantes de la salud, con el fin de apoyar la planificación, aplicación, vigilancia y evaluación de intervenciones sanitarias centradas en todos los miembros de la familia y basadas en datos científicos;

5) a que creen, o las refuercen si las hubiere, alianzas y asociaciones con todos los interlocutores gubernamentales y no gubernamentales pertinentes para ayudar a las familias a atender las necesidades de salud y desarrollo de todos sus miembros;

6) a que refuercen las actuaciones nacionales a fin de garantizar que se disponga de recursos suficientes para cumplir con los compromisos internacionales y los objetivos y resultados de las conferencias y cumbres pertinentes de las Naciones Unidas relacionados con la salud de los miembros de la familia;

7) a que cumplan sus obligaciones en virtud de los instrumentos internacionales pertinentes para la familia y el desarrollo sanitario, como la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer y la Convención sobre los Derechos del Niño, según lo especificado en la resolución WHA46.27 sobre el Año Internacional de la Familia;

2. PIDE al Director General:

1) que fomente la toma de conciencia sobre los temas de salud de interés para las familias y sus miembros, los individuos y la comunidad, y que apoye a los Estados Miembros en sus esfuerzos destinados a fortalecer las políticas de salud en relación con esos temas;

2) que preste apoyo a los Estados Miembros que lo soliciten para desarrollar, usar y mantener sistemas que proporcionen datos desglosados por sexo, edad y otros determinantes de la salud con el fin de apoyar la planificación, aplicación, vigilancia y evaluación de intervenciones sanitarias centradas en la familia y sus miembros y basadas en datos científicos;

3) que apoye a los Estados Miembros en sus esfuerzos tendentes a establecer o reforzar programas sobre la crianza de los hijos mediante la realización de investigaciones pertinentes y la organización de foros internacionales para compartir las experiencias de los países;

4) que apoye a los Estados Miembros en los esfuerzos que despliegan para atender los compromisos adquiridos en relación con los objetivos y resultados de las conferencias y cumbres pertinentes de las Naciones Unidas relacionados con la salud de los miembros de la familia, en colaboración con los asociados pertinentes;

5) que preste la debida atención a los aspectos de la atención y el apoyo relacionados con la salud de los miembros de la familia, incluidos los hombres y las personas de edad, en las políticas y los programas pertinentes de la Organización, y que vele por que las iniciativas centradas en la familia y la salud tengan en cuenta el papel de las escuelas en la educación de la infancia, sobre todo de las niñas;

6) que colabore estrechamente con el Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas y con otras organizaciones pertinentes del sistema de las Naciones Unidas, como el UNICEF y el FNUAP, en las cuestiones relativas a la familia y sus miembros, intercambiando experiencias y conclusiones;

7) que informe a la 59ª Asamblea Mundial de la Salud, por conducto del Consejo Ejecutivo, sobre los progresos realizados en la aplicación de esta resolución.

(Octava sesión plenaria, 22 de mayo de 2004 -
Comisión A, segundo informe)

WHA57.12 Salud reproductiva: estrategia para acelerar el avance hacia el logro de los objetivos y metas internacionales de desarrollo

La 57ª Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el proyecto de estrategia para acelerar el avance hacia el logro de los objetivos y metas internacionales de desarrollo relacionados con la salud reproductiva;[1]

Recordando y reconociendo el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo, 1994) y las medidas clave para seguir ejecutando el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su vigésimo primer periodo extraordinario de sesiones, en julio de 1999;

Recordando y reconociendo además la Plataforma de Acción de Beijing (Beijing, 1995) y las nuevas medidas e iniciativas para la aplicación de la Declaración y la Plataforma de Acción de Beijing aprobadas en el vigésimo tercer periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas, en junio de 2000;

Reafirmando los objetivos de desarrollo que figuran en la Declaración del Milenio, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su quincuagésimo quinto periodo de sesiones, en septiembre de 2000,[2] y en la Guía general para la aplicación de la Declaración del Milenio,[3] así como otros objetivos y metas internacionales de desarrollo;

---

[1] Véase el anexo 2.

[2] Resolución 55/2 de la Asamblea General de las Naciones Unidas.

[3] Documento A/56/326.

Reconociendo que el logro de los objetivos de desarrollo de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas y otros objetivos y metas internacionales exigen, de modo prioritario, cuantiosas inversiones y un firme compromiso político en relación con la salud reproductiva y sexual;

Recordando que en la resolución WHA55.19 se pedía al Director General, entre otras cosas, que elaborase una estrategia para acelerar el avance hacia la consecución de los objetivos y metas internacionales de desarrollo relacionados con la salud reproductiva,

1. RESPALDA la estrategia para acelerar el avance hacia el logro de los objetivos y metas internacionales de desarrollo relacionados con la salud reproductiva;

2. INSTA a los Estados Miembros a que, con carácter de urgencia:

1) adopten y apliquen la estrategia como parte de las actividades nacionales encaminadas a alcanzar los objetivos de desarrollo de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas y otros objetivos y metas internacionales de desarrollo, y movilicen voluntad política y recursos financieros para ello;

2) hagan que la salud reproductiva y sexual forme parte integrante de los procesos nacionales de planificación y preparación de presupuestos;

3) refuercen la capacidad de los sistemas de salud, con la participación de grupos comunitarios y no gubernamentales, con el fin de lograr el acceso universal a la atención en materia de salud sexual y reproductiva, haciendo particular hincapié en la salud de las madres y los recién nacidos en todos los países;

4) vigilen la aplicación de la estrategia para asegurarse de que beneficia a los pobres y otros grupos marginados, incluidos adolescentes y hombres, y de que fortalece la atención y los programas de salud reproductiva y sexual en todos los niveles;

5) se aseguren de que todos los aspectos de la salud reproductiva y sexual, inclusive la salud reproductiva de los adolescentes y la salud de las madres y los recién nacidos, estén comprendidos en los mecanismos nacionales de vigilancia e información sobre los progresos realizados hacia el logro de los objetivos de desarrollo de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas;

3. PIDE al Director General:

1) que preste apoyo a los Estados Miembros que lo soliciten en la aplicación de la estrategia de salud reproductiva y la evaluación de su impacto y su eficacia;

2) que asigne suficiente prioridad, compromiso y recursos institucionales para apoyar una promoción y aplicación efectivas de la estrategia y de las «medidas necesarias» que pone de relieve esa estrategia;

3) que preste apoyo a los Estados Miembros para asegurar el abastecimiento de productos de salud reproductiva;

4) que preste particular atención a la salud de las madres y los recién nacidos en la preparación del primer informe de la OMS sobre los progresos realizados en materia de salud reproductiva y sexual en 2005, como parte de su contribución al informe del Secretario General a la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre los progresos realizados hacia el logro de los objetivos de desarrollo de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas;

5) que, por conducto del Consejo Ejecutivo, presente a la Asamblea de la Salud informes periódicos, cuando menos bienales, sobre la aplicación de la estrategia.

(Octava sesión plenaria, 22 de mayo de 2004 -
Comisión A, segundo informe)

WHA57.13 Genómica y salud mundial

La 57ª Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe sobre genómica y salud mundial;[1]

Reconociendo que las investigaciones genómicas han realizado notables progresos y que muchos Estados Miembros no están bien preparados para ese nuevo enfoque de la práctica médica y las investigaciones médicas;

Deseosa de promover los beneficios potenciales de la revolución genómica en provecho de la salud de las poblaciones de los países desarrollados y los países en desarrollo por un igual;

Consciente de que la genómica suscita inquietudes en materia de seguridad y tiene repercusiones nuevas y complejas de índole ética, jurídica, social y económica;

Reafirmando que los adelantos en materia de genómica se tienen que considerar en el contexto del valor añadido que aportan a la práctica y la prestación de la atención de salud;

Reconociendo la urgente necesidad de que se realicen investigaciones sobre genómica y se preparen aplicaciones en ese campo, con el fin de promover avances que redunden en beneficio del ser humano;

Reconociendo que la genómica encierra grandes posibilidades para la salud pública;

Convencida de que es hora de que los gobiernos, la comunidad científica, la sociedad civil, el sector privado y la comunidad internacional se comprometan a asegurar que los adelantos de la genómica sean compartidos equitativamente por todos,

1. TOMA NOTA de las recomendaciones que figuran en el informe del Comité Consultivo de Investigaciones Sanitarias sobre genómica y salud mundial;[2]

2. ADOPTA, a los efectos de la presente resolución y de todas las actividades subsiguientes de la OMS, la siguiente definición de «genómica»: genómica es el estudio de los genes y sus funciones, y las técnicas conexas;

3. INSTA a los Estados Miembros a que consideren la adopción de esas recomendaciones y a que movilicen a todos los interlocutores científicos, sociales, políticos y económicos interesados, con los fines siguientes:

---

[1] Documento A57/16.

[2] *Genómica y salud mundial: informe del Comité Consultivo de Investigaciones Sanitarias*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2002.

1) formular políticas y estrategias nacionales sobre genómica y establecer mecanismos para evaluar las tecnologías pertinentes, la costoeficacia, las estructuras de revisión ética, las repercusiones jurídicas, sociales y económicas, los sistemas de reglamentación, en particular los relativos a la seguridad, y la necesidad de sensibilizar al público;

2) crear nuevos centros e instituciones dedicados a las investigaciones genómicas, o reforzar los existentes, con miras a fortalecer la capacidad nacional y acelerar la aplicación ética de los adelantos en materia de genómica de interés para los problemas sanitarios de los países;

4. EXHORTA a los Estados Miembros a que propicien una mayor colaboración entre el sector privado, la comunidad científica, la sociedad civil y otras partes interesadas pertinentes, en particular dentro del sistema de las Naciones Unidas, y su participación en un diálogo para hallar modos creativos y equitativos de movilizar más recursos para las investigaciones genómicas orientadas hacia las necesidades sanitarias de los países en desarrollo y crear capacidad en ámbitos tales como la bioética o la bioinformática;

5. PIDE al Director General:

1) que preste apoyo a los Estados Miembros para la formulación de políticas y estrategias nacionales y el fortalecimiento de la capacidad con el fin de que puedan beneficiarse de los adelantos de la genómica de mayor interés para sus problemas sanitarios y sus sistemas de reglamentación, sobre todo en lo relativo a la seguridad y a la necesidad de sensibilizar al público;

2) que promueva la función de la OMS, en colaboración con los organismos competentes de las Naciones Unidas, en la convocación de foros regionales e internacionales y el fomento de las alianzas entre las principales partes interesadas con el fin de movilizar recursos, contribuir a la creación de capacidad y hallar soluciones innovadoras a los problemas relacionados con los adelantos de la investigación genómica;

3) que facilite los intercambios entre los países desarrollados y los países en desarrollo en el terreno del uso y la aplicación de las técnicas genómicas, a fin de abordar problemas específicos tanto locales como regionales mediante, por ejemplo, actividades de formación y de apoyo técnico.

(Octava sesión plenaria, 22 de mayo de 2004 -
Comisión A, segundo informe)

WHA57.14 Expansión del tratamiento y la atención en el marco de una respuesta coordinada e integral al VIH/SIDA

La 57ª Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe sobre el VIH/SIDA;[1]

Observando con honda preocupación que al final de 2003 unos 40 millones de personas estaban infectadas por el VIH/SIDA, que se estima que la pandemia se cobró ese año tres millones de vidas, y que el VIH/SIDA está afectando con especial gravedad a mujeres y niños;

[1] Documento A57/4.

Preocupada asimismo por el hecho de que unos seis millones de personas de los países en desarrollo necesitan tratamiento antirretroviral, pero actualmente sólo lo reciben 440 000;

Observando con inquietud que otros problemas de salud causan asimismo una alta morbilidad y mortalidad en los países en desarrollo;

Reconociendo que la terapia antirretroviral ha reducido la mortalidad y prolongado los años de vida sana, y que la viabilidad de la administración de terapia antirretroviral ha quedado demostrada en varios entornos con pocos recursos;

Reconociendo que el tratamiento y el acceso a la medicación de las personas infectadas y afectadas por el VIH/SIDA, así como la prevención, la atención y el apoyo, son componentes indisociables de una respuesta integral del sector sanitario a nivel nacional y requieren ayuda financiera suficiente de los Estados y de otros donantes;

Reconociendo que la estigmatización social, la discriminación, la escasa asequibilidad de los antirretrovirales, las limitaciones económicas y las limitaciones en materia de capacidad asistencial y de recursos humanos son algunos de los principales obstáculos con que se encuentran las personas afectadas por el VIH/SIDA para acceder al tratamiento y la atención y el apoyo social;

Reconociendo asimismo la necesidad de reducir aún más el costo de los antirretrovirales;

Recordando la Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA adoptada en el periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (27 de junio de 2001), en la que se reconoce que la prevención de la infección por el VIH debe ser el pilar de las respuestas nacionales, regionales e internacionales a la epidemia, y se exhorta a hacer progresos importantes, ya para 2005, en la aplicación de estrategias de atención integrales, en particular para asegurar el acceso a los medicamentos antirretrovirales;

Recordando asimismo la resolución WHA55.12, sobre la contribución de la OMS al seguimiento del periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, la resolución WHA55.14, sobre garantía de la accesibilidad a los medicamentos esenciales, la resolución WHA56.27, sobre derechos de propiedad intelectual, innovación y salud pública, y la resolución WHA56.30, sobre la estrategia mundial del sector sanitario para el VIH/SIDA;

Recordando y reconociendo el Programa de Acción adoptado en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo, 1994), los compromisos asumidos en la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social (Copenhague, 1995) y la Cumbre Mundial en favor de la Infancia (Nueva York, 1990), la Declaración y la Plataforma de Acción de Beijing (1995), la Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer (1993) y la Declaración del Milenio (2000), así como sus recomendaciones y los respectivos seguimientos e informes;

Tomando nota con satisfacción del acuerdo alcanzado el 25 de abril de 2004 entre asociados para el desarrollo a fin de mejorar la coordinación y armonización de la respuesta contra el VIH/SIDA a nivel de país, con arreglo al planteamiento de los «tres principios», a saber: un marco de acción concertado contra el VIH/SIDA que siente las bases para coordinar las actividades de todos los asociados; una autoridad nacional de coordinación para el SIDA, dotada de un mandato multisectorial de base amplia; y un sistema convenido de vigilancia y evaluación a nivel de país;

Reconociendo el papel central desempeñado por el sector de la salud en la respuesta al VIH/SIDA y la necesidad de reforzar los sistemas de salud y el desarrollo de capacidad humana para que los países y las comunidades puedan contribuir plenamente al logro de las metas mundiales esta-

blecidas en la Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA, y al desarrollo de sistemas de salud pública con miras a reducir al mínimo la aparición de farmacorresistencia;

Subrayando la importancia de las actividades emprendidas por la OMS, en particular a través del proyecto iniciado por ésta sobre adquisiciones, calidad y fuentes, con miras a facilitar el acceso por parte de los países en desarrollo a medicamentos antirretrovirales y medios diagnósticos seguros, eficaces y asequibles al mejor precio posible;

Recordando la Declaración relativa al Acuerdo sobre los ADPIC y la salud pública, adoptada en la Conferencia Ministerial de la OMC (Doha, 2001), y acogiendo con satisfacción la decisión adoptada por el Consejo General de la OMC el 30 de agosto de 2003 acerca de la aplicación del párrafo 6 de dicha declaración;[1]

Reconociendo el papel especial desempeñado por la OMS en el sistema de las Naciones Unidas para combatir y mitigar los efectos del VIH/SIDA, en particular su responsabilidad en el seguimiento de la Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA y, como copatrocinadora del ONUSIDA, en la dirección de los esfuerzos desplegados por las Naciones Unidas en relación con el tratamiento y la atención del VIH/SIDA y en su destacada labor en el terreno de la prevención;

Felicitándose de los progresos realizados por muchos Estados Miembros en la adopción de las primeras medidas de expansión del tratamiento contra el VIH/SIDA en sus países;

Acogiendo asimismo con beneplácito el creciente apoyo prestado por los Estados Miembros a los programas de lucha contra el VIH/SIDA,

1. ELOGIA la estrategia «tres millones para 2005» del Director General, encaminada a ayudar a los países en desarrollo, como parte del seguimiento que hace la OMS de la estrategia mundial integral del sector sanitario para el VIH/SIDA, a lograr que tres millones de personas afectadas por el VIH/SIDA tengan acceso a tratamiento antirretroviral para el final de 2005, y toma nota de la importancia, sobre todo para la OMS, de movilizar recursos financieros de los Estados y otros donantes a fin de poder alcanzar esa meta;

2. INSTA a los Estados Miembros, con carácter prioritario:

1) a que establezcan infraestructuras sanitarias y sociales y sistemas de salud nacionales, o los refuercen, con la ayuda de la comunidad internacional si es necesario, a fin de asegurar su capacidad para suministrar servicios eficaces de prevención, tratamiento, atención y apoyo para el VIH/SIDA;

2) a que refuercen los sistemas nacionales de planificación, vigilancia y evaluación a fin de suministrar servicios de prevención, tratamiento, atención y apoyo contra el VIH/SIDA en el marco de la estrategia nacional general de salud, procurando hallar un equilibrio adecuado entre los servicios para el VIH/SIDA y todos los otros servicios esenciales de salud;

3) a que apliquen políticas y prácticas que fomenten lo siguiente:

a) unos recursos humanos suficientes y adecuadamente formados, con la combinación idónea de aptitudes para desencadenar una respuesta de expansión;

[1] Documento WT/L/540, disponible en http://docsonline.wto.org.

b) los derechos humanos, la equidad y la igualdad de género en el acceso al tratamiento y la atención;

c) la asequibilidad y disponibilidad en cantidades suficientes de productos farmacéuticos de buena calidad, en particular de antirretrovirales y de las tecnologías médicas empleadas para tratar, diagnosticar y manejar el VIH/SIDA;

d) unos servicios accesibles y asequibles de tratamiento, pruebas y asesoramiento, con consentimiento informado, prevención y atención para todos, sin discriminación, incluidos los grupos más vulnerables o socialmente desfavorecidos de la población;

e) la buena calidad y validez científica y médica de los productos farmacéuticos o las tecnologías médicas empleadas para tratar y manejar el VIH/SIDA, con independencia de sus fuentes o países de origen, lo que significa entre otras cosas hacer un uso óptimo de la lista OMS de medicamentos precalificados que satisfacen las normas internacionales de calidad;

f) más inversiones en medicamentos, incluidos los microbicidas, medios diagnósticos y las investigaciones sobre vacunas, en investigaciones sociológicas y de los sistemas sanitarios, y en las medicinas tradicionales y su posible interacción con otros medicamentos, a fin de mejorar las intervenciones eficaces;

g) el desarrollo de sistemas de salud concebidos para fomentar el acceso a los antirretrovirales y facilitar el cumplimiento de los regímenes terapéuticos, con miras a reducir al mínimo la farmacorresistencia y proteger a los pacientes de los medicamentos falsificados;

h) la integración de la nutrición en una respuesta integral contra el VIH/SIDA;

i) la promoción de la lactancia materna a la luz del marco del sistema de las Naciones Unidas para la acción prioritaria sobre el VIH y la alimentación del lactante, así como de las nuevas directrices OMS/UNICEF para los formuladores de políticas y los gestores sanitarios;

4) a que consideren, cuando proceda, la posibilidad de adaptar la legislación nacional a fin de aprovechar plenamente las flexibilidades previstas en el Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio;

5) a que apliquen el planteamiento de los «tres principios» con miras a mejorar la coordinación y la armonización de la respuesta al VIH/SIDA;

6) a que en los acuerdos comerciales bilaterales tengan en cuenta las flexibilidades previstas en el Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio y reconocidas por la Declaración relativa al Acuerdo sobre los ADPIC y la salud pública adoptada por la Conferencia Ministerial de la OMC (Doha, 2001);

3. PIDE al Director General:

1) que refuerce el papel decisivo de la OMS en lo que respecta a proporcionar liderazgo técnico, orientación y apoyo a la respuesta de los sistemas de salud al VIH/SIDA, dentro de la respuesta global del sistema de las Naciones Unidas, como copatrocinadora del ONUSIDA;

2) que tome medidas con arreglo al planteamiento de los «tres principios»:

a) para prestar apoyo a los países con miras a maximizar las oportunidades de aplicar todas las intervenciones de interés para la prevención, la atención, el apoyo y el tratamiento del VIH/SIDA y las enfermedades relacionadas, en particular la tuberculosis;

b) para respaldar, estimular y facilitar los esfuerzos realizados por los países en desarrollo con miras a extender masivamente el tratamiento antirretroviral poniendo especial atención en la pobreza, la igualdad de género y los grupos más vulnerables, dentro del contexto del fortalecimiento de los sistemas nacionales de salud y manteniendo siempre un equilibrio adecuado de las inversiones entre la prevención, la atención y el tratamiento;

c) para facilitar asesoramiento sobre la aceleración de la prevención en el marco de la expansión del tratamiento, en consonancia con la estrategia mundial del sector sanitario para el VIH/SIDA;

3) que tome medidas para mejorar el acceso de los países en desarrollo a productos farmacéuticos y medios de diagnóstico para diagnosticar, tratar y manejar el VIH/SIDA, incluido el refuerzo del proyecto de precalificación de la OMS;

4) que vele por que se hagan públicos el proceso de examen de precalificación y los resultados de los informes de inspección y evaluación de los productos que figuren en las listas, exceptuando la información de dominio privado y confidencial;

5) que preste apoyo a los países en desarrollo en las iniciativas de mejora de la gestión de la cadena de suministro y la adquisición de medicamentos y medios diagnósticos de buena calidad para el SIDA;

6) que preste apoyo a los países para que incorporen la expansión de la respuesta al VIH/SIDA en un amplio esfuerzo de fortalecimiento de los sistemas nacionales de salud, teniendo especialmente en cuenta el desarrollo de los recursos humanos y la infraestructura sanitaria, la financiación de los sistemas de salud y la información sanitaria;

7) que informe a la 58ª Asamblea Mundial de la Salud, por conducto del Consejo Ejecutivo, sobre los progresos realizados en la aplicación de la presente resolución.

(Octava sesión plenaria, 22 de mayo de 2004 -
Comisión A, segundo informe)

WHA57.15 Escala de contribuciones para 2005

La 57ª Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe del Director General,[1]

1. DECIDE adoptar la siguiente escala de contribuciones para 2005 revisada, que refleja la más reciente escala de cuotas de las Naciones Unidas disponible:

Miembros y Miembros Asociados	Escala de la OMS para 2005 revisada %
Afganistán	0,00200
Albania	0,00500
Alemania	8,66230
Andorra	0,00500
Angola	0,00100
Antigua y Barbuda	0,00300
Arabia Saudita	0,71300
Argelia	0,07600
Argentina	0,95600
Armenia	0,00200
Australia	1,59200
Austria	0,85900
Azerbaiyán	0,00500
Bahamas	0,01300
Bahrein	0,03000
Bangladesh	0,01000
Barbados	0,01000
Belarús	0,01800
Bélgica	1,06900
Belice	0,00100
Benin	0,00200
Bhután	0,00100
Bolivia	0,00900
Bosnia y Herzegovina	0,00300
Botswana	0,01200
Brasil	1,52300
Brunei Darussalam	0,03400
Bulgaria	0,01700
Burkina Faso	0,00200
Burundi	0,00100
Cabo Verde	0,00100
Camboya	0,00200
Camerún	0,00800
Canadá	2,81300
Colombia	0,15500
Comoras	0,00100
Congo	0,00100

[1] Documento A57/23.

Miembros y Miembros Asociados	Escala de la OMS para 2005 revisada %
Costa Rica	0,03000
Côte d'Ivoire	0,01000
Croacia	0,03700
Cuba	0,04300
Chad	0,00100
Chile	0,22300
China	2,05300
Chipre	0,03900
Dinamarca	0,71800
Djibouti	0,00100
Dominica	0,00100
Ecuador	0,01900
Egipto	0,12000
El Salvador	0,02200
Emiratos Árabes Unidos	0,23500
Eritrea	0,00100
Eslovaquia	0,05100
Eslovenia	0,08200
España	2,52000
Estados Unidos de América	22,00000
Estonia	0,01200
Etiopía	0,00400
Ex República Yugoslava de Macedonia	0,00600
Federación de Rusia	1,10000
Fiji	0,00400
Filipinas	0,09500
Finlandia	0,53300
Francia	6,03010
Gabón	0,00900
Gambia	0,00100
Georgia	0,00300
Ghana	0,00400
Granada	0,00100
Grecia	0,53000
Guatemala	0,03000
Guinea	0,00300
Guinea-Bissau	0,00100
Guinea Ecuatorial	0,00200
Guyana	0,00100
Haití	0,00300
Honduras	0,00500
Hungría	0,12600
India	0,42100
Indonesia	0,14200
Irán (República Islámica del)	0,15700
Iraq	0,01600
Irlanda	0,35000
Islandia	0,03400
Islas Cook	0,00100
Islas Marshall	0,00100

Miembros y Miembros Asociados	Escala de la OMS para 2005 revisada %
Islas Salomón	0,00100
Israel	0,46700
Italia	4,88510
Jamahiriya Árabe Libia	0,13200
Jamaica	0,00800
Japón	19,46830
Jordania	0,01100
Kazajstán	0,02500
Kenya	0,00900
Kirguistán	0,00100
Kiribati	0,00100
Kuwait	0,16200
Lesotho	0,00100
Letonia	0,01500
Líbano	0,02400
Liberia	0,00100
Lituania	0,02400
Luxemburgo	0,07700
Madagascar	0,00300
Malasia	0,20300
Malawi	0,00100
Maldivas	0,00100
Malí	0,00200
Malta	0,01400
Marruecos	0,04700
Mauricio	0,01100
Mauritania	0,00100
México	1,88300
Micronesia (Estados Federados de)	0,00100
Mónaco	0,00300
Mongolia	0,00100
Mozambique	0,00100
Myanmar	0,01000
Namibia	0,00600
Nauru	0,00100
Nepal	0,00400
Nicaragua	0,00100
Níger	0,00100
Nigeria	0,04200
Niue	0,00100
Noruega	0,67900
Nueva Zelandia	0,22100
Omán	0,07000
Países Bajos	1,69000
Pakistán	0,05500
Palau	0,00100
Panamá	0,01900
Papua Nueva Guinea	0,00300
Paraguay	0,01200
Perú	0,09200

Miembros y Miembros Asociados	Escala de la OMS para 2005 revisada %
Polonia	0,46100
Portugal	0,47000
Puerto Rico	0,00100
Qatar	0,06400
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte	6,12720
República Árabe Siria	0,03800
República Centroafricana	0,00100
República Checa	0,18300
República de Corea	1,79600
República Democrática del Congo	0,00300
República Democrática Popular Lao	0,00100
República de Moldova	0,00100
República Dominicana	0,03500
República Popular Democrática de Corea	0,01000
República Unida de Tanzanía	0,00600
Rumania	0,06000
Rwanda	0,00100
Saint Kitts y Nevis	0,00100
Samoa	0,00100
San Marino	0,00300
San Vincente y las Granadinas	0,00100
Santa Lucía	0,00200
Santo Tomé y Príncipe	0,00100
Senegal	0,00500
Serbia y Montenegro	0,01900
Seychelles	0,00200
Sierra Leona	0,00100
Singapur	0,38800
Somalia	0,00100
Sri Lanka	0,01700
Sudáfrica	0,29200
Sudán	0,00800
Suecia	0,99800
Suiza	1,19700
Suriname	0,00100
Swazilandia	0,00200
Tailandia	0,20900
Tayikistán	0,00100
Timor-Leste	0,00100
Togo	0,00100
Tokelau	0,00100
Tonga	0,00100
Trinidad y Tabago	0,02200
Túnez	0,03200
Turkmenistán	0,00500
Turquía	0,37200
Tuvalu	0,00100
Ucrania	0,03900
Uganda	0,00600
Uruguay	0,04800

Miembros y Miembros Asociados		Escala de la OMS para 2005 revisada %
Uzbekistán		0,01400
Vanuatu		0,00100
Venezuela		0,17100
Viet Nam		0,02100
Yemen		0,00600
Zambia		0,00200
Zimbabwe		0,00700
	Total	100,00000

2. DECIDE utilizar las cantidades disponibles con arreglo al mecanismo de ajuste para 2005, indicadas *infra*, modificadas para tener en cuenta las contribuciones revisadas correspondientes a 2005 y de conformidad con el método de cálculo establecido en la resolución WHA56.34, reduciéndose proporcionalmente las cantidades, cuando es necesario, para que la cuantía total solicitada, según las notificaciones recibidas al 31 de octubre de 2004, quede plenamente cubierta por la cuantía asignada al mecanismo de ajuste en 2004-2005.

Miembros y Miembros Asociados	Miembros con derecho a compensación en virtud del mecanismo de ajuste en 2005 (nueva escala) US$
Afganistán	-
Albania	3 435
Alemania	-
Andorra	1 715
Angola	-
Antigua y Barbuda	1 715
Arabia Saudita	274 710
Argelia	-
Argentina	-
Armenia	-
Australia	228 355
Austria	-
Azerbaiyán	-
Bahamas	-
Bahrein	22 320
Bangladesh	-
Barbados	3 435
Belarús	-
Bélgica	-
Belice	-
Benin	-
Bhután	-
Bolivia	3 435
Bosnia y Herzegovina	-
Botswana	3 435
Brasil	130 490
Brunei Darussalam	24 035
Bulgaria	10 300

Miembros y Miembros Asociados	Miembros con derecho a compensación en virtud del mecanismo de ajuste en 2005 (nueva escala)
	US$
Burkina Faso	-
Burundi	-
Cabo Verde	-
Camboya	1 715
Camerún	-
Canadá	214 620
Chad	-
Chile	152 810
China	1 844 005
Chipre	10 300
Colombia	82 415
Comoras	-
Congo	-
Costa Rica	24 035
Côte d'Ivoire	1 715
Croacia	13 735
Cuba	32 620
Dinamarca	63 525
Djibouti	-
Dominica	-
Ecuador	-
Egipto	96 150
El Salvador	17 170
Emiratos Árabes Unidos	103 015
Eritrea	-
Eslovaquia	29 190
Eslovenia	37 775
España	
Estados Unidos de América	-
Estonia	-
Etiopía	-
Ex República Yugoslava de Macedonia	3 435
Federación de Rusia	68 680
Fiji	-
Filipinas	25 755
Finlandia	-
Francia	-
Gabón	-
Gambia	-
Georgia	-
Ghana	-
Granada	-
Grecia	317 635
Guatemala	20 605
Guinea	-
Guinea-Bissau	-
Guinea Ecuatorial	1 715
Guyana	-
Haití	1 715
Honduras	3 435
Hungría	13 735
India	218 055

Miembros y Miembros Asociados	Miembros con derecho a compensación en virtud del mecanismo de ajuste en 2005 (nueva escala)
	US$
Indonesia	-
Irán (República Islámica del)	-
Iraq	
Irlanda	223 205
Islas Cook	-
Islandia	5 150
Islas Marshall	-
Islas Salomón	-
Israel	211 185
Italia	-
Jamahiriya Árabe Libia	17 170
Jamaica	3 435
Japón	-
Jordania	8 585
Kazajstán	-
Kenya	3 435
Kirguistán	-
Kiribati	-
Kuwait	61 810
Lesotho	-
Letonia	-
Líbano	13 735
Liberia	-
Lituania	15 455
Luxemburgo	17 170
Madagascar	-
Malasia	39 490
Malawi	-
Maldivas	-
Malí	-
Malta	-
Marruecos	12 020
Mauricio	3 435
Mauritania	-
México	1 552 125
Micronesia (Estados Federados de)	-
Mónaco	-
Mongolia	-
Mozambique	-
Myanmar	3 435
Namibia	-
Nauru	-
Nepal	-
Nicaragua	-
Níger	-
Nigeria	18 885
Niue	-
Noruega	135 640
Nueva Zelandia	6 870
Omán	34 340
Países Bajos	144 225
Pakistán	-

Miembros y Miembros Asociados	Miembros con derecho a compensación en virtud del mecanismo de ajuste en 2005 (nueva escala)
	US$
Palau	-
Panamá	10 300
Papua Nueva Guinea	-
Paraguay	-
Perú	-
Polonia	460 145
Portugal	78 980
Puerto Rico	-
Qatar	54 940
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte	1 916 460
República Árabe Siria	-
República Centroafricana	-
República Checa	66 960
República de Corea	1 383 860
República Democrática del Congo	-
República Democrática Popular Lao	-
República de Moldova	-
República Dominicana	34 340
República Popular Democrática de Corea	-
República Unida de Tanzanía	5 150
Rumania	8 585
Rwanda	-
Saint Kitts y Nevis	-
Samoa	-
San Marino	1 715
San Vincente y las Granadinas	-
Santa Lucía	1 715
Santo Tomé y Príncipe	-
Senegal	-
Serbia y Montenegro	-
Seychelles	-
Sierra Leona	-
Singapur	363 995
Somalia	-
Sri Lanka	8 585
Sudáfrica	-
Sudán	1 715
Suecia	-
Suiza	1 715
Suriname	-
Swazilandia	-
Tailandia	72 110
Tayikistán	-
Timor-Leste	1 715
Togo	-
Tokelau	-
Tonga	-
Trinidad y Tabago	10 300
Túnez	8 585
Turkmenistán	-
Turquía	-
Tuvalu	-

	Miembros y Miembros Asociados	Miembros con derecho a compensación en virtud del mecanismo de ajuste en 2005 (nueva escala)
		US$
Ucrania		-
Uganda		3 435
Uruguay		1 715
Uzbekistán		-
Vanuatu		-
Venezuela		24 035
Viet Nam		24 035
Yemen		-
Zambia		-
Zimbabwe		-
	Total	11 182 830

(Octava sesión plenaria, 22 de mayo de 2004 - Comisión B, quinto informe)

WHA57.16 Promoción de la salud y modos de vida sanos

La 57ª Asamblea Mundial de la Salud,

Recordando las resoluciones WHA42.44 y WHA51.12 sobre promoción de la salud, información pública y educación para la salud, y los resultados de cinco conferencias mundiales sobre promoción de la salud, desde Ottawa (1986), Adelaida (Australia) (1988), Sundsvall (Suecia) (1991), Yakarta (1997), hasta México D. F. (2000), la Declaración Ministerial sobre la Promoción de la Salud (2000) y la adopción del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (2003);

Habiendo examinado el informe sobre promoción de la salud y modos de vida sanos;[1]

Observando que en el *Informe sobre la salud en el mundo 2002*[2] se abordan los principales riesgos para la salud mundial y se subraya que los factores comportamentales, en particular la alimentación no saludable, la inactividad física, el consumo de tabaco y el uso nocivo del alcohol, son factores de riesgo clave de las enfermedades no transmisibles, cuya carga está aumentando rápidamente;

Observando que la promoción de la salud mental es un aspecto importante de la promoción de la salud en general;

Reconociendo que la necesidad de disponer de estrategias, modelos y métodos de promoción de la salud no se limita a un problema sanitario específico ni a un conjunto específico de comportamientos, sino que afecta a una variedad de grupos de población, factores de riesgo y enfermedades, y a diversas culturas y entornos;

[1] Documento A57/11.

[2] *Informe sobre la salud en el mundo 2002: Reducir los riesgos y promover una vida sana.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2002.

Reconociendo que, en general, las principales actividades de promoción de la salud deben estar encaminadas a reducir las desigualdades sanitarias abordando la cadena causal, con inclusión de las estructuras sociales, los factores ambientales y los modos de vida;

Reconociendo que los Estados Miembros necesitan reforzar las políticas, los recursos humanos y financieros y la capacidad institucional para llevar a cabo una promoción de la salud sostenible y eficaz que afronte los determinantes principales de la salud y los factores de riesgo asociados, con el fin de ampliar la capacidad nacional, reforzar los planteamientos basados en datos científicos, idear modos innovadores de financiación y elaborar directrices relativas a la aplicación y la evaluación;

Recordando la importancia de la atención primaria de salud y las cinco áreas de acción establecidas en la Carta de Ottawa para el Fomento de la Salud,

1. INSTA a los Estados Miembros:

1) a que refuercen la capacidad existente a escala nacional y local para planificar y aplicar políticas y programas integrales y multisectoriales de promoción de la salud sensibles a las cuestiones de género y culturalmente apropiados, prestando particular atención a los grupos pobres y marginados;

2) a que establezcan mecanismos apropiados para reunir información sobre experiencias nacionales, supervisarlas y analizarlas a fin de reforzar la base de pruebas científicas para asegurar la eficacia de las intervenciones de promoción de la salud como parte integrante de los sistemas sanitarios con miras a lograr cambios reales en la sociedad y los modos de vida;

3) a que otorguen alta prioridad a la promoción de los modos de vida saludables entre los niños y jóvenes de ambos sexos, dentro y fuera del ámbito escolar y de otras instituciones docentes, incluidas las actividades recreativas sanas y seguras;

4) a que incluyan el uso nocivo del alcohol en la lista de factores de riesgo relacionados con los modos de vida que se enumeran en el *Informe sobre la salud en el mundo 2002*, y presten atención a la prevención de las lesiones relacionadas con el alcohol y promuevan estrategias encaminadas a reducir las consecuencias físicas, mentales y sociales adversas del uso nocivo del alcohol, en particular entre los jóvenes y las embarazadas, así como en el lugar de trabajo y al volante;

5) a que establezcan programas que promuevan el abandono del tabaco;

6) a que estudien activamente la posibilidad de establecer, cuando sea necesario y apropiado, mecanismos de financiación innovadores, adecuados y sostenibles para la promoción de la salud con una sólida base institucional que respalde la gestión de dicha promoción;

2. PIDE al Director General:

1) que otorgue a la promoción de la salud la más alta prioridad, para fomentar su desarrollo dentro de la Organización, como se pide en la resolución WHA51.12, con el fin de prestar apoyo a los Estados Miembros, en consulta con las partes interesadas, para que aborden de una forma más eficaz los principales factores de riesgo para la salud, en particular el uso nocivo del alcohol y otros factores importantes relacionados con los modos de vida;

2) que siga promoviendo un planteamiento del fomento de la salud basado en pruebas científicas y preste apoyo técnico y de otra índole a los Estados Miembros en la creación de capaci-

dad para aplicar, monitorear, evaluar y difundir programas eficaces de promoción de la salud en todos los niveles;

3) que preste apoyo a los Estados Miembros y les proporcione orientaciones en relación con los problemas y las posibilidades derivados de la promoción de los modos de vida sanos y la gestión de los factores de riesgo conexos, según se expone en el *Informe sobre la salud en el mundo 2002*;

4) que preste apoyo a los Estados Miembros para la formulación y aplicación de programas que promuevan el abandono del tabaco;

5) que preste apoyo, cuando sea necesario y apropiado, a los esfuerzos de los Estados Miembros encaminados a establecer mecanismos de financiación innovadores, adecuados y sostenibles con una sólida base institucional para coordinar de manera eficaz y supervisar sistemáticamente sus actividades de promoción de la salud;

6) que informe al Consejo Ejecutivo en su 115ª reunión y a la 58ª Asamblea Mundial de la Salud acerca de los progresos realizados en la promoción de los modos de vida sanos, con inclusión de un informe sobre la futura labor de la Organización en relación con el consumo de alcohol.

(Octava sesión plenaria, 22 de mayo de 2004 -
Comisión A, tercer informe)

WHA57.17 Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud

La 57ª Asamblea Mundial de la Salud,

Recordando las resoluciones WHA51.18 y WHA53.17, sobre prevención y control de las enfermedades no transmisibles, y WHA55.23, sobre régimen alimentario, actividad física y salud;

Recordando el *Informe sobre la salud en el mundo 2002*,[1] en el que se indica que la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad atribuidas a las principales enfermedades no transmisibles representan actualmente alrededor del 60% de todas las defunciones y el 47% de la carga de morbilidad mundial, y que, según se prevé, esos porcentajes aumentarán al 73% y al 60%, respectivamente, antes de 2020;

Observando que el 66% de las defunciones atribuidas a las enfermedades no transmisibles se registran en los países en desarrollo, donde las personas afectadas son por término medio más jóvenes que en los países desarrollados;

Alarmada por el crecimiento de esos porcentajes a raíz de la evolución de las tendencias demográficas y de los modos de vida, en particular los relacionados con las dietas poco saludables y la falta de actividad física;

Reconociendo el vasto caudal de conocimientos existentes y el potencial para la salud pública, así como la necesidad de reducir el nivel de exposición a los principales riesgos asociados a una ali-

[1] *Informe sobre la salud en el mundo 2002: Reducir los riesgos y promover una vida sana.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2002.

mentación poco saludable y a la falta de actividad física, y la naturaleza, en gran medida prevenible, de las enfermedades que éstas provocan;

Consciente asimismo de que esos importantes factores de riesgo comportamentales y ambientales son susceptibles de modificación mediante una acción esencial concertada de salud pública, como se ha demostrado en varios Estados Miembros;

Reconociendo que la malnutrición, incluidas la desnutrición y las carencias nutricionales, sigue siendo una de las principales causas de mortalidad y morbilidad en muchas partes del mundo, en especial en los países en desarrollo, y que esta estrategia complementa la importante labor que la OMS y sus Estados Miembros llevan a cabo en la esfera general de la nutrición;

Reconociendo la interdependencia de las naciones, las comunidades y los individuos, así como el papel fundamental que desempeñan los gobiernos, en cooperación con otras partes interesadas, a la hora de crear un entorno que motive y capacite a las personas, las familias y las comunidades para adoptar decisiones positivas, en relación con la alimentación saludable y la realización de actividades físicas, que les permitan mejorar sus vidas;

Reconociendo la importancia que tiene una estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud, enmarcada en la prevención y el control integrados de las enfermedades no transmisibles, con inclusión del apoyo a los modos de vida saludables, la facilitación de entornos más sanos, el suministro de información y servicios de salud públicos, y la participación destacada de los profesionales de la salud y de otros campos pertinentes, junto con todas las partes interesadas y los sectores comprometidos a reducir los riesgos de las enfermedades no transmisibles, para mejorar los modos de vida y la salud de las personas y las comunidades;

Reconociendo que para aplicar esta estrategia mundial es preciso promover la creación de capacidad y el apoyo financiero y técnico mediante la cooperación internacional encaminada a respaldar las actividades nacionales en los países en desarrollo;

Reconociendo la importancia socioeconómica y los posibles beneficios sanitarios de las prácticas tradicionales en materia de alimentación y actividad física, incluidas las de los pueblos indígenas;

Reafirmando que ningún elemento de esta estrategia ha de interpretarse de una manera que justifique la adopción de medidas de restricción del comercio o de prácticas de distorsión del comercio;

Reafirmando que los niveles apropiados de consumo de alimentos ricos en energía y nutrientes, con inclusión de azúcares libres, sal, grasas, frutas y hortalizas, legumbres, cereales integrales y frutos secos, deben determinarse con arreglo a directrices nacionales sobre régimen alimentario y actividad física basadas en las mejores pruebas científicas disponibles, y como parte de las políticas y los programas de los Estados Miembros, teniendo en cuenta las tradiciones culturales y los hábitos y las prácticas nacionales en materia de alimentación;

Convencida de que es hora de que los gobiernos, la sociedad civil y la comunidad internacional, incluido el sector privado, renueven su compromiso de alentar los hábitos saludables de alimentación y actividad física;

Tomando nota de que en la resolución WHA56.23 se insta a los Estados Miembros a que apliquen plenamente en toda la cadena alimentaria las normas de la Comisión del Codex Alimentarius para la protección de la salud humana, incluida la prestación de asistencia para tomar decisiones saludables en materia de nutrición y regímenes alimentarios,

1. APRUEBA la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud adjunta;

2. INSTA a los Estados Miembros:

1) a que elaboren, apliquen y evalúen las acciones recomendadas en la Estrategia, conforme a las circunstancias nacionales y en el marco de sus políticas y programas generales, que promuevan la salud de las personas y las comunidades mediante una alimentación sana y la realización de actividades físicas y reduzcan los riesgos y la incidencia de las enfermedades no transmisibles;

2) a que promuevan modos de vida que incluyan una dieta sana y la realización de actividades físicas y que fomenten el equilibrio energético;

3) a que fortalezcan las estructuras existentes, o establezcan otras nuevas, para aplicar la Estrategia por conducto del sector de la salud y otros sectores pertinentes, para vigilar y evaluar su eficacia, y para orientar la inversión y la gestión de los recursos a fin de reducir la prevalencia de las enfermedades no transmisibles y los riesgos relacionados con los regímenes alimentarios poco sanos y la falta de actividad física;

4) a que definan con ese fin, teniendo en cuenta las circunstancias nacionales:

a) metas y objetivos nacionales,

b) un calendario realista para su consecución,

c) directrices nacionales sobre régimen alimentario y actividad física,

d) un proceso mensurable e indicadores de resultados que permitan vigilar y evaluar con exactitud las medidas adoptadas y reaccionar con rapidez ante las necesidades que se determinen,

e) medidas destinadas a preservar y promover los alimentos tradicionales y la actividad física;

5) a que promuevan la movilización de todos los grupos sociales y económicos interesados, en particular las asociaciones científicas, profesionales, no gubernamentales, voluntarias, del sector privado, de la sociedad civil, e industriales, y los hagan participar de manera activa y apropiada en la aplicación de la Estrategia y la consecución de su meta y sus objetivos;

6) a que alienten y promuevan los entornos que favorezcan el ejercicio de la responsabilidad individual en materia de salud mediante la adopción de modos de vida que incluyan una dieta sana y la realización de actividades físicas;

7) a que velen por que las políticas públicas adoptadas como parte de la aplicación de esta Estrategia estén en consonancia con los compromisos individuales que hayan asumido en acuerdos internacionales y multilaterales, en particular acuerdos comerciales y otros acuerdos conexos, a fin de evitar efectos que restrinjan o distorsionen el comercio;

8) a que, al aplicar la Estrategia, tengan en cuenta los riesgos de provocar efectos no intencionales en poblaciones vulnerables y productos específicos;

3. EXHORTA a las organizaciones y los órganos internacionales a que, en el marco de sus respectivos mandatos y programas, concedan alta prioridad a la promoción de las dietas sanas y la actividad física para mejorar los resultados sanitarios, e invita a las partes interesadas, públicas y privadas, incluida la comunidad de donantes, a cooperar con los gobiernos a ese fin;

4. PIDE a la Comisión del Codex Alimentarius que siga examinando exhaustivamente, en el marco de su mandato operacional, las medidas de base científica que se podrían adoptar para mejorar las normas sanitarias aplicables a los alimentos en consonancia con la meta y los objetivos de la Estrategia;

5. PIDE al Director General:

1) que mantenga y refuerce las actividades relativas a la desnutrición y las carencias de micronutrientes, en cooperación con los Estados Miembros, y que siga informando a éstos sobre los progresos realizados en el campo de la nutrición (resoluciones WHA46.7, WHA52.24, WHA54.2 y WHA55.25);

2) que preste asesoramiento técnico y movilice apoyo en los planos mundial y regional para los Estados Miembros que lo soliciten en la aplicación de esta Estrategia y en la vigilancia y la evaluación de su aplicación;

3) que vigile continuamente las novedades científicas y las investigaciones internacionales relativas a la dieta, la actividad física y la salud, en particular las afirmaciones sobre las propiedades dietéticas de productos agrícolas que constituyen una parte apreciable o importante de la dieta en los países, con el fin de que los Estados Miembros puedan adaptar sus programas a los conocimientos más recientes;

4) que siga preparando y difundiendo información técnica, directrices, estudios, evaluaciones y material de promoción y capacitación para que los Estados Miembros sean más conscientes de los costos y beneficios y de las contribuciones de las dietas sanas y de la actividad física al afrontar la creciente carga mundial de morbilidad de las enfermedades no transmisibles;

5) que refuerce la cooperación internacional con otras organizaciones del sistema de las Naciones Unidas y con organismos bilaterales para promover las dietas sanas y la actividad física a lo largo de toda la vida;

6) que coopere con la sociedad civil y las partes interesadas, públicas y privadas, comprometidas en la reducción de los riesgos asociados a las enfermedades no transmisibles en la aplicación de la Estrategia y la promoción de las dietas sanas y de la actividad física, procurando evitar los posibles conflictos de intereses;

7) que colabore con otros órganos del sistema de las Naciones Unidas y organismos intergubernamentales en la evaluación y vigilancia de los aspectos sanitarios, las repercusiones socioeconómicas y las cuestiones de género de la Estrategia y su aplicación, y que informe a la 59ª Asamblea Mundial de la Salud sobre los progresos realizados;

8) que informe a la 59ª Asamblea Mundial de la Salud sobre la aplicación de la Estrategia.

ANEXO

ESTRATEGIA MUNDIAL SOBRE RÉGIMEN ALIMENTARIO, ACTIVIDAD FÍSICA Y SALUD

1. Reconociendo que la carga de las enfermedades no transmisibles es pesada, y cada vez mayor, los Estados Miembros pidieron a la Directora General que elaborara una estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud mediante un amplio proceso de consulta.[1] Para determinar el contenido del proyecto de estrategia mundial, se celebraron seis consultas regionales con los Estados Miembros, además de consultas con organizaciones del sistema de las Naciones Unidas y otros organismos intergubernamentales, así como con representantes de la sociedad civil y del sector privado. La OMS también recibió asesoramiento sobre alimentación y actividad física de un grupo de referencia integrado por expertos internacionales independientes procedentes de las seis regiones de la Organización.

2. La estrategia aborda dos de los principales factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles, a saber, el régimen alimentario y las actividades físicas, además de complementar la labor que la OMS y los países han emprendido o realizan desde hace largo tiempo en esferas relacionadas con la nutrición, como la desnutrición, las carencias de micronutrientes y la alimentación del lactante y del niño pequeño.

EL DESAFÍO

3. La distribución de las principales causas de mortalidad y morbilidad ya ha cambiado profundamente en los países desarrollados y en muchos países en desarrollo se observa una tendencia similar. A nivel mundial ha aumentado rápidamente la carga de las enfermedades no transmisibles. En 2001, éstas fueron la causa de casi el 60% de los 56 millones de defunciones anuales y del 47% de la carga mundial de morbilidad. Habida cuenta de estas cifras y del crecimiento previsto de dicha carga, la prevención de las enfermedades no transmisibles constituye un desafío muy importante para la salud pública mundial.

4. El *Informe sobre la salud en el mundo 2002*[2] expone las circunstancias en las cuales, en la mayor parte de los países, unos pocos factores de riesgo muy importantes son responsables de gran parte de la morbilidad y la mortalidad. En el caso de las enfermedades no transmisibles, los factores de riesgo más importantes son los siguientes: hipertensión arterial, hipercolesterolemia, escasa ingesta de frutas y hortalizas, exceso de peso u obesidad, falta de actividad física y consumo de tabaco. Cinco de estos factores de riesgo están estrechamente asociados a la mala alimentación y la falta de actividad física.

5. La alimentación poco saludable y la falta de actividad física son, pues, las principales causas de las enfermedades no transmisibles más importantes, como las cardiovasculares, la diabetes de tipo 2 y determinados tipos de cáncer, y contribuyen sustancialmente a la carga mundial de morbilidad, mortalidad y discapacidad. Otras enfermedades relacionadas con la mala alimentación y la falta de actividad física, como la caries dental y la osteoporosis, son causas muy extendidas de morbilidad.

---

[1] Resolución WHA55.23.

[2] *Informe sobre la salud en el mundo 2002: Reducir los riesgos y promover una vida sana*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2002.

6. La carga de mortalidad, morbilidad y discapacidad atribuible a las enfermedades no transmisibles es más pesada, y tiende a aumentar, en los países en desarrollo, donde las personas afectadas son como promedio más jóvenes que en los países desarrollados y donde se registra el 66% de las muertes causadas por dichas enfermedades. La rápida transformación de los hábitos en materia de alimentación y actividad física contribuyen asimismo a acelerar esa tendencia. El consumo de tabaco también aumenta el riesgo de contraer enfermedades no transmisibles, pero en gran medida por mecanismos independientes.

7. En algunos países desarrollados cuya carga de morbilidad correspondía principalmente a las enfermedades no transmisibles se observa una lenta disminución de la mortalidad y la morbilidad específicas por edades. Se están haciendo progresos para reducir la mortalidad prematura por cardiopatía coronaria, enfermedades cardiovasculares y algunos tipos de cáncer relacionados con el consumo de tabaco. Sin embargo, la carga general y el número de pacientes siguen siendo elevados y en muchos países desarrollados cada vez hay más niños y adultos con exceso de peso y obesos, y aumentan los casos, estrechamente asociados, de diabetes de tipo 2.

8. En los países de ingresos bajos y medianos, las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo sólo pueden afectar inicialmente a los sectores más acomodados. Sin embargo, los datos recientes indican que, con el tiempo, los hábitos de comportamiento poco saludables y las enfermedades no transmisibles conexas se concentran en las comunidades más pobres y contribuyen a las desigualdades sociales y económicas.

9. Aunque en la carga de morbilidad de los países más pobres predominan las enfermedades infecciosas y la desnutrición, los principales factores de riesgo de las enfermedades crónicas se están propagando. La proporción de personas con exceso de peso u obesas es cada vez mayor en los países en desarrollo, e incluso en los sectores de bajos ingresos de los países más ricos. Un enfoque integrado de las causas de la mala alimentación y de la disminución de la actividad física contribuiría a reducir la carga de las enfermedades no transmisibles en el futuro.

10. Los datos actuales sugieren que los factores determinantes de las enfermedades no transmisibles son en gran medida los mismos en todos los países sobre los que se dispone de información. Entre esos factores figuran el mayor consumo de alimentos hipercalóricos poco nutritivos con alto contenido de grasas, azúcares y sal; la menor actividad física en el hogar, la escuela y el medio laboral, así como en la recreación y en los desplazamientos; y el consumo de tabaco. La diversidad de los niveles de riesgo y de los correspondientes resultados de salud para la población se puede atribuir en parte a la variabilidad en tiempo e intensidad de los cambios económicos, demográficos y sociales a nivel nacional y mundial. La mala alimentación, la insuficiente actividad física y la falta de equilibrio energético que se observan en los niños y los adolescentes son motivo de especial preocupación.

11. La salud y la nutrición de las madres antes del embarazo y durante el transcurso de éste, y la alimentación del niño durante los primeros meses, son importantes para la prevención de las enfermedades no transmisibles durante toda la vida. La lactancia natural exclusiva durante seis meses, seguida de una alimentación complementaria apropiada, contribuyen a un desarrollo físico y mental óptimos. Quienes han sufrido retraso del crecimiento intrauterino, y posiblemente en el periodo postnatal, corren mayores riesgos de contraer enfermedades no transmisibles en la edad adulta.

12. La mayor parte de las personas de edad viven en países en desarrollo, y el envejecimiento de las poblaciones repercute considerablemente en las características de la morbilidad y la mortalidad. Por consiguiente, muchos países en desarrollo soportarán una carga más pesada de enfermedades no transmisibles junto con una persistencia de la carga de las enfermedades infecciosas. Además de tener una dimensión humana, el mantenimiento de la salud y la capacidad funcional de la creciente pobla-

ción de mayor edad será un factor decisivo para reducir la demanda de servicios de salud y los gastos correspondientes.

13. La alimentación y la actividad física influyen en la salud ya sea de manera combinada o cada una por separado. Así pues, mientras que los efectos de la alimentación y la actividad física en la salud suelen interactuar, sobre todo en el caso de la obesidad, la actividad física aporta beneficios adicionales independientes de la nutrición y el régimen alimentario, y hay riesgos nutricionales considerables que no guardan relación con la obesidad. La actividad física es fundamental para mejorar la salud física y mental de las personas.

14. Los gobiernos desempeñan un papel fundamental para crear, en cooperación con otras partes interesadas, un entorno que potencie e impulse cambios en el comportamiento de las personas, las familias y las comunidades para que éstas adopten decisiones positivas en relación con una alimentación saludable y la realización de actividades físicas que les permitan mejorar sus vidas.

15. Las enfermedades no transmisibles constituyen una pesada carga económica para los sistemas de salud, sujetos ya por otra parte a fuertes presiones, y acarrean grandes costos para la sociedad. La salud es un factor determinante del desarrollo y un motor del crecimiento económico. La Comisión de la OMS sobre Macroeconomía y Salud ha demostrado que las enfermedades perturban el desarrollo y ha destacado la importancia de la inversión en la salud para el desarrollo económico.[1] Los programas encaminados a promover una alimentación sana y la actividad física a fin de prevenir enfermedades son instrumentos decisivos para alcanzar los objetivos de desarrollo.

LA OPORTUNIDAD

16. Se trata de una oportunidad única para formular y aplicar una estrategia eficaz encaminada a reducir sustancialmente la mortalidad y la morbilidad mundiales mejorando la alimentación y promoviendo la actividad física. Existen pruebas concluyentes de las relaciones que existen entre determinados comportamientos y el estado de salud o la morbilidad posteriores. Es posible diseñar y realizar intervenciones eficaces para posibilitar que las personas vivan más y lleven una vida más sana, reducir las desigualdades y promover el desarrollo. Si se moviliza plenamente el potencial de las principales partes interesadas, esa visión podrá pasar a ser una realidad para toda la población en todos los países.

META Y OBJETIVOS

17. La meta general de la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud es promover y proteger la salud orientando la creación de un entorno favorable para la adopción de medidas sostenibles a nivel individual, comunitario, nacional y mundial, que, en conjunto, den lugar a una reducción de la morbilidad y la mortalidad asociadas a una alimentación poco sana y a la falta de actividad física. Esas medidas contribuyen al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas y llevan aparejado un gran potencial para obtener beneficios de salud pública en todo el mundo.

[1] *Macroeconomía y salud: invertir en salud en pro del desarrollo económico.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2001.

18. La Estrategia Mundial tiene cuatro objetivos principales, a saber:

1) reducir los factores de riesgo de enfermedades no transmisibles asociados a un régimen alimentario poco sano y a la falta de actividad física mediante una acción de salud pública esencial y medidas de promoción de la salud y prevención de la morbilidad;

2) promover la conciencia y el conocimiento generales acerca de la influencia del régimen alimentario y de la actividad física en la salud, así como del potencial positivo de las intervenciones de prevención;

3) fomentar el establecimiento, el fortalecimiento y la aplicación de políticas y planes de acción mundiales, regionales, nacionales y comunitarios encaminados a mejorar las dietas y aumentar la actividad física, que sean sostenibles, integrales y hagan participar activamente a todos los sectores, con inclusión de la sociedad civil, el sector privado y los medios de difusión;

4) seguir de cerca los datos científicos y los principales efectos sobre el régimen alimentario y la actividad física; respaldar las investigaciones sobre una amplia variedad de esferas pertinentes, incluida la evaluación de las intervenciones; y fortalecer los recursos humanos que se necesiten en este terreno para mejorar y mantener la salud.

DATOS PROBATORIOS PARA FUNDAMENTAR LAS ACTIVIDADES

19. Hay pruebas de que, cuando se controlan otras amenazas para la salud, las personas pueden mantenerse sanas después de los 70, 80 y 90 años de edad si adoptan comportamientos que promuevan la salud, como una alimentación sana y una actividad física regular y adecuada, y evitan el consumo de tabaco. Las investigaciones recientes permiten comprender mejor los beneficios de las dietas saludables, la actividad física, las acciones individuales y las intervenciones de salud pública aplicables a nivel colectivo. Aunque se necesitan más investigaciones, los conocimientos actuales justifican una urgente acción de salud pública.

20. Los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles suelen coexistir e interactuar. Al aumentar el nivel general de los factores de riesgo es mayor el número de personas expuestas a las enfermedades. Por consiguiente, las estrategias de prevención deben plantearse la reducción de los riesgos en toda la población. Si lo logran, aunque sea en pequeña medida, la población obtendrá máximos beneficios acumulativos y sostenibles, mucho mayores que el efecto de las intervenciones centradas únicamente en las personas que corren alto riesgo. Los regímenes alimentarios sanos y la actividad física, junto con el control del tabaco, representan una estrategia eficaz para contener la creciente amenaza de las enfermedades no transmisibles.

21. Tanto en los informes preparados por expertos internacionales y nacionales como en los exámenes de las pruebas científicas actualmente disponibles se recomiendan metas en materia de ingesta de nutrientes y actividad física para prevenir las principales enfermedades no transmisibles. Al elaborar las políticas y directrices nacionales en materia de alimentación es preciso examinar estas recomendaciones teniendo en cuenta la situación local.

22. **Con respecto a la dieta**, se deben incluir las recomendaciones siguientes, dirigidas tanto a las poblaciones como a las personas:

- lograr un equilibrio energético y un peso normal;

- limitar la ingesta energética procedente de las grasas, sustituir las grasas saturadas por grasas insaturadas y tratar de eliminar los ácidos grasos trans;
- aumentar el consumo de frutas y hortalizas, así como de legumbres, cereales integrales y frutos secos;
- limitar la ingesta de azúcares libres;
- limitar la ingesta de sal (sodio) de toda procedencia y consumir sal yodada.

23. La actividad física es un factor determinante del gasto de energía y, por lo tanto, del equilibrio energético y el control del peso. Reduce el riesgo relacionado con las enfermedades cardiovasculares y la diabetes y presenta ventajas considerables en relación con muchas enfermedades, además de las asociadas con la obesidad. Sus efectos beneficiosos sobre el síndrome metabólico están mediados por mecanismos que van más allá del control del peso corporal excesivo. Por ejemplo, reduce la tensión arterial, mejora el nivel del colesterol de lipoproteínas de alta densidad, mejora el control de la hiperglucemia en las personas con exceso de peso, incluso sin que tengan que adelgazar mucho, y reduce el riesgo de los cánceres de colon y de mama en las mujeres.

24. **Con respecto a la actividad física**, se recomienda que las personas se mantengan suficientemente activas durante toda la vida. Según el tipo y la intensidad de la actividad física se logran diferentes resultados de salud: al menos 30 minutos de actividad regular de intensidad moderada con una frecuencia casi diaria reducen el riesgo de enfermedades cardiovasculares y de diabetes, así como de los cánceres de colon y de mama. Un fortalecimiento de la musculatura y un adiestramiento para mantener el equilibrio permiten reducir las caídas y mejorar el estado funcional de las personas de edad. Para controlar el peso puede ser necesario un mayor nivel de actividad.

25. La incorporación de estas recomendaciones, junto con medidas efectivas para prevenir y controlar el consumo de tabaco, en la Estrategia Mundial, que sirve de base para formular planes de acción regionales y nacionales, requerirá un compromiso político sostenido y la colaboración de muchas partes interesadas. La Estrategia contribuirá a la prevención eficaz de las enfermedades no transmisibles.

PRINCIPIOS PARA LA ACCIÓN

26. En el *Informe sobre la salud en el mundo 2002* se hace hincapié en las posibilidades de mejorar la salud pública adoptando medidas para reducir la prevalencia de los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles (en especial, la combinación de regímenes alimentarios poco sanos con la falta de actividad física). Los principios que se enuncian a continuación guiaron la elaboración del proyecto de Estrategia Mundial de la OMS, y se recomiendan para la formulación de estrategias y planes de acción nacionales y regionales.

27. Las estrategias deben estar basadas en las mejores investigaciones y pruebas científicas disponibles; deben ser integrales e incorporar políticas y actividades abordando el conjunto de las causas principales de las enfermedades no transmisibles; deben ser multisectoriales y adoptar una perspectiva a largo plazo que abarque a todos los sectores de la sociedad; deben ser multidisciplinarias y participativas en consonancia con los principios contenidos en la Carta de Ottawa para el Fomento de la Salud,[1] y confirmados en ulteriores conferencias sobre la promoción de la salud, y deben reconocer las inter-

[1] Véase la resolución WHA51.12.

acciones complejas entre las opciones personales, las normas sociales y los factores económicos y ambientales.

28. Una perspectiva que abarque la totalidad del ciclo vital es fundamental para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles. Esto comienza por la salud materna y la nutrición prenatal, los resultados del embarazo, la lactancia natural exclusiva durante seis meses y la salud del niño y del adolescente; sigue con el niño en la escuela, el adulto en el lugar de trabajo y otros entornos, así como con las personas de edad; se trata de promover una dieta sana y una actividad física regular desde la juventud hasta la vejez.

29. Las estrategias encaminadas a reducir las enfermedades no transmisibles deben considerarse como parte de unos esfuerzos de salud pública más amplios, integrales y coordinados. Todos los asociados, especialmente los gobiernos, deben abordar simultáneamente diversas cuestiones relacionadas. En lo que se refiere a la dieta, esto abarca todos los aspectos de la nutrición (por ejemplo, tanto la alimentación excesiva como la desnutrición, la carencia de micronutrientes y el consumo excesivo de determinados nutrientes); la seguridad alimentaria (accesibilidad, disponibilidad y asequibilidad de alimentos sanos); la inocuidad de los alimentos; y el apoyo y la promoción de la práctica de la lactancia natural exclusiva durante seis meses. Las cuestiones relacionadas con la actividad física comprenden la realización de esas actividades en el trabajo, el hogar y la escuela, teniendo en cuenta el aumento de la urbanización y diversos aspectos de la planificación urbana, así como asuntos relacionados con los transportes, la seguridad y la posibilidad de realizar actividades físicas durante el tiempo libre.

30. Debe asignarse prioridad a las actividades que tienen repercusiones positivas en los grupos de población y las comunidades más pobres. Esas actividades requerirán en general una acción comunitaria con fuerte intervención y supervisión estatal.

31. Todas las partes interesadas deben responsabilizarse por la elaboración de políticas y la aplicación de programas que reduzcan eficazmente los riesgos prevenibles para la salud. La evaluación, el seguimiento y la vigilancia son componentes esenciales de esas actividades.

32. La prevalencia de las enfermedades no transmisibles relacionadas con el régimen alimentario y la actividad física puede variar mucho según se trate de hombres o de mujeres. Las modalidades de actividad física difieren según el sexo, la cultura y la edad. Las decisiones sobre la alimentación y la nutrición suelen recaer en las mujeres y están basadas en la cultura y las dietas tradicionales. Por consiguiente, las estrategias y los planes de acción nacionales deben tener en cuenta esas diferencias.

33. Los hábitos alimentarios y las modalidades de actividad física suelen responder a tradiciones locales y regionales. Por consiguiente, las estrategias nacionales deben ser culturalmente apropiadas, contrarrestar las influencias culturales y adecuarse a los cambios registrados en el curso del tiempo.

RESPONSABILIDADES DE LOS ACTORES

34. Los cambios en los hábitos alimentarios y las modalidades de actividad física requerirán los esfuerzos combinados de muchas partes interesadas, públicas y privadas, durante varios decenios. Se necesita la combinación de acciones válidas y eficaces a nivel mundial, regional, nacional y local, así como una vigilancia y una evaluación atentas de sus repercusiones. En los párrafos siguientes se enuncian las responsabilidades de los participantes y se formulan recomendaciones dimanantes del proceso de consulta.

Los Estados Miembros

35. La Estrategia Mundial debe impulsar la formulación y promoción de políticas, estrategias y planes de acción nacionales para mejorar el régimen alimentario y alentar la actividad física. Las prioridades en la elaboración de esos instrumentos dependerán de la situación de cada país. Habida cuenta de las grandes diferencias que existen en los países y entre los países, los organismos regionales deben colaborar en la formulación de estrategias regionales, que pueden proporcionar un apoyo considerable a los países en la aplicación de sus planes nacionales. Para lograr un máximo de eficacia, los países deben adoptar planes de acción que tengan la mayor amplitud posible.

36. **La función de los gobiernos es decisiva para lograr cambios duraderos en la salud pública.** Los gobiernos tienen una función primordial de conducción y rectoría en la iniciación y el desarrollo de la Estrategia, han de velar por su aplicación y deben vigilar sus repercusiones a largo plazo.

37. **Se alienta a los gobiernos a que aprovechen las estructuras y procesos existentes que ya abordan diversos aspectos del régimen alimentario, la nutrición y la actividad física.** En muchos países, las estrategias y los planes de acción nacionales pueden utilizarse para aplicar esta Estrategia; en otros pueden representar la base para impulsar el control de las enfermedades no transmisibles. Se alienta a los gobiernos a establecer un mecanismo coordinador nacional que se ocupe de la dieta y la actividad física en el contexto de un plan de prevención integral de las enfermedades no transmisibles y de promoción de la salud. Las autoridades locales deben participar activamente en estas actividades. También es preciso establecer consejos asesores de expertos que tengan un carácter multisectorial y multidisciplinario e incluyan técnicos y representantes de organismos gubernamentales, con un presidente independiente para evitar los conflictos de intereses en la interpretación de las pruebas científicas.

38. **Los ministerios de salud tienen una responsabilidad esencial en la coordinación y facilitación de las contribuciones de otros ministerios y organismos gubernamentales.** Entre los organismos cuyas contribuciones deben coordinarse figuran los ministerios y las instituciones gubernamentales encargadas de las políticas en materia de alimentación, agricultura, juventud, recreación, deportes, educación, comercio e industria, hacienda, transportes, medios de comunicación, asuntos sociales y planificación ambiental y urbana.

39. **Las estrategias, las políticas y los planes de acción nacionales deben estar ampliamente apoyados.** Debe prestarse apoyo mediante una legislación eficaz y una infraestructura apropiada, así como mediante programas de aplicación y una financiación adecuada, además de funciones de seguimiento y evaluación, y actividades de investigación permanentes.

1) **Estrategias nacionales sobre régimen alimentario y actividad física.** En estas estrategias se describen medidas encaminadas a promover una alimentación sana y la actividad física, que son esenciales para prevenir enfermedades y promover la salud, incluidas las que abordan todos los aspectos de una dieta desequilibrada tanto por exceso como por defecto. Las estrategias nacionales deben abarcar acciones, metas y objetivos específicos semejantes a los esbozados en la Estrategia. Revisten especial importancia los elementos necesarios para aplicar el plan de acción, con inclusión de la determinación de los recursos necesarios y de centros de coordinación nacionales (institutos nacionales importantes); la colaboración entre el sector de la salud y otros sectores fundamentales, como los de la agricultura, la educación, la planificación urbana, los transportes y la comunicación; y la vigilancia y el seguimiento.

2) **Directrices nacionales en materia de alimentación.** Se alienta a los gobiernos a formular y actualizar directrices nacionales en materia de alimentación teniendo en cuenta las pruebas científicas proporcionadas por fuentes nacionales e internacionales. Esas directrices orientan la política nacional en materia de alimentación, educación nutricional y otras intervenciones de sa-

lud pública, así como la colaboración intersectorial. Pueden actualizarse periódicamente teniendo en cuenta la evolución de los hábitos alimentarios, las características de la morbilidad y el desarrollo de los conocimientos científicos.

3) **Directrices nacionales en materia de actividad física.** Las directrices nacionales sobre actividad física propicia para la salud deben estar en conformidad con la meta y los objetivos de la Estrategia y las recomendaciones de los expertos.

40. **Los gobiernos deben facilitar información correcta y equilibrada.** Los gobiernos deben adoptar medidas que aseguren tanto el suministro de información equilibrada a los consumidores para facilitarles la adopción de decisiones saludables como la disponibilidad de programas apropiados de promoción de la salud y educación sanitaria. En particular, la información destinada a los consumidores debe adecuarse a los niveles de alfabetización, a las dificultades de comunicación y a la cultura local, y ha de ser comprensible para todos los sectores de la población. En algunos países, los programas de promoción de la salud, que se han diseñado teniendo en cuenta esas consideraciones, deben utilizarse para difundir información sobre la alimentación y la actividad física. Algunos gobiernos ya tienen la obligación legal de suministrar a los consumidores una información objetiva que les permita adoptar decisiones plenamente fundamentadas en asuntos que puedan afectar a su salud. En otros casos, esta cuestión puede abordarse mediante disposiciones específicas de las políticas públicas. Los gobiernos deben seleccionar la combinación óptima de medidas acordes con sus capacidades y con el perfil epidemiológico nacional, que pueden variar de un país a otro.

1) **Educación, comunicación y concientización del público.** Una buena base para la adopción de medidas es la difusión y comprensión de conocimientos adecuados sobre la relación entre el régimen alimentario, la actividad física y la salud, el aporte y el gasto energético, así como sobre decisiones saludables en materia de productos alimenticios. Los expertos gubernamentales, las organizaciones no gubernamentales y comunitarias y las industrias apropiadas deben formular y transmitir mensajes consecuentes, coherentes, sencillos y claros. Dichos mensajes han de comunicarse por diversos canales y de una forma que responda a las características de la cultura local, así como a la edad y el sexo de las personas. Es posible influir concretamente en los comportamientos desde las escuelas, los entornos laborales y las instituciones docentes y religiosas, así como por conducto de las organizaciones no gubernamentales, los líderes comunitarios y los medios de difusión. Los Estados Miembros deben formar alianzas para dar amplia difusión a mensajes apropiados y eficaces sobre el régimen alimentario y la actividad física. La educación en materia de alimentación y actividad física, así como la adquisición de conocimientos básicos sobre los medios de comunicación desde la escuela primaria, son importantes para promover dietas más sanas y resistir a las modas alimentarias y a la información engañosa sobre estas cuestiones. También se ha de prestar apoyo a la adopción de medidas encaminadas a mejorar los conocimientos básicos en materia de salud, teniendo en cuenta las circunstancias culturales y socioeconómicas locales. Es preciso evaluar periódicamente las campañas de comunicación.

2) **Programas de alfabetización y educación para adultos.** En el marco de los programas de educación para adultos se deben impartir conocimientos básicos en materia de salud. Estos programas ofrecen una oportunidad para que los profesionales de la salud y los dispensadores de servicios sanitarios difundan los conocimientos sobre régimen alimentario, actividad física y prevención de enfermedades no transmisibles y entre los sectores marginados de la población.

3) **Comercialización, publicidad, patrocinio y promoción.** La publicidad de productos alimenticios influye en la elección de los alimentos y en los hábitos alimentarios. Los anuncios de esos productos y de bebidas no deben explotar la falta de experiencia y la credulidad de los niños. Es preciso desalentar los mensajes que promuevan prácticas alimentarias malsanas o la inactividad física y promover los mensajes positivos y propicios para la salud. Los gobiernos

deben colaborar con los grupos de consumidores y el sector privado (incluido el de la publicidad) a fin de formular criterios multisectoriales apropiados para la comercialización de los alimentos dirigida a los niños, abordando cuestiones como la del patrocinio, la promoción y la publicidad.

4) **Etiquetado.** Los consumidores tienen derecho a recibir una información exacta, estandarizada y comprensible sobre el contenido de los productos alimenticios, que les permita adoptar decisiones saludables. Los gobiernos pueden exigir que se facilite información sobre aspectos nutricionales clave, como se propone en las Directrices del Codex sobre Etiquetado Nutricional.[1]

5) **Declaración de propiedades relacionadas con la salud.** A medida que crece el interés de los consumidores por las cuestiones sanitarias y se presta más atención a los aspectos de salud de los alimentos, los productores recurren cada vez más a mensajes relacionados con la salud. Éstos no deben engañar al público acerca de los beneficios nutricionales ni de los riesgos.

41. **Las políticas nacionales relativas a los alimentos y a la agricultura deben ser compatibles con la protección y la promoción de la salud pública.** Cuando sea necesario, los gobiernos deben estudiar la posibilidad de aplicar políticas que faciliten la adopción de dietas sanas. La política en materia de alimentos y nutrición ha de abarcar también las cuestiones de la inocuidad de los alimentos y la sostenibilidad de la seguridad alimentaria. Debe alentarse a los gobiernos a que examinen las políticas relativas a los alimentos y a la agricultura para determinar los posibles efectos sanitarios en el suministro de alimentos.

1) **Promoción de productos alimenticios acordes con una dieta saludable.** Como resultado del creciente interés de los consumidores en la salud y de la mayor conciencia de los gobiernos sobre los beneficios de una nutrición saludable, algunos gobiernos han adoptado medidas, incluido el establecimiento de incentivos comerciales, para promover el desarrollo, la producción y la comercialización de productos alimenticios que contribuyan a una dieta saludable y estén en conformidad con las recomendaciones nacionales e internacionales en materia de alimentación. Los gobiernos podrían considerar la posibilidad de adoptar medidas adicionales para promover la reducción del contenido de sal de los alimentos elaborados, el uso de aceites hidrogenados y el contenido de azúcar de las bebidas y los refrigerios.

2) **Políticas fiscales.** Los precios influyen en las decisiones de los consumidores. Las políticas públicas pueden influir en los precios mediante la aplicación de impuestos, la concesión de subvenciones o la fijación directa de precios como medios para promover la alimentación sana y la actividad física durante toda la vida. Varios países utilizan medidas fiscales, incluidos los impuestos, para facilitar la disponibilidad y la asequibilidad de diversos alimentos; algunos utilizan fondos públicos y subvenciones para lograr que las comunidades pobres puedan acceder a los establecimientos recreativos y deportivos. Al evaluar esas medidas es preciso examinar también el riesgo de provocar efectos no intencionales en poblaciones vulnerables.

3) **Programas alimentarios.** Muchos países tienen programas de suministro de alimentos a grupos de población con necesidades especiales, o de entrega de dinero a familias para que puedan comprar mejores alimentos. Esos programas suelen beneficiar a niños, familias con niños, personas pobres y personas con VIH/SIDA u otras enfermedades. Debe prestarse especial atención a la calidad de los alimentos y a la educación nutricional como componentes fundamentales de dichos programas, para que los alimentos que las familias reciban o adquieran no sólo aporten energía, sino que también contribuyan a una dieta sana. Los programas de distribución de

[1] Comisión del Codex Alimentarius, documento CAC/GL 2-1985, Rev. 1-1993.

alimentos y de dinero deben hacer hincapié en la potenciación de la capacidad de acción de los beneficiarios y en el desarrollo, así como promover la producción y la sostenibilidad a nivel local.

4) **Política agraria.** La política y la producción agrícolas suelen tener un efecto muy importante en las dietas nacionales. Los gobiernos pueden influir en la producción agrícola aplicando diversas medidas normativas. A medida que se da mayor importancia a la salud y cambian las modalidades de consumo, los Estados Miembros deben tener en cuenta la alimentación sana en sus políticas agrarias.

42. **Políticas multisectoriales para promover la actividad física.** Las políticas nacionales encaminadas a promover la actividad física deben formularse con miras a impulsar el cambio en diversos sectores. Los gobiernos deben revisar las políticas existentes para cerciorarse de que sean compatibles con las prácticas óptimas de promoción de la actividad física en toda la población.

1) **Formulación y revisión de las políticas públicas.** Los gobiernos nacionales y locales deben formular políticas y proporcionar incentivos para garantizar la accesibilidad y seguridad de actividades físicas como caminar, montar en bicicleta u otras formas de ejercicio; en las políticas de transportes se debe incluir el uso de medios no motorizados; las políticas relativas al medio laboral deben favorecer la realización de actividades físicas y la creación de instalaciones deportivas y recreativas que concreten el concepto de «deporte para todos». Las políticas públicas y la legislación influyen en las posibilidades de realizar actividades físicas, por ejemplo las disposiciones en materia de transportes, planificación urbana, educación, trabajo, inclusión social y financiación de la atención de salud que guardan relación con esas actividades.

2) **Participación comunitaria y creación de entornos favorables.** Las estrategias deben orientarse al cambio de las normas sociales y el mejoramiento de la comprensión y aceptación por las comunidades de la necesidad de integrar la actividad física en la vida cotidiana. Es preciso promover la creación de entornos que faciliten dicha actividad y establecer infraestructuras de apoyo para aumentar el acceso a instalaciones adecuadas y su utilización.

3) **Asociaciones.** Los ministerios de salud deben tomar la iniciativa de formar asociaciones con organismos clave y con partes interesadas públicas y privadas para elaborar un programa y un plan de trabajo comunes encaminados a promover la actividad física.

4) **Mensajes públicos claros.** Es preciso transmitir mensajes directos y sencillos sobre la cantidad y la calidad de la actividad física necesaria para lograr beneficios sanitarios sustanciales.

43. **Las políticas y los programas escolares deben apoyar la alimentación sana y la actividad física.** En todos los países la escuela influye en la vida de la mayor parte de los niños. Para proteger su salud debe suministrar información sanitaria, mejorar la educación básica en materia de salud y promover una alimentación sana, así como la actividad física y otros comportamientos saludables. Se alienta a las escuelas a que impartan educación física todos los días, para lo cual deben tener las instalaciones y el equipo adecuados. Se alienta a los gobiernos a que adopten políticas que favorezcan una alimentación saludable en las escuelas y limiten la disponibilidad de productos con alto contenido de sal, azúcar y grasas. Junto con los padres y otras autoridades responsables, las escuelas deben estudiar la posibilidad de firmar contratos con productores locales para los almuerzos escolares a fin de crear un mercado local de alimentos saludables.

44. **Se alienta a los gobiernos a que organicen consultas sobre políticas con las partes interesadas.** Una amplia participación del público en el examen y la formulación de las políticas puede facilitar la aceptación y aplicación eficaz de éstas. Los Estados Miembros deben establecer mecanismos que promuevan la participación de las organizaciones no gubernamentales, la sociedad civil, las co-

munidades, el sector privado y los medios de difusión en actividades relacionadas con el régimen alimentario, la actividad física y la salud. Los ministerios de salud, en colaboración con otros ministerios y organismos conexos, deben encargarse de establecer estos mecanismos, cuyo objetivo ha de consistir en fortalecer la cooperación intersectorial a nivel nacional, provincial y local. Deben alentar la participación comunitaria e integrarse en los procesos de planificación a nivel comunitario.

45. **La prevención es un elemento esencial de los servicios de salud.** El contacto sistemático con el personal de los servicios de salud debe abarcar el asesoramiento práctico a los pacientes y las familias sobre los beneficios de una dieta sana y una mayor actividad física, junto con la prestación de apoyo para ayudar a los pacientes a adoptar y mantener comportamientos saludables. Los gobiernos deben estudiar la posibilidad de proporcionar incentivos a fin de promover esos servicios de prevención e identificar posibilidades de prevención en el marco de los servicios clínicos existentes, incluido el mejoramiento de la estructura de financiación para alentar a los profesionales de la salud a que dediquen más tiempo a la prevención creando las condiciones adecuadas que les permitan abordar esta labor.

1) **Servicios de salud y otros servicios.** Los servicios de salud, especialmente los de atención primaria, pero también otros (como los servicios sociales), pueden desempeñar un papel importante en la prevención. Mediante la formulación sistemática de preguntas, que abarquen la totalidad del ciclo vital, sobre los principales hábitos alimentarios y la actividad física, combinada con el suministro de información sencilla y el desarrollo de competencias para cambiar los comportamientos, es posible llegar a gran parte de la población en el marco de unas intervenciones eficaces en función de los costos. Se debe prestar atención a los patrones de crecimiento de la OMS para lactantes y preescolares, que suponen una definición de la salud que no se limita a la ausencia de enfermedades manifiestas, sino que comprende prácticas y comportamientos saludables. Para promover los cambios necesarios es preciso combinar la cuantificación de los principales factores biológicos de riesgo (como la tensión arterial, la concentración de colesterol en plasma y el peso corporal) con la educación de la población y la prestación de apoyo a los pacientes. También es importante determinar los grupos de alto riesgo y las medidas específicas para responder a sus necesidades, con inclusión de posibles intervenciones farmacológicas. La capacitación del personal de salud, la difusión de directrices apropiadas y el establecimiento de incentivos son factores fundamentales para que puedan llevarse a cabo estas intervenciones.

2) **Colaboración con asociaciones de profesionales de la salud y grupos de consumidores.** Un medio costoeficaz de promover la sensibilización del público sobre las políticas gubernamentales y mejorar sus resultados consiste en lograr el firme apoyo de los profesionales, los consumidores y las comunidades.

46. **Los gobiernos deben invertir en la vigilancia, la investigación y la evaluación.** El seguimiento permanente y a largo plazo de los principales factores de riesgo es fundamental. Sobre la base de esos datos también es posible analizar la evolución de los factores de riesgo y su posible relación con cambios en las políticas y estrategias. Los gobiernos pueden aprovechar sistemas ya establecidos a nivel nacional o regional. Para compilar datos comparativos a nivel mundial, debe destacarse en primer lugar la importancia de los indicadores normales reconocidos por la comunidad científica en general como criterios cuantitativos válidos de la actividad física, de componentes alimentarios seleccionados y del peso corporal. Los datos que arrojan luz sobre las características y variaciones interiores de un país son útiles para orientar la acción a nivel comunitario. En lo posible, deben utilizarse también datos de otras fuentes, por ejemplo, de los sectores de la educación, los transportes, la agricultura, etc.

1) **Seguimiento y vigilancia.** El seguimiento y la vigilancia son instrumentos esenciales para la aplicación de las estrategias nacionales de promoción de la alimentación sana y la activi-

dad física. Las actividades de seguimiento de los hábitos alimentarios, de las modalidades de actividad física y de sus interacciones, así como de los factores biológicos de riesgo relacionados con la nutrición y de la composición de los productos alimenticios, junto con la comunicación al público de la información obtenida, son componentes importantes de la aplicación. Reviste especial importancia el desarrollo de métodos y procedimientos basados en la recopilación normalizada de datos y de un conjunto mínimo común de indicadores válidos, cuantificables y aplicables.

2) **Investigación y evaluación.** Es preciso promover la investigación aplicada, especialmente en proyectos piloto comunitarios y en la evaluación de diferentes políticas e intervenciones. Esa investigación (por ejemplo, sobre las razones de la falta de actividad física y la mala alimentación, y sobre los principales factores que determinan la eficacia de los programas de intervención), combinada con una creciente participación de investigadores del comportamiento, permitirá aplicar políticas mejor fundamentadas y establecer un cuadro de técnicos especializados a nivel nacional y local. También es importante establecer mecanismos efectivos para evaluar la eficiencia y la costoeficacia de los programas nacionales de prevención de enfermedades no transmisibles, así como los efectos sanitarios de las políticas de otros sectores. Se necesita más información, especialmente sobre la situación en los países en desarrollo, donde es preciso evaluar los programas encaminados a promover la alimentación sana y la actividad física e integrarlos en programas más amplios de desarrollo y alivio de la pobreza.

47. **Capacidad institucional.** Bajo la autoridad del ministerio de salud, las instituciones nacionales encargadas de la salud pública, la nutrición y la actividad física desempeñan un papel importante en la aplicación de los programas nacionales en materia de régimen alimentario y actividad física. Pueden aportar los conocimientos técnicos necesarios, llevar a cabo un seguimiento permanente, ayudar a coordinar actividades, participar en la colaboración internacional y prestar asesoramiento a los decisores.

48. **Financiación de los programas nacionales.** Es preciso identificar otras fuentes de financiación, además del presupuesto nacional, que contribuyan a sufragar la aplicación de la Estrategia. En la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas (septiembre de 2000) se reconoce que el crecimiento económico será limitado a menos que las poblaciones estén sanas. Las intervenciones más costoeficaces para contener la epidemia de enfermedades no transmisibles son las de prevención y las centradas en los factores de riesgo de estas enfermedades. Por consiguiente, los programas de promoción de la alimentación sana y la actividad física deben considerarse como una necesidad para el desarrollo y deben recibir apoyo financiero y político de los planes nacionales de desarrollo.

LA OMS

49. La OMS, en cooperación con otros organismos del sistema de las Naciones Unidas, asumirá el liderazgo, formulará recomendaciones basadas en pruebas científicas y promoverá una acción internacional encaminada a mejorar los hábitos alimentarios y aumentar la actividad física, de conformidad con los principios rectores y las recomendaciones que figuran en la Estrategia Mundial.

50. La OMS mantendrá conversaciones con la industria alimentaria transnacional y otros integrantes del sector privado para promover los objetivos de la Estrategia y la puesta en práctica de las recomendaciones en los países.

51. La OMS prestará apoyo para la aplicación de programas, cuando los Estados Miembros lo soliciten, y centrará su atención en las siguientes esferas amplias e interrelacionadas:

- **facilitar la formulación, el fortalecimiento y la actualización de las políticas regionales y nacionales** sobre alimentación y actividad física para una prevención integrada de las enfermedades no transmisibles;

- **facilitar la redacción, la actualización y la aplicación de directrices nacionales sobre régimen alimentario y actividad física**, en colaboración con organismos nacionales y sobre la base de conocimientos y experiencias mundiales;

- **facilitar orientación a los Estados Miembros sobre la formulación de directrices, normas y otras medidas relacionadas con políticas** que estén en consonancia con los objetivos de la Estrategia Mundial;

- **identificar y difundir información sobre intervenciones basadas en pruebas científicas y sobre políticas y estructuras** eficaces para promover dietas sanas y optimizar el grado de actividad física en los países y las comunidades;

- **prestar apoyo técnico apropiado** para desarrollar en los diversos países la capacidad de planificar y aplicar una estrategia nacional y adaptarla a las circunstancias locales;

- **facilitar modelos y métodos** para que las intervenciones relacionadas con el régimen alimentario y la actividad física sean un componente integral de la atención de salud;

- **promover y apoyar la capacitación de los profesionales de la salud en materia de alimentación saludable y vida activa** como componente clave de su plan de estudios, ya sea en el marco de programas existentes o en talleres especiales;

- **asesorar y apoyar a los Estados Miembros utilizando métodos de vigilancia normalizados e instrumentos de evaluación rápida** (como el método progresivo de vigilancia de los factores de riesgo relacionados con las enfermedades no transmisibles preconizado por la OMS) para cuantificar los cambios en la distribución del riesgo - incluidas las modalidades de alimentación, nutrición y actividad física - y evaluar la situación actual, las tendencias y las repercusiones de las intervenciones. La OMS, en colaboración con la FAO, prestará apoyo a los Estados Miembros para que establezcan sistemas nacionales de vigilancia nutricional conectados con datos sobre la composición de los alimentos;

- **asesorar a los Estados Miembros sobre maneras de colaborar constructivamente con las industrias apropiadas.**

52. La OMS, en estrecha colaboración con organizaciones del sistema de las Naciones Unidas y otros organismos intergubernamentales (entre ellos, la FAO, la UNESCO, el UNICEF, la Universidad de las Naciones Unidas), así como con institutos de investigación y otros asociados, promoverá y apoyará la investigación sobre esferas prioritarias para facilitar la puesta en práctica y la evaluación de programas. Esto podría abarcar el encargo de preparar artículos científicos, realizar análisis y celebrar reuniones técnicas sobre temas de investigación práctica que sean esenciales para una acción eficaz en los países. Se debe mejorar la utilización de pruebas científicas para fundamentar el proceso de toma de decisiones, por ejemplo la evaluación de efectos sanitarios, el análisis de costos y beneficios, los estudios nacionales sobre la carga de morbilidad, los modelos de intervención basados en pruebas científicas, el asesoramiento científico y la difusión de prácticas adecuadas.

53. La OMS colaborará con la FAO y otras organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, así como con el Banco Mundial e institutos de investigación, para examinar la evaluación que realicen con respecto a las consecuencias de la Estrategia para otros sectores.

54. La Organización seguirá cooperando con sus centros colaboradores a fin de establecer redes de investigación y capacitación movilizando contribuciones de organizaciones no gubernamentales y de la sociedad civil y facilitando investigaciones colaborativas coordinadas, en la medida en que respondan a las necesidades de los países en desarrollo para aplicar la Estrategia.

Asociados internacionales

55. Los asociados internacionales desempeñan una función decisiva para lograr la meta y los objetivos de la Estrategia Mundial, en particular en lo concerniente a las cuestiones de carácter transnacional o cuando las medidas de un solo país son insuficientes. Es necesaria la labor coordinada de las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, los organismos intergubernamentales, las organizaciones no gubernamentales, las asociaciones profesionales, las instituciones de investigación y las entidades del sector privado.

56. El proceso de preparación de la Estrategia ha supuesto una interacción más estrecha con otras organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, como la FAO y el UNICEF, y con otros asociados, como el Banco Mundial. La OMS aprovechará su larga relación de colaboración con la FAO para aplicar la Estrategia. La contribución de dicha organización en la formulación de políticas agrarias puede resultar decisiva a este respecto. Será necesario intensificar las investigaciones sobre políticas agrarias apropiadas y sobre el suministro, la disponibilidad, la elaboración y el consumo de alimentos.

57. También se prevé establecer relaciones de cooperación con diversos organismos, como el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas, la OIT, la OMC, la UNESCO, los bancos regionales de desarrollo y la Universidad de las Naciones Unidas. En consonancia con la meta y los objetivos de la Estrategia, la OMS establecerá y fortalecerá asociaciones, incluso mediante la creación y coordinación de redes mundiales y regionales para difundir información, intercambiar experiencias y prestar apoyo a iniciativas regionales y nacionales. La OMS tiene el propósito de establecer un comité especial de asociados pertenecientes al sistema de las Naciones Unidas para velar por la coherencia continua de las políticas y aprovechar los puntos fuertes propios de cada organización. Los asociados pueden desempeñar una función importante en una red mundial que abarque esferas como la promoción, la movilización de recursos, la creación de capacidad y la investigación colaborativa.

58. Los asociados internacionales podrían participar de la siguiente manera en la aplicación de la Estrategia:

- contribuyendo a la formulación de estrategias intersectoriales integrales encaminadas a mejorar la situación en materia de régimen alimentario y actividad física, por ejemplo, mediante la promoción de dietas sanas en los programas de alivio de la pobreza;

- formulando directrices sobre prevención de carencias nutricionales a fin de armonizar las recomendaciones en materia de régimen alimentario y de políticas que se elaboren en el futuro para prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles;

- facilitando, en colaboración con organismos nacionales, la redacción de directrices nacionales sobre alimentación y actividad física;

- cooperando en el desarrollo, el ensayo y la difusión de modelos para la participación comunitaria que abarquen la producción local de alimentos, la educación nutricional y física y la sensibilización de los consumidores;

- promoviendo la inclusión de políticas de prevención de las enfermedades no transmisibles y promoción de la salud relacionadas con el régimen alimentario y la actividad física como componentes de las políticas y los programas de desarrollo;

- promoviendo enfoques basados en incentivos para fomentar la prevención y el control de enfermedades crónicas.

59. **Normas internacionales.** Es posible fortalecer las actividades de salud pública mediante la aplicación de normas internacionales, en particular las de la Comisión del Codex Alimentarius.[1] Podría intensificarse la labor en las esferas siguientes: un etiquetado que informe mejor a los consumidores sobre los beneficios y la composición de los alimentos; la adopción de medidas para reducir al mínimo las repercusiones de la comercialización en los hábitos alimentarios que sean perjudiciales para la salud; la difusión de información más completa sobre pautas de consumo saludables, con inclusión de medidas para aumentar el consumo de frutas y hortalizas; y el establecimiento de normas de producción y elaboración relativas a la calidad nutricional y la inocuidad de los productos. Debe alentarse la participación de los gobiernos y las organizaciones no gubernamentales, tal como se prevé en el marco del Codex.

Organizaciones de la sociedad civil y organizaciones no gubernamentales

60. Las organizaciones de la sociedad civil y las organizaciones no gubernamentales han de desempeñar un papel importante para influir en el comportamiento de las personas y en las organizaciones e instituciones que promueven las dietas sanas y la actividad física. Pueden contribuir a lograr que los consumidores pidan a los gobiernos que fomenten los modos de vida sanos y a la industria alimentaria que suministre productos saludables. Las organizaciones no gubernamentales pueden respaldar eficazmente la Estrategia si colaboran con asociados nacionales e internacionales. Las organizaciones de la sociedad civil y las organizaciones no gubernamentales pueden, en particular:

- liderar la movilización comunitaria y promover la inclusión de la alimentación sana y la actividad física entre las prioridades gubernamentales;

- apoyar la difusión amplia de información sobre la prevención de las enfermedades no transmisibles basada en una dieta sana y equilibrada y en la actividad física;

- crear redes y grupos de acción para promover la disponibilidad de alimentos saludables y las posibilidades de realizar actividades físicas, e impulsar y apoyar programas que fomenten la salud y campañas de educación sanitaria;

- organizar campañas y otras actividades que propugnen la adopción de medidas;

- destacar la función de los gobiernos en la promoción de la salud pública, la alimentación saludable y la actividad física; seguir de cerca los progresos realizados en pro de los objetivos; y colaborar con otras partes interesadas, por ejemplo, entidades del sector privado, y vigilar su actuación;

- fomentar activamente la aplicación de la Estrategia Mundial;

- contribuir a la utilización de los conocimientos y las pruebas científicas.

[1] Véase la resolución WHA56.23.

El sector privado

61. El sector privado puede ser un protagonista importante en la promoción de una alimentación sana y de la actividad física. Las empresas del sector alimentario, los minoristas, los proveedores de servicios de comidas, los fabricantes de artículos deportivos, las agencias de publicidad, las empresas de recreación, las aseguradoras, los grupos bancarios, las empresas farmacéuticas y los medios de difusión pueden desempeñar funciones importantes como empleadores responsables y promotores de modos de vida sanos. Todos ellos pueden asociarse a los gobiernos y las organizaciones no gubernamentales en la aplicación de medidas encaminadas a enviar mensajes positivos y coherentes que faciliten y posibiliten la realización de actividades integradas para promover la alimentación sana y la actividad física. Puesto que muchas empresas operan a nivel mundial, la colaboración internacional es decisiva. La cooperación con el sector empresarial ya ha permitido lograr resultados favorables en relación con la dieta y la actividad física. Las iniciativas de la industria alimentaria para reducir tanto el contenido de grasas, azúcar y sal de los alimentos elaborados como el tamaño de las porciones, así como para ofrecer otras opciones innovadoras, saludables y nutritivas, así como para examinar las prácticas actuales de comercialización, podrían acelerar la obtención de beneficios de salud en todo el mundo. A continuación se formulan recomendaciones específicas para las empresas del sector alimentario y los fabricantes de artículos deportivos:

- promover los regímenes alimentarios saludables y la actividad física de conformidad con las directrices nacionales, las normas internacionales y los objetivos generales de la Estrategia Mundial;

- limitar los contenidos de grasas saturadas y ácidos grasos trans, de azúcares libres y de sal en los productos existentes;

- seguir desarrollando y ofreciendo a los consumidores opciones asequibles, saludables y nutritivas;

- examinar la posibilidad de lanzar nuevos productos que sean más nutritivos;

- proporcionar a los consumidores información adecuada y comprensible sobre los productos y la nutrición;

- adoptar prácticas de comercialización responsable que apoyen la Estrategia, en particular con respecto a la promoción y la comercialización de alimentos con alto contenido de grasas saturadas, ácidos grasos trans, azúcares libres o sal, especialmente los dirigidas a los niños;

- adoptar un etiquetado de los alimentos que sea sencillo, claro y coherente, y declaraciones sobre las propiedades relacionadas con la salud que estén basadas en pruebas científicas y ayuden a los consumidores a adoptar decisiones fundamentadas y saludables con respecto al contenido nutritivo de los alimentos;

- suministrar a las autoridades nacionales información sobre la composición de los alimentos;

- ayudar a elaborar y poner en práctica programas de promoción de la actividad física.

62. Los lugares de trabajo son entornos importantes para promover la salud y prevenir las enfermedades. Las personas deben tener posibilidad de adoptar decisiones saludables en el lugar de trabajo para reducir su exposición a riesgos. Por otra parte, el costo de las enfermedades no transmisibles para

los empleadores está aumentando rápidamente. Es preciso garantizar la posibilidad de adoptar decisiones saludables en el lugar de trabajo y apoyar y promover la actividad física.

SEGUIMIENTO Y DESARROLLO FUTURO

63. La OMS presentará informes sobre los progresos realizados en la aplicación de la Estrategia Mundial y las estrategias nacionales. Esos informes abarcarán lo siguiente:

- las pautas y tendencias en materia de alimentación y actividad física y los principales factores de riesgo de enfermedades no transmisibles relacionados con la dieta y la actividad física;
- una evaluación de la eficacia de las políticas y los programas para mejorar el régimen alimentario y aumentar la actividad física;
- información sobre limitaciones u obstáculos para la aplicación de la Estrategia y medidas adoptadas para superarlos;
- información sobre medidas legislativas, ejecutivas, administrativas, financieras o de otro tipo adoptadas en el contexto de esta Estrategia.

64. La OMS colaborará a nivel mundial y regional para establecer un sistema de vigilancia y preparar indicadores en materia de hábitos alimentarios y modalidades de actividad física.

CONCLUSIONES

65. Las medidas, basadas en las mejores pruebas científicas disponibles y en el contexto cultural, deben elaborarse, aplicarse y vigilarse con la asistencia y el liderazgo de la OMS. Sin embargo, sólo podrá lograrse un progreso sostenido si se aplica un enfoque verdaderamente multisectorial, que movilice una combinación de energía, recursos y conocimientos técnicos de todas las partes interesadas a nivel mundial.

66. Los cambios en los hábitos alimentarios y las modalidades de actividad física serán graduales y será necesario que en las estrategias nacionales se formule un plan claro de medidas continuas de prevención de la morbilidad a largo plazo. Sin embargo, los factores de riesgo y las tasas de prevalencia de las enfermedades no transmisibles pueden cambiar con bastante rapidez si se llevan a cabo intervenciones eficaces. Por consiguiente, los planes nacionales también deben establecer metas alcanzables a plazo corto y mediano.

67. La aplicación de esta Estrategia por todas las partes interesadas permitirá lograr mejoras considerables y sostenidas en la salud de la población.

(Octava sesión plenaria, 22 de mayo de 2004 -
Comisión A, tercer informe)

WHA57.18 Trasplante de órganos y tejidos humanos

La 57ª Asamblea Mundial de la Salud,

Recordando las resoluciones WHA40.13, WHA42.5 y WHA44.25, sobre la obtención y el trasplante de órganos;

Habiendo examinado el informe sobre trasplante de órganos y tejidos humanos;[1]

Observando el aumento mundial de los trasplantes alogénicos de células, tejidos y órganos;

Preocupada por la creciente escasez de material de trasplante humano para atender las necesidades de los pacientes;

Consciente de los riesgos éticos y de seguridad que conlleva el trasplante de células, tejidos y órganos alogénicos, y de la necesidad de prestar especial atención al riesgo de tráfico de órganos;

Reconociendo que las células, los tejidos y los órganos xenogénicos vivos, así como los líquidos orgánicos, células, tejidos y órganos humanos que han tenido contacto *ex vivo* con ese tipo de material xenogénico, pueden llegar a ser utilizados en el hombre si no se dispone de material humano adecuado;

Consciente de que los trasplantes xenogénicos conllevan un riesgo de transmisión de agentes infecciosos xenogénicos ya conocidos o aún por descubrir de los animales al ser humano, y de los receptores de trasplantes xenogénicos a sus contactos y al público en general;

Reconociendo que los trasplantes plantean cuestiones no sólo médicas, sino también legales y éticas, y tienen implicaciones económicas y psicológicas,

I

Trasplantes alogénicos

1. INSTA a los Estados Miembros:

1) a que aseguren una supervisión nacional eficaz de la obtención, el procesamiento y el trasplante de células, tejidos y órganos humanos, procurando entre otras cosas garantizar una gestión responsable del material humano para trasplante y su trazabilidad;

2) a que cooperen en la formulación de recomendaciones y directrices para armonizar las prácticas mundiales en materia de obtención, procesamiento y trasplante de células, tejidos y órganos humanos, incluida la elaboración de criterios mínimos de idoneidad de los donantes de tejidos y células;

3) a que consideren la posibilidad de establecer comisiones de ética a fin de velar por que los trasplantes de células, tejidos y órganos sean conformes a la ética;

4) a que cuando sea posible amplíen la utilización de riñones de donantes vivos, además de los obtenidos de donantes fallecidos;

[1] Documento A57/17.

5) a que adopten medidas para proteger a los grupos más pobres y vulnerables frente al «turismo de trasplantes» y la venta de tejidos y órganos, prestando atención al problema más general que supone el tráfico internacional de tejidos y órganos humanos;

2. PIDE al Director General:

1) que siga examinando y recabando datos a escala mundial sobre las prácticas y la seguridad, calidad, eficacia y epidemiología de los trasplantes alogénicos, y sobre las cuestiones éticas conexas, en particular la donación entre vivos, con el fin de actualizar los Principios Rectores sobre Trasplante de Órganos Humanos;[1]

2) que promueva la cooperación internacional con el fin de mejorar el acceso de los ciudadanos a esos procedimientos terapéuticos;

3) que, a petición de los Estados Miembros, facilite apoyo técnico para el desarrollo adecuado de los trasplantes de células, tejidos y órganos, en particular facilitando la cooperación internacional;

4) que preste apoyo a los Estados Miembros en sus esfuerzos encaminados a prevenir el tráfico de órganos, incluida la elaboración de directrices para evitar que los grupos más pobres y vulnerables sean víctimas de ese tipo de tráfico;

II

Trasplantes xenogénicos

1. INSTA a los Estados Miembros:

1) a que únicamente permitan los trasplantes xenogénicos que estén sometidos a un control reglamentario nacional y a mecanismos de vigilancia eficaces supervisados por las autoridades sanitarias nacionales;

2) a que cooperen en la formulación de recomendaciones y directrices para armonizar las prácticas mundiales, en particular medidas protectoras acordes con normas científicas aceptadas internacionalmente para prevenir el riesgo de transmisión secundaria de cualesquiera agentes infecciosos xenogénicos que pudieran haber infectado a los receptores de trasplantes xenogénicos o a los contactos de esos receptores, en especial más allá de las fronteras nacionales;

3) a que apoyen la colaboración y coordinación internacional para la prevención y vigilancia de las infecciones debidas a trasplantes xenogénicos;

2. PIDE al Director General:

1) que facilite la comunicación y la colaboración internacional entre las autoridades sanitarias de los Estados Miembros en lo referente a las cuestiones relacionadas con los trasplantes xenogénicos;

[1] Documento WHA44/1991/REC/1, anexo 6.

2) que obtenga datos a escala mundial para evaluar las prácticas relacionadas con los trasplantes xenogénicos;

3) que informe activamente a los Estados Miembros de los eventos infecciosos de origen xenogénico debidos a trasplantes xenogénicos;

4) que, a petición de los Estados Miembros, proporcione apoyo técnico para fortalecer la capacidad y la experiencia en el campo de los trasplantes xenogénicos, en particular para la formulación de políticas y la supervisión por los organismos nacionales de reglamentación;

5) que informe en el momento oportuno a la Asamblea de la Salud, por conducto del Consejo Ejecutivo, acerca de la aplicación de la presente resolución.

(Octava sesión plenaria, 22 de mayo de 2004 -
Comisión A, tercer informe)

WHA57.19 Migración internacional del personal sanitario: un reto para los sistemas de salud de los países en desarrollo

La 57ª Asamblea Mundial de la Salud,

Recordando la resolución 2417 (XXIII) de la Asamblea General de las Naciones Unidas, de 17 de diciembre de 1968;

Recordando la resolución 58/208 de la Asamblea General de las Naciones Unidas, sobre migración internacional y desarrollo, y la decisión adoptada en ella de que en 2006 se celebre un diálogo de alto nivel dedicado a la migración internacional y el desarrollo;

Recordando asimismo las resoluciones WHA22.51 (1969) y WHA25.42 (1972);

Observando que la Unión Africana declaró 2004 el «Año del Desarrollo de los Recursos Humanos en África»;

Tomando nota del Código de Conducta del Commonwealth para la Contratación Internacional de Trabajadores de la Salud, adoptado en la reunión de ministros de salud del Commonwealth (Ginebra, 18 de mayo de 2003);

Observando la labor sobre la migración internacional de mano de obra que se lleva a cabo en la Organización Internacional para las Migraciones, la Comisión Mundial sobre las Migraciones Internacionales, y en otros órganos internacionales;

Reconociendo la importancia de los recursos humanos para el fortalecimiento de los sistemas de salud y el logro de los objetivos acordados internacionalmente en la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas;

Observando con inquietud que el personal de salud altamente preparado y especializado de los países en desarrollo sigue emigrando a un ritmo creciente hacia determinados países, lo que debilita los sistemas de salud en los países de origen;

Teniendo presente la labor emprendida en las organizaciones de las Naciones Unidas y en otras organizaciones internacionales con el fin de fortalecer la capacidad de los gobiernos para la gestión de las corrientes migratorias en los planos nacional y regional, y la necesidad de adoptar nuevas medidas para abordar en los planos nacional e internacional la cuestión de la migración del personal de atención de salud capacitado, en el marco de los enfoques sectoriales y de otros planes de desarrollo;

Observando asimismo que muchos países en desarrollo no están aún preparados técnicamente para evaluar de forma adecuada la magnitud y las características de ese éxodo de su personal sanitario;

Reconociendo la importancia de los esfuerzos y las inversiones que los países en desarrollo dedican a la capacitación y el perfeccionamiento de los recursos humanos para la salud;

Reconociendo asimismo los esfuerzos desplegados para invertir la tendencia migratoria del personal sanitario de los países en desarrollo y consciente de la necesidad de intensificar estos esfuerzos;

Preocupada por el hecho de que el VIH/SIDA, la tuberculosis, el paludismo y otras enfermedades transmisibles suponen cargas adicionales para el personal sanitario,

1. INSTA a los Estados Miembros:

   1) a que desarrollen estrategias encaminadas a mitigar los efectos adversos de la migración de personal sanitario y a reducir al mínimo sus repercusiones negativas en los sistemas de salud;

   2) a que formulen y apliquen políticas y estrategias que logren más eficazmente la permanencia del personal de salud, incluidos, entre otras cosas, el fortalecimiento de los recursos humanos para la planificación y gestión sanitarias, la revisión de los salarios y la aplicación de sistemas de incentivos;

   3) a que concierten acuerdos entre gobiernos a fin de poner en marcha programas de intercambio de personal sanitario como mecanismo para controlar su migración;

   4) a que establezcan mecanismos para mitigar los efectos adversos de las pérdidas de personal sanitario en los países en desarrollo debidas a la migración, con inclusión de medios para que los países receptores apoyen el fortalecimiento de los sistemas de salud, en particular el desarrollo de los recursos humanos, en los países de origen;

2. PIDE al Director General:

   1) que, en colaboración con los países y las instituciones u organizaciones pertinentes, establezca y mantenga sistemas de información que permitan a los órganos internacionales apropiados supervisar de manera independiente el movimiento de recursos humanos para la salud;

   2) que, en cooperación con organizaciones internacionales en el marco de sus mandatos respectivos, incluida la Organización Mundial del Comercio, lleve a cabo investigaciones sobre la migración internacional del personal sanitario, incluso en relación con los acuerdo comerciales y las remesas, a fin de determinar cualesquiera efectos adversos de dicha migración, así como las medidas que pudieran adoptarse para corregirlos;

   3) que estudie medidas adicionales que puedan ayudar a desarrollar prácticas leales en la contratación internacional de personal sanitario, con inclusión de la viabilidad, el costo y la pertinencia de establecer un instrumento internacional;

4) que preste apoyo a los Estados Miembros para fortalecer sus mecanismos y procesos de planificación a fin de prever una capacitación del personal acorde con sus necesidades;

5) que, en consulta con los Estados Miembros y todos los asociados pertinentes, incluidos los organismos de desarrollo, elabore un código de prácticas[1] sobre contratación de personal sanitario, en especial de países en desarrollo, y que informe a la 58ª Asamblea Mundial de la Salud sobre los progresos hechos a este respecto;

6) que apoye los esfuerzos de los países para facilitar el diálogo y crear una mayor conciencia en los más altos niveles nacionales e internacionales, así como entre las partes interesadas, sobre la migración del personal sanitario y sus efectos, incluido el examen de medidas que los países receptores puedan adoptar para compensar las pérdidas de trabajadores sanitarios, como las inversiones en capacitación de profesionales de la salud;

7) que movilice todas las esferas programáticas pertinentes en la OMS, en colaboración con los Estados Miembros, para desarrollar capacidad en materia de recursos humanos y para mejorar el apoyo sanitario a los países en desarrollo estableciendo mecanismos apropiados;

8) que celebre consultas con las Naciones Unidas y los organismos especializados sobre la posibilidad de declarar un año o un decenio de «Recursos humanos para el desarrollo sanitario»;

9) que establezca que el tema del Día Mundial de la Salud 2006 sea «Recursos humanos para el desarrollo sanitario»;

10) que incluya la cuestión de los recursos humanos para el desarrollo sanitario como una esfera programática de máxima prioridad en el Programa General de Trabajo de la OMS para 2006-2015;

11) que informe a la 58ª Asamblea Mundial de la Salud sobre la aplicación de la presente resolución.

(Octava sesión plenaria, 22 de mayo de 2004 -
Comisión A, tercer informe)

[1] Se entiende que en el sistema de las Naciones Unidas la expresión «código de prácticas» se refiere a instrumentos que no son jurídicamente vinculantes.

DECISIONES

WHA57(1) Composición de la Comisión de Credenciales

La 57ª Asamblea Mundial de la Salud estableció una Comisión de Credenciales integrada por delegados de los 12 Estados Miembros siguientes: Austria, Belice, Canadá, Djibouti, Gambia, India, Italia, Kenya, Malí, Myanmar, Papua Nueva Guinea, Uzbekistán.

(Primera sesión plenaria, 17 de mayo de 2004)

WHA57(2) Composición de la Comisión de Candidaturas

La 57ª Asamblea Mundial de la Salud eligió una Comisión de Candidaturas integrada por delegados de los Estados Miembros siguientes: Bahrein, Brunei Darussalam, Burkina Faso, China (República Popular), Eritrea, Estonia, Federación de Rusia, Francia, Guyana, Israel, México, Micronesia (Estados Federados de), Mónaco, Mozambique, Nicaragua, Perú, Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, República Democrática del Congo, Sri Lanka, Swazilandia, Tailandia, Túnez, Uganda, Uruguay, y el Dr. Khandaker Mosharraf Hossain (Bangladesh), Presidente de la 56ª Asamblea Mundial de la Salud, miembro *ex officio*.

(Primera sesión plenaria, 17 de mayo de 2004)

WHA57(3) Elección de Presidente y de Vicepresidentes de la 57ª Asamblea Mundial de la Salud

La 57ª Asamblea Mundial de la Salud, después de examinar las recomendaciones de la Comisión de Candidaturas, eligió el Presidente y los Vicepresidentes:

Presidente: Sr. Muhammad Nasir Khan (Pakistán)

Vicepresidentes: Dra. M. E. Tshabalala-Msimang (Sudáfrica)
Sra. A. David-Antoine (Granada)
Sr. S. Bogoev (Bulgaria)
Dra. R. Maria de Araujo (Timor-Leste)
Dr. Chua Soi Lek (Malasia)

(Primera sesión plenaria, 17 de mayo de 2004)

WHA57(4) Elección de la Mesa de las comisiones principales

La 57ª Asamblea Mundial de la Salud, después de examinar las recomendaciones de la Comisión de Candidaturas, eligió los Presidentes de las comisiones principales:

Comisión A:	**Presidente**	Dr. Ponmek Dalaloy (República Democrática Popular Lao)
Comisión B:	**Presidente**	Dr. Yigmi Singay (Bhután)

(Primera sesión plenaria, 17 de mayo de 2004)

Las comisiones principales eligieron después los Vicepresidentes y Relatores:

Comisión A:	**Vicepresidentes**	Dr. D. Slater (San Vicente y las Granadinas) Sra. A. van Bolhuis (Países Bajos)
	Relator	Profesor M. Mizanur Rahman (Bangladesh)
Comisión B:	**Vicepresidentes**	Profesor N. M. Nali (República Centroafricana) Dr. S. Al Kharabseh (Jordania)
	Relator	Sra. Z. Jakab (Hungría)

(Primera sesión de la Comisión A y primera sesión de la Comisión B, 18 y 20 de mayo de 2004)

WHA57(5) Constitución de la Mesa de la Asamblea

La 57ª Asamblea Mundial de la Salud, después de examinar las recomendaciones de la Comisión de Candidaturas, eligió a los delegados de los 17 países siguientes para formar parte de la Mesa de la Asamblea: Botswana, Chad, Chile, China (República Popular), Cuba, Estados Unidos de América, Federación de Rusia, Francia, Irlanda, Jamahiriya Árabe Libia, Kazajstán, Liberia, Níger, Nigeria, Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, Trinidad y Tabago, Yemen.

(Primera sesión plenaria, 17 de mayo de 2004)

WHA57(6) Adopción del orden del día

La 57ª Asamblea Mundial de la Salud adoptó el orden del día provisional preparado por el Consejo Ejecutivo en su 113ª reunión después de suprimir un punto y tres subpuntos y de agregar un punto suplementario.

(Segunda sesión plenaria, 17 de mayo de 2004)

WHA57(7) Verificación de credenciales

La 57ª Asamblea Mundial de la Salud consideró válidas las credenciales de las delegaciones siguientes: Afganistán; Albania; Alemania; Andorra; Angola; Antigua y Barbuda; Arabia Saudita; Argelia; Argentina; Armenia; Australia; Austria; Azerbaiyán; Bahamas; Bahrein; Bangladesh; Barbados; Belarús; Bélgica; Belice; Benin; Bhután; Bolivia; Bosnia y Herzegovina; Botswana; Brasil; Brunei Darussalam; Bulgaria; Burkina Faso; Burundi; Cabo Verde; Camboya; Camerún; Canadá; Chad; Chile; China; Chipre; Colombia; Congo; Costa Rica; Côte d'Ivoire; Croacia; Cuba; Dinamarca; Djibouti; Ecuador; Egipto; El Salvador; Emiratos Árabes Unidos; Eritrea; Eslovaquia; Eslovenia; España; Estados Unidos de América; Estonia; Etiopía; Ex República Yugoslava de Macedonia; Federación de Rusia; Fiji; Filipinas; Finlandia; Francia; Gabón; Gambia; Georgia; Ghana; Granada; Grecia; Guatemala; Guinea; Guinea-Bissau; Guinea Ecuatorial; Guyana; Haití; Honduras; Hungría; India; Indonesia; Irán (República Islámica del); Iraq; Irlanda; Islandia; Islas Cook; Islas Marshall; Islas Salomón; Israel; Italia; Jamahiriya Árabe Libia; Jamaica; Japón; Jordania; Kazajstán; Kenya; Kirguistán; Kiribati; Kuwait; Lesotho; Letonia; Líbano; Liberia;[1] Lituania; Luxemburgo; Madagascar; Malasia; Malawi; Maldivas; Malí; Malta; Marruecos; Mauricio; Mauritania; México; Micronesia (Estados Federados de); Mónaco; Mongolia; Mozambique; Myanmar; Namibia; Nepal; Nicaragua; Níger; Nigeria; Noruega; Nueva Zelandia; Omán; Países Bajos; Pakistán; Palau; Panamá; Papua Nueva Guinea; Paraguay; Perú; Polonia; Portugal; Qatar; Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte; República Árabe Siria; República Centroafricana; República Checa; República de Corea; República Democrática del Congo; República Democrática Popular Lao; República de Moldova; República Dominicana; República Popular Democrática de Corea; República Unida de Tanzanía; Rumania; Rwanda; Saint Kitts y Nevis; Samoa; San Marino; Santa Lucía; Santo Tomé y Príncipe; San Vicente y las Granadinas; Senegal; Serbia y Montenegro; Seychelles; Sierra Leona; Singapur; Somalia; Sri Lanka; Sudáfrica; Sudán; Suecia; Suiza; Swazilandia; Tailandia; Timor-Leste; Togo; Tonga; Trinidad y Tabago; Túnez; Turkmenistán; Turquía; Tuvalu; Ucrania; Uganda; Uruguay; Uzbekistán; Venezuela; Viet Nam; Yemen; Zambia; Zimbabwe.

(Cuarta y séptima sesiones plenarias, 19 y 21 de mayo de 2004)

WHA57(8) Elección de Miembros facultados para designar una persona que forme parte del Consejo Ejecutivo

La 57ª Asamblea Mundial de la Salud, después de examinar las recomendaciones de la Mesa de la Asamblea,[2] eligió a los siguientes países como Miembros facultados para designar una persona que forme parte del Consejo Ejecutivo: Australia, Bahrein, Bolivia, Brasil, Jamahiriya Árabe Libia, Jamaica, Kenya, Lesotho, Luxemburgo, Rumania, Tailandia, Tonga.

(Séptima sesión plenaria, 21 de mayo de 2004)

[1] Credenciales aceptadas provisionalmente.

[2] Documento A57/38.

WHA57(9) Derechos de propiedad intelectual, innovación y salud pública

La 57ª Asamblea Mundial de la Salud decidió pedir al Director General que aplazara la presentación del informe definitivo sobre los resultados de los trabajos de la Comisión de Derechos de Propiedad Intelectual, Innovación y Salud Pública, establecida de conformidad con la resolución WHA56.27, hasta la 117ª reunión del Consejo Ejecutivo (enero de 2006), habida cuenta de que la Comisión necesitaba más tiempo para ultimar su labor.

(Séptima sesión plenaria, 21 de mayo de 2004)

WHA57(10) Asignaciones presupuestarias a las regiones

La 57ª Asamblea Mundial de la Salud, habiendo examinado el informe sobre las asignaciones del presupuesto ordinario a las regiones[1] y tomando nota de las recomendaciones que figuran en el párrafo 21, decidió pedir al Director General que, en consulta con los Estados Miembros y las regiones, elaborara unos principios rectores basados en criterios objetivos que habrían de aplicarse en la asignación de fondos de todas las procedencias, teniendo en cuenta la equidad, la eficiencia y el desempeño, y el apoyo prestado a los países más necesitados, en particular los menos adelantados, y que se presentarían a la consideración del Consejo Ejecutivo en su 115ª reunión.

(Octava sesión plenaria, 22 de mayo de 2004)

WHA57(11) Caja Común de Pensiones del Personal de las Naciones Unidas: nombramiento de representantes en el Comité de la Caja de Pensiones del Personal de la OMS

La 57ª Asamblea Mundial de la Salud nombró miembro del Comité de la Caja de Pensiones del Personal de la OMS al Dr. J. Larivière, delegado del Canadá, y miembro suplente del Comité al Dr. A. A. Yoosuf, delegado de Maldivas, en ambos casos por un periodo de tres años, es decir hasta mayo de 2007.

La 57ª Asamblea Mundial de la Salud nombró además miembro del Comité al Dr. L. Waqatakirewa, delegado de Fiji, en sustitución del Sr. L. Rokovada hasta la expiración del mandato de este último, es decir hasta mayo de 2005.

(Octava sesión plenaria, 22 de mayo de 2004)

[1] Documento A57/24.

WHA57(12) Política de relaciones con las organizaciones no gubernamentales

La 57ª Asamblea Mundial de la Salud decidió aplazar la consideración de la nueva política de relaciones con las organizaciones no gubernamentales,[1] para dar tiempo al Director General a que realizara consultas con todas las partes interesadas con el fin de lograr un consenso acerca del contenido de la pertinente resolución que habría que someter a una ulterior Asamblea de la Salud por conducto del Consejo Ejecutivo.

(Octava sesión plenaria, 22 de mayo de 2004)

WHA57(13) Elección de país en que ha de reunirse la 58ª Asamblea Mundial de la Salud

De conformidad con lo dispuesto en el Artículo 14 de la Constitución, la 57ª Asamblea Mundial de la Salud decidió que la 58ª Asamblea Mundial de la Salud se celebrase en Suiza.

(Octava sesión plenaria, 22 de mayo de 2004)

WHA57(14) Informes del Consejo Ejecutivo sobre sus 112ª y 113ª reuniones

La 57ª Asamblea Mundial de la Salud, después de examinar los informes del Consejo Ejecutivo sobre sus 112[a2] y 113[a3] reuniones, aprobó los informes, felicitó al Consejo por la labor realizada; y manifestó su aprecio por la dedicación con que el Consejo había desempeñado las tareas que se le habían encomendado.

(Novena sesión plenaria, 22 de mayo de 2004)

---

[1] Véase el documento A57/32.

[2] Documento EB112/2003/REC/1.

[3] Documentos EB113/2004/REC/1 y EB113/2004/REC/2.

ANEXOS

ANEXO 1

Acuerdo entre el Office international des Epizooties y la Organización Mundial de la Salud[1]

[A57/28, anexo - 8 de abril de 2004]

La Organización Mundial de la Salud (en adelante denominada OMS) y el Office international des Epizooties (en adelante denominado OIE), con objeto de coordinar los esfuerzos que despliegan para promover y mejorar la salud pública veterinaria (SPV) y la seguridad alimentaria y la inocuidad de los alimentos, y de actuar en estrecha colaboración con ese fin,

Han acordado lo siguiente:

Artículo 1

1.1 La OMS y el OIE convienen en cooperar estrechamente en los asuntos de interés común relacionados con sus respectivos ámbitos de competencia tal y como están definidos en sus instrumentos constitutivos correspondientes y por las decisiones de sus órganos rectores.

Artículo 2

2.1 La OMS transmitirá al OIE las resoluciones pertinentes de la Asamblea Mundial de la Salud, así como las recomendaciones de las consultas, talleres y otras reuniones oficiales pertinentes de la OMS con el fin de que sean comunicadas a los Miembros del OIE.

2.2 El OIE transmitirá a la OMS las recomendaciones y resoluciones de su Comité Internacional, así como las recomendaciones de las consultas, talleres y otras reuniones oficiales pertinentes del OIE, con el fin de que sean comunicadas a los Estados Miembros de la OMS.

2.3 Las resoluciones y recomendaciones mencionadas sometidas a la consideración de los órganos respectivos de las dos organizaciones (en adelante denominadas las Partes) constituirán la base para una acción internacional coordinada entre ambas Partes.

Artículo 3

3.1 Se invitará a Representantes de la OMS a que asistan a las reuniones del Comité Internacional y de las Conferencias Regionales del OIE y participen, sin derecho de voto, en las deliberaciones de los referidos órganos sobre los puntos que figuren en el orden del día y que interesen a la OMS.

[1] Véase la resolución WHA57.7.

3.2 Se invitará a representantes del OIE a que asistan a las reuniones del Consejo Ejecutivo, de la Asamblea Mundial de la Salud y de los Comités Regionales de la OMS y participen, sin derecho de voto, en las deliberaciones de los referidos órganos sobre los puntos que figuren en el orden del día y que interesen al OIE.

3.3 Se tomarán las disposiciones adecuadas por vía de acuerdo entre el Director General de la OMS y el Director General del OIE para garantizar la participación de la OMS y del OIE en otras reuniones que no tengan carácter privado convocadas bajo sus respectivos auspicios y en cuyo transcurso se examinen asuntos que interesen a la otra Parte; esto incluye especialmente aquellas reuniones conducentes a la definición de normas y estándares.

3.4 Ambas Partes convienen en que evitarán celebrar reuniones y conferencias que traten de asuntos de interés mutuo sin haber consultado previamente a la otra Parte.

Artículo 4

La OMS y el OIE colaborarán en áreas de interés común, en particular por los siguientes medios:

4.1 El intercambio recíproco de informes, publicaciones y otras informaciones, en particular el intercambio oportuno de información sobre focos de zoonosis y de enfermedades de transmisión alimentaria. Ambas Partes concertarán arreglos especiales para coordinar la respuesta ante los focos de zoonosis y/o de enfermedades de transmisión alimentaria de importancia, reconocida o potencial, para la salud pública internacional.

4.2 La organización, tanto a nivel regional como mundial, de reuniones y conferencias sobre zoonosis, enfermedades de transmisión alimentaria y cuestiones conexas, tales como las prácticas de alimentación animal y la resistencia antimicrobiana relacionada con el uso prudente de agentes antimicrobianos en zootecnia, y las políticas y programas de contención o de control de estas enfermedades.

4.3 La elaboración conjunta y la promoción de programas nacionales, regionales o mundiales de control o de eliminación de las principales zoonosis y enfermedades de transmisión alimentaria o sobre cuestiones emergentes o reemergentes de interés común, y la asistencia técnica conjunta para esos programas.

4.4 El fomento y fortalecimiento, especialmente en los países en desarrollo, de la educación y operacionalización en el ámbito de la salud pública veterinaria y de la cooperación eficaz entre los sectores de salud pública y de sanidad animal o veterinaria.

4.5 El fomento y coordinación internacionales de las actividades de investigación sobre zoonosis, salud pública veterinaria e inocuidad de los alimentos.

4.6 El fomento y refuerzo de la colaboración entre la red de Centros y Laboratorios de Referencia del OIE y la red de Centros Colaboradores y Laboratorios de Referencia de la OMS para consolidar su apoyo a los Estados Miembros de la OMS y a los Miembros del OIE sobre asuntos de interés común.

Artículo 5

5.1 En el transcurso de la preparación de sus respectivos programas de trabajo, la OMS y el OIE intercambiarán sus proyectos de programas para recabar observaciones.

5.2 Cada una de las Partes tendrá en cuenta las recomendaciones de la otra Parte en la preparación del programa final que someterá a su órgano rector.

5.3 El OIE y la OMS celebrarán una reunión anual de coordinación de funcionarios de alto nivel de la Sede o de las representaciones regionales.

5.4 Ambas Partes concertarán los arreglos administrativos necesarios para aplicar esas políticas, por ejemplo, el intercambio de expertos, la organización común de reuniones conjuntas científicas y técnicas, a la formación conjunta del personal de salud y veterinario.

Artículo 6

6.1 El presente Acuerdo entrará en vigor en la fecha de su firma por el Director General de la OMS y por el Director General del OIE, a reserva de su aprobación por el Comité Internacional del OIE y la Asamblea Mundial de la Salud.

6.2 El Acuerdo podrá ser modificado por consentimiento mutuo expresado por escrito. Además, cualquiera de las Partes podrá rescindirlo mediante notificación escrita a la otra Parte presentada con seis (6) meses de antelación.

Artículo 7

7.1 El presente Acuerdo sustituye al Acuerdo entre la OMS y el OIE adoptado por la OMS el 4 de agosto de 1960 y por el OIE el 8 de agosto de 1960.

Adoptado por la OMS el 18 de diciembre de 2002 y por el OIE el 26 de mayo de 2003

Dr. D. L. Heymann
Director Ejecutivo
Enfermedades Transmisibles

Dr. B. Vallat
Director General

ANEXO 2

Estrategia para acelerar el avance hacia el logro de los objetivos y las metas internacionales de desarrollo relacionados con la salud reproductiva[1]

[A57/13, anexo - 15 de abril de 2004]

INTRODUCCIÓN

1. La salud reproductiva y sexual[2] es fundamental para las personas, las parejas y las familias, así como para el desarrollo social y económico de las comunidades y naciones. Preocupada por la lentitud de los avances logrados durante el pasado decenio hacia la mejora de la salud reproductiva y sexual, y consciente de que los objetivos internacionales de desarrollo no se alcanzarían sin un renovado compromiso de la comunidad internacional, la 55ª Asamblea Mundial de la Salud adoptó la resolución WHA55.19, en la que pedía a la OMS que elaborase una estrategia para acelerar el avance hacia la consecución de los objetivos y metas internacionales de desarrollo relacionados con la salud reproductiva. En la citada resolución se recuerdan y reconocen los programas y planes de acción acordados por los gobiernos en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo, 1994) y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995), de las Naciones Unidas, y sus respectivas conferencias de seguimiento celebradas al cabo de cinco años.[3]

2. En respuesta a la resolución WHA55.19, y en consonancia con las consultas celebradas con los Estados Miembros y diversos asociados, la OMS ha formulado una estrategia que se basa en las medidas adoptadas por los Estados Miembros de conformidad con la resolución WHA48.10 (Salud reproductiva: función de la OMS en la estrategia mundial), en la que se instaba a los Estados Miembros a que siguieran elaborando y fortaleciendo sus programas de salud reproductiva.

3. La estrategia descrita en el presente documento va destinada a un amplio público integrado por gobiernos, instancias normativas de organismos internacionales, asociaciones profesionales, organizaciones no gubernamentales y otras instituciones. En la parte I se indican las principales discrepancias entre los objetivos mundiales y las realidades mundiales y se describen los principales obstáculos para el adelanto, señalando en particular las desigualdades entre los sexos, la pobreza y el nivel de exposición de los adolescentes a los riesgos. En la parte II se ofrece una descripción detallada de la estrategia, que se inspira en principios basados en los derechos humanos reconocidos internacionalmente. Tras destacar los aspectos fundamentales de los servicios de salud reproductiva y sexual, se proponen medios para la adopción de enfoques innovadores por los países y la Organización. Por último, se re-

---

[1] Véase la resolución WHA57.12.

[2] La definición de salud reproductiva propuesta por la OMS y aprobada en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo, 1994) incluye la salud sexual (véase el recuadro).

[3] Vigésimo primer periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas, para el examen y la evaluación generales de la ejecución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (Nueva York, 1999), y vigésimo tercer periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas, sobre la mujer en el año 2000: igualdad entre los géneros, desarrollo y paz para el siglo XXI (Nueva York, 2000).

afirma el compromiso institucional de la OMS de colaborar con sus asociados para alentar y apoyar a los Estados Miembros en sus esfuerzos encaminados a alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas y otras metas internacionalmente convenidas relacionadas con la salud reproductiva y sexual.

I. OBJETIVOS MUNDIALES Y REALIDADES MUNDIALES

4. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio, dimanantes de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, adoptada en 2000 por 189 Estados Miembros, ofrecen un nuevo marco institucional para evaluar los progresos realizados hacia el desarrollo sostenible y la eliminación de la pobreza. De los ocho Objetivos, tres - mejorar la salud materna, reducir la mortalidad y combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades - están directamente vinculados con la salud reproductiva y sexual, mientras que otros cuatro - erradicar la pobreza extrema y el hambre, lograr la enseñanza primaria universal, promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer y garantizar la sostenibilidad del medio ambiente - guardan una estrecha relación con la salud, incluida la salud reproductiva. Entre las metas específicas figuran las que siguen:

- reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes;
- reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de cinco años;
- haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA.

5. En 1999, en el vigésimo primer periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas, se acordó una serie de parámetros adicionales para el examen y la evaluación generales de la ejecución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. Así por ejemplo, para 2015 la proporción de partos asistidos por personal calificado debería alcanzar una media mundial del 90% y situarse al menos en un 60% en los países con altas tasas de mortalidad materna.[1]

6. La definición de salud reproductiva adoptada en 1994 en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (véase el recuadro) especifica las características esenciales que diferencian la salud reproductiva y sexual de los demás campos de la salud. La salud sexual no se limita al periodo reproductivo de una persona, y está estrechamente relacionada con diversos factores socioculturales, las funciones características de uno u otro sexo y el respeto y la protección de los derechos humanos, en especial - aunque no exclusivamente - los relacionados con la sexualidad y las relaciones interpersonales.

7. La adopción de estas definiciones integrales en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo marcó el inicio de una nueva era, y los logros alcanzados durante el último decenio son numerosos y de envergadura. Por ejemplo, los conceptos de salud reproductiva y sexual y de derechos reproductivos y sexuales ya están ampliamente aceptados, aunque con contadas excepciones, y han empezado a ser utilizados por las instituciones internacionales especializadas en cuestiones de salud y desarrollo, los gobiernos nacionales, las organizaciones no gubernamentales y otras partes. En prácticamente todos los países, ya sean desarrollados, en desarrollo o en transición, se han definido nuevas políticas y programas de salud reproductiva. Su adopción ha producido en algunos lugares cambios

[1] Naciones Unidas, documento A/S-21/5/Add.1, párr. 64.

notables en los modos convencionales de prestación de los servicios de salud maternoinfantil y planificación familiar.

Definición de salud reproductiva y sexual y de derechos reproductivos y sexuales recogida en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo[1]

"La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos. En consonancia con esta definición de salud reproductiva, la atención de la salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivos al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual." (Párrafo 7.2)

"Teniendo en cuenta la definición que antecede, los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos pertinentes de las Naciones Unidas aprobados por consenso. Esos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos..." (Párrafo 7.3)

[1] Naciones Unidas, documento A/CONF.171/13: Informe de la CIPD.

8. Tras la formulación de estos conceptos y la adopción de este compromiso en lo tocante a la salud reproductiva y sexual, se han forjado nuevas alianzas a nivel nacional, regional y mundial. Asimismo, se han recabado nuevos datos en zonas previamente desatendidas, como por ejemplo la carga de morbilidad atribuible a los problemas de salud reproductiva y sexual o su relación con la pobreza y la violencia de género. El número de prácticas óptimas en materia de salud reproductiva y sexual basadas en criterios científicos ha registrado un aumento sustancial y se ha ampliado el alcance tanto de las investigaciones clínicas y comportamentales como de las normas y directrices internacionalmente reconocidas.

9. La experiencia ha demostrado que, incluso en los entornos de ingresos bajos, los enfoques innovadores concebidos para países específicos pueden reducir en forma considerable la mortalidad y morbilidad maternas, por ejemplo. El desafío consiste ahora en formular estrategias nacionales novedosas que aseguren la accesibilidad de los servicios de salud para las personas que más los necesiten, como los adolescentes y los pobres, de modo que se puedan alcanzar los objetivos internacionales. Como se desprende de los datos presentados a continuación, numerosos países acusan en la actualidad tasas persistentemente elevadas de mortalidad y morbilidad maternas, mortalidad perinatal, infeccio-

nes del aparato reproductor e infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH, embarazos no deseados, abortos peligrosos y comportamientos sexuales de riesgo.

Situación mundial

Embarazos, partos y salud del recién nacido

10. Según las estimaciones, quedan embarazadas cada año 210 millones de mujeres, de las cuales unos ocho millones padecen complicaciones potencialmente mortales relacionadas con el embarazo, que en muchos casos provocan enfermedades y discapacidad prolongadas. Se calcula que en 2000 fallecieron 529 000 mujeres durante el embarazo o el parto, debido a causas generalmente prevenibles. En el plano mundial, la tasa de mortalidad materna no ha registrado cambios significativos durante el último decenio.

11. Las desigualdades regionales son enormes: el 99% de las defunciones maternas se concentra en los países en desarrollo. El riesgo de defunción relacionada con la maternidad a lo largo de la vida es de 1 entre 16 en el África subsahariana y de 1 entre 58 en Asia Sudoriental, frente a 1 entre 4000 en los países industrializados.

12. La mayoría de las defunciones maternas se deben a complicaciones durante el parto (por ejemplo, partos severamente obstruidos - sobre todo, en el caso de primeros embarazos precoces -, hemorragias y complicaciones hipertensivas), en el puerperio (septicemia y hemorragias) o tras un aborto peligroso. Entre los factores comúnmente asociados a esas defunciones cabe citar: la ausencia de personal de salud calificado[1] durante el parto; la falta de servicios capaces de asegurar una atención obstétrica de urgencia y de responder a las complicaciones relacionadas con los abortos peligrosos; y la ineficacia de los sistemas de envío de pacientes.

13. Más del 50% de las mujeres que viven en las regiones más pobres del planeta - el porcentaje supera en algunos países el 80% - dan a luz sin la ayuda de un asistente de partería calificado. En el África subsahariana esa proporción no ha variado durante el último decenio. En los países industrializados, los servicios de atención prenatal están disponibles y son ampliamente utilizados; en cambio, a finales del decenio de 1990, prácticamente la mitad de las mujeres embarazadas del Asia meridional y una tercera parte de las mujeres de las regiones del Asia occidental y el África subsahariana no recibieron ningún tipo de asistencia prenatal, mientras que en el Asia oriental y en la región de América Latina y el Caribe esa proporción era inferior a una quinta parte.

14. De los 10,8 millones de defunciones de niños menores de cinco años registradas en el mundo entero, 3 millones se producen durante los siete primeros días del periodo neonatal. Además, se calcula que 2,7 millones de niños nacen muertos. Muchas de esas defunciones están relacionadas con el mal estado de salud de la madre y con la falta de cuidados apropiados durante el embarazo, el parto y el posparto. En los países en desarrollo, la tasa de mortalidad neonatal (defunción en los primeros 28 días de vida), que sigue siendo la misma que a comienzos del decenio de 1980, asciende a unas 30 defunciones por cada 1000 nacidos vivos. Por otra parte, la defunción de una madre puede comprometer seriamente la supervivencia de sus hijos.

[1] Por «asistentes de partería calificados» o «personal sanitario calificado» se entiende profesionales de la salud - por ejemplo, parteras, médicos o enfermeros - que han recibido la formación apropiada y tienen la competencia necesaria para prestar atención en partos normales y durante el puerperio y que son capaces de detectar posibles complicaciones y, cuando sea necesario, facilitar cuidados de urgencia y/o derivar los casos a niveles superiores de asistencia sanitaria.

Planificación familiar

15. La utilización de anticonceptivos ha aumentado sustancialmente en muchos países en desarrollo, acercándose, en algunos casos, a los niveles de los países desarrollados. Sin embargo, las encuestas indican que en muchos países en desarrollo y países en transición más de 120 millones de parejas no ven atendidas sus necesidades para una anticoncepción segura y eficaz, pese a su expreso deseo de evitar o espaciar futuros embarazos.

16. Entre un 9% y un 39% de las mujeres casadas (incluidas las que viven en concubinato) no tienen cubiertas sus necesidades de planificación familiar. Los datos sugieren que también existen necesidades desatendidas entre las adolescentes y las mujeres adultas solteras sexualmente activas. Cada año se registran unos 80 millones de embarazos involuntarios o no deseados, de los que algunos se deben a fallas anticonceptivas puesto que no existe ningún método eficaz al 100%.

Abortos peligrosos

17. Se estima que cada año se interrumpen unos 45 millones de embarazos involuntarios, y unos 19 millones de esos abortos son peligrosos.[1] El 40% del conjunto de los abortos peligrosos se da en jóvenes con edades comprendidas entre los 15 y los 24 años. Según las estimaciones, los abortos peligrosos se cobran cada año la vida de 68 000 mujeres, lo que representa un 13% del total de defunciones relacionadas con el embarazo. Además, llevan asociada una considerable carga de morbilidad: los estudios indican, por ejemplo, que de cada cinco mujeres que se someten a abortos peligrosos, al menos una padece infecciones del aparato reproductor como resultado de ello; en algunos casos, se trata de infecciones graves que causan esterilidad.

Infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH, e infecciones del aparato reproductor

18. Se estima que cada año se registran 340 millones de casos nuevos de infecciones bacterianas de transmisión sexual, que en su mayoría son tratables. Muchas de ellas no reciben tratamiento porque son difíciles de diagnosticar o por la falta de servicios competentes y asequibles. Además de esto, también se producen anualmente millones de casos de infecciones víricas mayormente incurables, entre ellas cinco millones de nuevas infecciones por VIH, de las cuales 600 000 se dan en lactantes víctimas de la transmisión del virus de la madre al niño.

19. El papilomavirus humano es una infección de transmisión sexual estrechamente asociada al cáncer cervicouterino, que cada año es diagnosticado a más de 490 000 mujeres y causa 240 000 defunciones. Tres cuartas partes de todos los casos de cáncer cervicouterino se concentran en los países en desarrollo, donde los programas de detección y tratamiento presentan graves deficiencias o son inexistentes.

20. Cada año se producen más de 100 millones de infecciones de transmisión sexual generalmente curables en jóvenes de 15 a 24 años de edad. Esas infecciones propician la adquisición y propagación del VIH. Casi la mitad de nuevas infecciones por el VIH se registran en jóvenes. Pese a que últimamente se han observado tendencias positivas entre los jóvenes (en particular, las mujeres) de algunos países africanos, en general el número de infecciones por VIH en el África subsahariana es dos veces

[1] El aborto peligroso se define como una intervención destinada a la interrupción de un embarazo no deseado practicada ya sea por personas que carecen de la preparación necesaria o en un entorno que no reúne las condiciones médicas mínimas, o ambos (véase: *The Prevention and Management of Unsafe Abortion*, informe de un grupo de trabajo técnico, documento WHO/MSM/92.5, 1992).

mayor entre jóvenes de sexo femenino que entre jóvenes de sexo masculino. Se estima que en 2001 el número de jóvenes subsaharianas que vivían con el VIH/SIDA oscilaba entre un 6% y un 11%, mientras que el porcentaje correspondiente a los hombres jóvenes de esa misma región se situaba entre el 3% y el 6%. En otras regiones en desarrollo, la proporción de mujeres con VIH/SIDA también es más elevada que la de los varones. Por otra parte, se tiene constancia de que las infecciones del aparato reproductor, como la vaginosis bacteriana o la candidiasis genital, que no se transmiten por vía sexual, están muy extendidas, aunque su prevalencia y sus consecuencias aún no están suficientemente documentadas.

21. Las infecciones de transmisión sexual constituyen asimismo una de las principales causas de infertilidad: entre 60 y 80 millones de parejas sufren de infertilidad, con la consiguiente imposibilidad de procrear, a menudo debido a obstrucciones tubáricas causadas por infecciones de transmisión sexual no tratadas o mal tratadas.

22. Estos aspectos relacionados con la mala salud reproductiva y sexual (la mortalidad y morbilidad maternas y perinatales, diversos tipos de cáncer, infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA) representan juntos cerca del 20% de la carga de mala salud de las mujeres y del 14% de la de los hombres. Ahora bien, esas estadísticas no reflejan la carga total de mala salud. La violencia de género y algunas afecciones ginecológicas, como trastornos menstruales graves, incontinencia urinaria o fecal debida a fístulas obstétricas, prolapso uterino, pérdidas de la gestación y disfunciones sexuales - problemas todos ellos que tienen importantes consecuencias sociales, psíquicas y físicas - están en estos momentos muy subestimados. La OMS estima que las prácticas sexuales peligrosas constituyen, en términos mundiales, el segundo factor de riesgo más importante para la salud.

Obstáculos para el logro de avances

Desigualdades entre hombres y mujeres

23. En materia de salud, las disparidades entre los sexos a menudo son impresionantes. Las familias a veces invierten menos en la nutrición, la atención sanitaria, la escolarización y la formación profesional de las niñas que de los niños. La discriminación sexual y la baja posición social de las niñas y mujeres suelen acarrear problemas de salud física y mental e ir acompañadas de malos tratos físicos o psíquicos y un reducido nivel de control sobre sus propias vidas, en particular su vida sexual y reproductiva.

24. La violencia contra el sexo femenino, en sus múltiples manifestaciones, repercute en la salud reproductiva y sexual de la mujer. En particular, la violencia infligida por la pareja, que se da en todas las partes del planeta, incluye malos tratos físicos, sexuales y psíquicos. Los estudios demuestran que entre un 4% y un 20% de las mujeres son sometidas a actos de violencia durante el embarazo, lo que tiene consecuencias tanto para ellas mismas como para sus bebés, por ejemplo abortos, partos prematuros o insuficiencia ponderal. Según se desprende de los datos disponibles, en algunos países cerca de una cuarta parte de las mujeres son sometidas por su pareja a actos de violencia sexual. Las violaciones y agresiones sexuales, cometidas ya sea por conocidos o por extraños, también están muy extendidas. El tráfico de mujeres y niños y la prostitución forzada constituyen asimismo un grave problema, sobre todo en algunas regiones. Todo ello tiene notables consecuencias en la salud reproductiva y sexual, por ejemplo, embarazos no deseados, abortos peligrosos, síndromes de dolor crónico, infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH, y trastornos ginecológicos.

Exposición a riesgos durante la adolescencia

25. En la mayoría de los países, los tabúes y normas relacionados con la sexualidad (que incluyen prácticas como los matrimonios prematuros, la mutilación genital femenina o la iniciación sexual pre-

coz) se erigen como importantes obstáculos para facilitar información y prestar servicios de salud reproductiva y demás modalidades de apoyo que precisan los jóvenes para mantenerse sanos. Y sin embargo, el comportamiento sexual y reproductivo durante la adolescencia (entre los 10 y los 19 años de edad) tiene consecuencias tanto inmediatas como a largo plazo. En algunos lugares del mundo, la actividad sexual comienza durante la adolescencia y, con independencia de que se dé dentro o fuera del matrimonio, a menudo no está exenta de riesgos. Los adolescentes rara vez cuentan con la capacidad o el apoyo necesarios para oponer resistencia a presiones que los empujan a mantener relaciones sexuales, para negociar la adopción de prácticas menos arriesgadas o para protegerse contra embarazos involuntarios e infecciones de transmisión sexual. En las niñas, el embarazo entraña además un alto riesgo de mortalidad y morbilidad maternas. Atender las necesidades y proteger los derechos de los 1200 millones de adolescentes que existen en el mundo es primordial para proteger la salud de esta y de futuras generaciones.

Desigualdades relacionadas con la pobreza y el acceso a los servicios de salud

26. Prácticamente en el mundo entero, la pobreza va de par con un acceso no equitativo a los servicios de salud, en especial los de salud materna. La carga atribuible a la mala salud reproductiva y sexual es especialmente importante en los países más pobres, donde los servicios sanitarios tienden a estar dispersos o físicamente inaccesibles, dotados de personal, recursos y equipo escasos y fuera del alcance de muchos pobres. Con demasiada frecuencia, las mejoras logradas en materia de servicios de salud pública benefician de un modo desproporcionado a las personas más acomodadas, lo que hace que teóricamente podría darse la circunstancia de que se alcancen algunos de los objetivos internacionales de salud sin incluir al quintil de ingresos más bajos ni a los grupos más vulnerables de la población.

27. Desde el decenio de 1980 se han introducido en numerosos países diferentes reformas del sector sanitario que han repercutido en la disponibilidad y accesibilidad de los servicios de salud, entre ellos los centrados en la salud reproductiva y sexual. Mecanismos de financiación tales como los sistemas de seguro prepago o las prestaciones condicionadas al nivel de recursos a menudo no han logrado asegurar el nivel deseado de acceso equitativo para los pobres. Por consiguiente, debe ponerse especial atención en asegurar que los grupos desfavorecidos puedan acceder a los servicios de prevención y tratamiento y a las intervenciones capaces de salvar vidas, por ejemplo los cuidados obstétricos de urgencia.

Otros desafíos

28. En años recientes ha disminuido la ayuda general para el desarrollo, pero han aparecido nuevos mecanismos de financiación externa en favor de la salud, como los documentos de estrategia de lucha contra la pobreza, los enfoques sectoriales y el apoyo presupuestario directo. Además, importantes fuentes nuevas de financiamiento del sector de la salud, como el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, concentran los recursos en enfermedades e intervenciones específicas. Es importante que contribuyan a la creación de capacidad sostenible en los sistemas de salud, incluida la relativa a los servicios de salud reproductiva y sexual.

29. En numerosos países, las carencias en materia de recursos humanos son un importante obstáculo para la ampliación de servicios integrales de salud reproductiva y sexual y la mejora de la calidad de la atención. Entre esas carencias figuran la insuficiencia grave de personal; la falta de capacitación del personal disponible; la rápida rotación del personal calificado y problemas para su retención; y el uso y la distribución ineficaces del personal con el que ya cuenta el sistema. El bajo nivel de los salarios, o el impago de éstos, las deficiencias en materia de capacitación y supervisión y las malas condiciones laborales son las causas principales del desempeño insatisfactorio de los profesionales de la salud y los elevados niveles de rotación. Una planificación estratégica para el desarrollo y la retención de un per-

sonal de salud debidamente capacitado, que incluya, por ejemplo, asistentes de partería calificados, es primordial para el logro de avances en el campo de la atención de salud reproductiva y sexual.

30. Además de los obstáculos con los que tropiezan los pobres y otros grupos desfavorecidos para acceder a los servicios de salud en general, como la distancia física que los separa de los servicios, la falta de transporte, el costo de los servicios y las discriminaciones en el trato dispensado a los usuarios, la salud reproductiva presenta dificultades especiales. Éstas son consecuencia de factores sociales y culturales, como los tabúes que rodean la reproducción y la sexualidad, la falta de autonomía de la mujer para adoptar decisiones en esta esfera, la escasa importancia conferida a la salud femenina y las actitudes negativas o condenatorias de los miembros de la familia y de los dispensadores de atención de salud. Es importante que las comunidades y los prestadores locales de atención de salud efectúen un examen global de las creencias, actitudes y valores, ya que ello ofrecerá un buen punto de partida para la superación de estos obstáculos fundamentales.

31. En los dos últimos decenios se han registrado avances en tecnologías de salud reproductiva que salvan vidas y en prácticas clínicas y programáticas eficaces. Sin embargo, pese a la existencia de bases de datos electrónicas y herramientas interactivas, muchos sistemas de salud y proveedores de servicios sanitarios tienen un acceso limitado o nulo a esas nuevas fuentes de información. En muchos países, se emprenden proyectos experimentales eficaces - por ejemplo, para la introducción de tecnología y mejores prácticas - que luego no pasan a aplicarse en una escala mayor. La ausencia de una planificación estratégica apropiada, basada en datos cualitativos y cuantitativos adecuados, ha limitado la comprensión de los factores causantes de la mala calidad de los servicios y la falta de acceso de las personas a los mismos, así como su uso deficiente.

32. En la mayoría de los países, existen leyes, políticas y normas que pueden obstaculizar el acceso a los servicios (por ejemplo, la no admisión de personas solteras a los servicios de anticoncepción), limitar innecesariamente las funciones del personal de salud (por ejemplo, impedimentos para que las parteras realicen intervenciones que salvan vidas, como retirar la placenta), prohibir la prestación de algunos servicios (por ejemplo, la entrega de anticonceptivos de emergencia sin receta) o restringir la importación de algunos fármacos y equipo tecnológico esenciales. Es probable que la eliminación de esas limitaciones contribuya de un modo significativo a mejorar el acceso de las personas a los servicios de salud.

II. LA ESTRATEGIA PARA ACELERAR EL AVANCE

33. El objetivo general de la estrategia es acelerar el avance hacia la consecución de los objetivos de salud reproductiva internacionalmente acordados y, en última instancia, alcanzar para todos el grado más alto posible de salud reproductiva y sexual.

El principio rector: los derechos humanos

34. La estrategia de la OMS para acelerar el avance se asienta sobre instrumentos internacionalmente acordados y declaraciones mundiales de consenso en materia de derechos humanos, entre los que cabe citar: el derecho de todas las personas a disfrutar del grado máximo de salud que se pueda lograr; el derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y a disponer de la información y de los medios para ello; el derecho de la mujer a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y decidir libremente respecto de esas cuestiones, sin verse sujeta a la coerción, la discriminación y la violencia; el derecho de hombres y mujeres a elegir libremente cónyuge y contraer matrimonio sólo por su libre albedrío y su pleno consentimiento; el derecho a tener acceso a información pertinente sobre la salud; y el derecho de toda persona a disfrutar

de los beneficios del progreso científico y de sus aplicaciones. A fin de velar por el respeto de esos derechos, las políticas, los programas y las intervenciones deben promover la igualdad entre los sexos, asignar prioridad a las poblaciones y grupos de población pobres y subatendidos, en particular los adolescentes, y un apoyo especial a aquellos países en los que la carga atribuible a la mala salud reproductiva y sexual sea particularmente importante.

Aspectos fundamentales de los servicios de salud reproductiva y sexual

35. Los cinco aspectos fundamentales de la salud reproductiva y sexual son: mejorar la atención prenatal, perinatal, posparto y neonatal; ofrecer servicios de planificación familiar de alta calidad, incluidos servicios de atención a personas con problemas de infertilidad; eliminar los abortos peligrosos; combatir las enfermedades de transmisión sexual, en particular el VIH, las infecciones del aparato reproductor, el cáncer cervicouterino y otras afecciones ginecológicas; y promover la salud sexual. Dada la estrecha vinculación entre los diferentes aspectos relacionados con la salud reproductiva y sexual, es probable que las intervenciones efectuadas en una esfera tengan repercusiones positivas en las demás. Es primordial que los países refuercen los servicios existentes y los aprovechen como vía de acceso para realizar nuevas intervenciones, procurando asegurar la mayor sinergia posible.

36. En la mayoría de los países, las principales vías de acceso serán los servicios de atención prenatal, perinatal y posparto, que conforman la espina dorsal de la atención primaria de salud. A fin de reducir la morbilidad y mortalidad maternas, así como la mortalidad perinatal, es fundamental que todos los partos sean atendidos por personal sanitario calificado y que se ofrezcan cuidados obstétricos de urgencia integrales para tratar complicaciones. Para prestar servicios de esta índole, se precisan sistemas eficaces de envío de casos que cubran la comunicación y el transporte entre los puntos de servicio. Los servicios de salud materna brindan una oportunidad clave para acercar la planificación familiar a la mujer. También constituyen un excelente medio para ofrecer a las mujeres servicios de prevención, apoyo psicológico, análisis y tratamiento en relación con la infección por el VIH y para prevenir su transmisión durante el embarazo, el parto o el amamantamiento. De hecho, la única forma de asegurar debidamente esas intervenciones es a través de esos servicios. Estas cuestiones se analizan con mayor detenimiento en la estrategia de la OMS Reducir los Riesgos del Embarazo.

37. El aborto peligroso, una causa prevenible de mortalidad y morbilidad maternas, debe abordarse como parte del Objetivo de Desarrollo del Milenio relativo a la mejora de la salud materna y de otros objetivos y metas internacionales de desarrollo. Es preciso adoptar varias medidas urgentes, entre ellas el robustecimiento de los servicios de planificación familiar con objeto de prevenir embarazos involuntarios y, en la medida en que la ley lo permita, asegurar la disponibilidad y accesibilidad de los servicios pertinentes. Es necesario asimismo capacitar a los dispensadores de atención de salud en el manejo de técnicas modernas y proveerlos de los fármacos y suministros médicos apropiados, dentro de los límites permitidos por la ley, asegurando la disponibilidad de todos estos medios para la asistencia ginecológica y obstétrica; prestar a las mujeres con embarazos involuntarios apoyo social y de otra índole; y, en la medida de lo permitido por la ley, ofrecerles servicios de aborto en el nivel de atención primaria de salud. Las mujeres que padezcan complicaciones relacionadas con abortos peligrosos deben tener acceso a un tratamiento inmediato y humano, dispensado en el marco de un servicio de atención postaborto.

38. El éxito de los servicios de planificación familiar en la mayoría de los países del mundo queda demostrado por el importante incremento del uso de anticonceptivos en los países en desarrollo durante los últimos dos o tres decenios. Esos programas constituyen una parte esencial de los servicios destinados a reducir la morbilidad y mortalidad maternas y perinatales, ya que permiten a las mujeres posponer, espaciar y limitar los embarazos. Dado que esos servicios se ocupan de un modo directo de las consecuencias de las relaciones sexuales, también ofrecen un enorme potencial para encabezar la promoción de la salud sexual y los esfuerzos encaminados a la prevención de infecciones de transmisión sexual y del VIH.

39. Buena parte de los diagnósticos y tratamientos de las infecciones de transmisión sexual son efectuados por farmacéuticos, vendedores de medicamentos y curanderos tradicionales, a menudo de un modo ineficaz. Los reiterados intentos de acercarse a las mujeres mediante la integración de la gestión de las infecciones de transmisión sexual en los servicios existentes de salud maternoinfantil y/o planificación familiar sólo han cosechado resultados limitados. No obstante, la experiencia demuestra que la incorporación de la prevención de las infecciones de transmisión sexual en los servicios de planificación familiar, en particular por medio del apoyo psicosocial y conversaciones sobre la sexualidad y las relaciones de pareja, redunda en un mayor uso de los servicios y una mejor calidad de la atención dispensada. Esos enfoques se pueden perfeccionar y mejorar con miras a ampliar su cobertura y hacerlos extensivos a los hombres, los jóvenes y otros grupos que antes no estaban en el punto de mira de la atención familiar. Además, la dispensación de tratamientos de sospecha a grupos de alto riesgo y la aplicación de programas integrales de control de las infecciones de transmisión sexual basados en la comunidad podrían contribuir sobremanera a la reducción de las tasas de transmisión del VIH.

40. El fortalecimiento de los servicios de salud reproductiva presenta numerosos beneficios adicionales. Uno de ellos es la atención que se presta a la violencia dirigida contra la mujer, asunto que en estos momentos se está abordando en diferentes entornos nacionales, por ejemplo mediante la administración de anticonceptivos de emergencia; el aborto (en la medida en que lo permita la ley), si se solicita; el tratamiento de infecciones de transmisión sexual y la profilaxis postexposición al VIH en caso de violación; la realización de pruebas para la detección del cáncer cervicouterino y el tratamiento de esta enfermedad; la prevención de la infertilidad primaria o secundaria; y el tratamiento de afecciones ginecológicas. La existencia de servicios de salud reproductiva y sexual bien concebidos y prestados de un modo eficaz, en particular aquellos que cuenten con la participación de la comunidad, puede contribuir también a mejorar las relaciones entre usuarios y dispensadores, aumentar la participación de los hombres y reforzar la autonomía de la mujer para tomar decisiones relacionadas con la reproducción.

41. Todos los servicios de salud reproductiva y sexual desempeñan un papel crucial en la facilitación de información y asesoramiento para promover la salud sexual. El acceso a la información apropiada puede contribuir igualmente a mejorar la comunicación en la pareja y a la adopción de decisiones más saludables en lo referente a la sexualidad, incluidas la abstinencia y el uso de preservativos.

Medidas

42. La OMS propone la adopción, a nivel de países, de medidas en las esferas enumeradas a continuación y está decidida a ayudar a los Estados Miembros a desarrollar y fortalecer su capacidad para mejorar la salud reproductiva y sexual. Cada país debe identificar los problemas, establecer las prioridades y formular las estrategias para una rápida intervención, mediante procesos de consulta en los que participen todos los interesados directos. Se proponen cinco actividades generales encaminadas a: fortalecer la capacidad de los sistemas de salud, mejorar la información para el establecimiento de prioridades, movilizar la voluntad política, crear marcos legislativos y reglamentarios de apoyo y reforzar la vigilancia, la evaluación y el rendimiento de cuentas.

Fortalecer la capacidad de los sistemas de salud

43. Un requisito primordial para lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la supervivencia maternoinfantil y el VIH/SIDA, y también de los objetivos más amplios de salud reproductiva y sexual, es la existencia de un sistema eficaz de servicios de atención de salud esenciales en los niveles primario, secundario y terciario. En algunos países habrá que reforzar sustancialmente la capacidad de los servicios básicos de salud con miras a posibilitar la prestación de una amplia variedad de servicios esenciales de salud reproductiva y sexual. Las labores de planificación, a nivel nacional, relacionadas con la salud reproductiva y sexual deberán abordar cuestiones como la disponibilidad de

mecanismos sostenibles de financiación, los recursos humanos, la calidad de los servicios prestados y el uso que se hace de éstos.

44. **Mecanismos sostenibles de financiación.** La importancia crucial de las necesidades en materia de salud reproductiva y sexual debe quedar reflejada en la planificación y el desarrollo estratégico de los sectores sanitarios nacionales. Como medios para el fortalecimiento del sistema de salud, se han promovido reformas del sector sanitario e iniciativas conexas, por ejemplo enfoques sectoriales de la financiación por donantes. La dificultad estriba ahora en asegurar que esas iniciativas y demás mecanismos de financiación fomenten servicios de salud reproductiva y sexual integrales y de buena calidad y permitan avanzar hacia el acceso universal.

45. En esta esfera es necesario adoptar las **medidas** siguientes:

1) dar a la salud reproductiva y sexual un lugar destacado dentro de los procesos nacionales de planificación y formulación de estrategias, por ejemplo en los documentos de estrategia de lucha contra la pobreza y en las estrategias OMS de cooperación en los países;

2) asegurar que la salud reproductiva y sexual quede debidamente reflejada en los planes nacionales para el sector sanitario, incluidos los relativos a la iniciativa «tres millones para 2005», las propuestas presentadas al Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria y otras iniciativas pertinentes;

3) conferir, en los conjuntos de servicios esenciales, prioridad a la salud reproductiva y sexual, en el marco de reformas del sector de la salud y enfoques sectoriales; y

4) cuando se introduzcan nuevos mecanismos de financiación, como el reparto de los costos, diseñar medios para facilitar el acceso de los adolescentes, los pobres y otros grupos desfavorecidos a los servicios, supervisar los efectos de esas políticas y adaptarlas a las condiciones locales.

46. **Recursos humanos.** La capacitación, la contratación, la distribución y la retención de personal de salud calificado desempeñan un papel fundamental en la mejora de la salud y la atención sanitaria en general. Muchas intervenciones esenciales relacionadas con la salud reproductiva y sexual pueden ser realizadas por profesionales de nivel intermedio y por personal paramédico. El reto está en determinar qué profesionales de salud de nivel superior, qué conocimientos especializados y qué tipos de capacitación son los más necesarios para prestar los servicios de salud reproductiva y sexual a los que se pretende dar prioridad. Deberán crearse las condiciones propicias para que los agentes de salud desarrollen su potencial al máximo y estén motivados para trabajar con todos los grupos de población, en particular los más pobres.

47. En esta esfera es necesario adoptar las **medidas** siguientes:

1) determinar en todos los niveles las necesidades esenciales en lo referente al número y la distribución de agentes sanitarios, indicando los conocimientos especializados requeridos para llevar a cabo las intervenciones de salud reproductiva y sexual a las que se asigne prioridad;

2) evaluar y mejorar el entorno laboral, las condiciones de empleo y la supervisión;

3) formular una estrategia para motivar y retener al personal calificado; y

4) promover políticas que permitan a los agentes de atención sanitaria utilizar plenamente sus capacidades.

48. **Calidad de los servicios prestados.** Las prácticas actualizadas que se aplican en los hospitales docentes y en proyectos especiales a menudo no son adoptadas en el conjunto del sistema, lo que hace que el desempeño general siga siendo deficiente y que persistan desigualdades tanto en lo relativo a la calidad como al acceso. Dentro de la descentralización de las labores de planificación y de las responsabilidades que suelen ir asociadas a las reformas del sector de la salud debe hacerse especial hincapié en facilitar la adopción de buenas prácticas para el conjunto del sistema. Se deben establecer sistemas logísticos para un suministro sostenido de los productos esenciales.

49. En esta esfera es necesario adoptar las **medidas** siguientes:

1) llevar a cabo una planificación estratégica, en la que participen profesionales y administradores sanitarios, con miras a evaluar la calidad actual de la atención de salud y determinar el modo más adecuado de mejorarla, teniendo en cuenta las limitaciones de recursos existentes en cada caso;

2) elaborar y poner a prueba estrategias para la ampliación de intervenciones de demostrada eficacia;

3) formular, adoptar y seguir de cerca normas para la práctica clínica en los sectores privado y público;

4) reclutar asociados entre las organizaciones no gubernamentales y los sectores privado y comercial para potenciar al máximo la disponibilidad y utilización de los servicios de salud reproductiva; y

5) promover el intercambio de las enseñanzas extraídas, dentro de los países y entre ellos.

50. **Utilización de los servicios.** Aun cuando existan servicios de salud, puede haber numerosos motivos - de índole social, económica o cultural - por los cuales las personas no hagan uso de ellos, en particular en relación con la salud reproductiva y sexual. Para identificar y superar los obstáculos, es imprescindible trabajar con las mujeres, los jóvenes y otros grupos de la comunidad, a fin de comprender mejor las necesidades, analizar los problemas y hallar soluciones aceptables.

51. En esta esfera es necesario adoptar las **medidas** siguientes:

1) realizar investigaciones operativas y sociales para identificar los factores que obstaculizan la utilización de los servicios disponibles e idear y poner a prueba medidas que contribuyan a superarlos; y

2) emplear enfoques participativos que permitan trabajar con las comunidades, las instituciones del sector público y del sector privado y las organizaciones no gubernamentales en la superación de esos obstáculos y promover una utilización adecuada de los servicios disponibles.

Mejorar la información para el establecimiento de prioridades

52. El análisis de los datos epidemiológicos y sociológicos es fundamental para conocer el tipo, la magnitud y la distribución de la exposición a los riesgos reproductivos y sexuales y la mala salud en la población, entender la dinámica que determina la precariedad de la salud reproductiva y sexual y esclarecer las vinculaciones entre esa mala salud y la pobreza, la pertenencia a uno u otro sexo y la vulnerabilidad social. La introducción de mejoras en el acopio y el análisis de datos, incluida información sobre los costos y la costoeficacia, es fundamental para elegir entre prioridades de acción concu-

rrentes y centrar las intervenciones relacionadas con el sistema sanitario en las esferas donde es probable que den mejores resultados, teniendo en cuenta los límites de los recursos disponibles.

53. El proceso de establecimiento de prioridades sobre la base de datos de buena calidad debe contar, no obstante, con la participación de múltiples interesados de los gobiernos, organismos bilaterales y multilaterales, asociaciones profesionales, agrupaciones de mujeres y otros sectores de la sociedad civil. La reunión de todos estos actores tan diversos, con sus diferentes perspectivas, contribuirá a la creación de un amplio consenso, fomentará la colaboración y aumentará las posibilidades de éxito de las intervenciones. Los interesados directos deben sopesar cuidadosamente la costoeficacia con la equidad y examinar la necesidad de aumentar las inversiones para llegar a los pobres y a otros grupos subatendidos.

54. En esta esfera es necesario adoptar las **medidas** siguientes:

1) fortalecer la capacidad para recabar y analizar datos relativos a la situación sanitaria y sus determinantes fundamentales y al funcionamiento de los servicios de salud, a nivel local, distrital y de país; y

2) fijar prioridades sobre la base de los datos disponibles, mediante un proceso consultivo en el que participen múltiples interesados directos, prestando atención a la equidad de acceso, en particular para los pobres y otros grupos subatendidos.

Movilizar la voluntad política

55. La creación de un entorno dinámico dentro del cual exista un sólido apoyo internacional, nacional y local para las iniciativas de salud reproductiva y sexual basadas en los derechos contribuirá a superar la inercia, impulsar las inversiones y establecer rigurosos niveles y mecanismos para un desempeño responsable. Ello exige la participación no sólo de los ministerios de salud, sino también de los de finanzas y educación, y posiblemente de otros sectores, junto con sus instituciones homólogas a nivel distrital y local. El compromiso político y la promoción deben ser lo suficientemente sólidos para sostener políticas y programas adecuados, en particular para los grupos subatendidos.

56. En esta esfera es necesario adoptar las **medidas** siguientes:

1) consolidar un firme apoyo en favor de la inversión en salud reproductiva y sexual, sobre la base de datos relativos a los beneficios para la salud pública y los derechos humanos;

2) movilizar a los interesados clave (por ejemplo, profesionales de la salud, juristas, grupos de defensa de los derechos humanos, agrupaciones de mujeres, ministerios estatales, dirigentes y partidos políticos y líderes religiosos y comunitarios) a fin de que apoyen un programa de acción nacional para la promoción de la salud reproductiva y sexual, y hacer un uso concertado de los medios de comunicación; y

3) reunir un conjunto de sólidos argumentos, basados en criterios científicos, a favor de la inversión estratégica en la salud sexual y reproductiva de los adolescentes y los derechos conexos, asegurar que estas cuestiones ocupen un lugar destacado dentro del programa de acción nacional; divulgar información sobre la naturaleza, las causas y las consecuencias de los problemas y necesidades de salud reproductiva de los adolescentes, por ejemplo su vulnerabilidad ante las infecciones de transmisión sexual, como el VIH, los embarazos no deseados, los abortos peligrosos, los matrimonios prematuros o las gestaciones precoces y la coerción y violencia sexuales, tanto dentro como fuera del matrimonio.

Crear marcos legislativos y reglamentarios de apoyo

57. La eliminación de restricciones innecesarias de las políticas y disposiciones normativas, con miras a crear un marco de apoyo para la salud reproductiva y sexual, es susceptible de mejorar notablemente el acceso a los servicios.

58. Se precisan disposiciones normativas que aseguren la disponibilidad continuada y equitativa de ciertos productos, por ejemplo fármacos o equipo y suministros médicos, y que garanticen el cumplimiento de las oportunas normas de calidad internacionales. Es necesario contar, además, con un marco reglamentario eficaz que garantice la responsabilización tanto del sector público como del privado en lo que respecta a la prestación de una atención de salud de alta calidad para el conjunto de la población.

59. En esta esfera es necesario adoptar las **medidas** siguientes:

1) revisar las leyes y políticas, y cuando sea necesario modificarlas, para asegurar que faciliten un acceso equitativo y universal a la educación, la información y los servicios relacionados con la salud sexual;

2) asegurar que existan las disposiciones reglamentarias y las normas necesarias para garantizar la disponibilidad continua y equitativa de los productos que se precisen y que éstos cumplan las normas de calidad internacionales pertinentes; y

3) establecer criterios de desempeño y elaborar mecanismos de vigilancia y rendimiento de cuentas para la prestación de los servicios y para la colaboración y la ejecución de labores complementarias entre los sectores privado, no gubernamental y público.

Reforzar la vigilancia, la evaluación y el rendimiento de cuentas

60. La vigilancia y evaluación son fundamentales para determinar qué medidas dan buen resultado y cuáles no, y averiguar por qué motivo. También pueden contribuir a detectar necesidades cambiantes o repercusiones inesperadas, ya sean positivas o negativas.

61. En esta esfera es necesario adoptar las **medidas** siguientes:

1) establecer y fortalecer mecanismos de vigilancia y evaluación, sobre la base de un plan que establezca claramente los objetivos a alcanzar, los medios, los plazos, con un conjunto definido de indicadores y sólidos datos de referencia;

2) hacer un seguimiento de las reformas sanitarias, los enfoques adoptados para el conjunto del sector y la aplicación de otros mecanismos de financiación, como los documentos de estrategia de lucha contra la pobreza, el reparto de los costos o el apoyo presupuestario directo para asegurar que redunden en beneficio de los pobres y otros grupos social o económicamente marginados, y contribuir a fortalecer los servicios de salud reproductiva y sexual en todos los niveles; y

3) elaborar mecanismos (por ejemplo, comités locales o reuniones comunitarias) que permitan incrementar el rendimiento de cuentas a nivel de centros y distritos.

Compromiso de la OMS para la consecución de los objetivos mundiales de salud reproductiva

62. En todas las esferas de acción arriba descritas, la OMS proseguirá y reforzará la asistencia técnica prestada a los países:

- apoyando las investigaciones orientadas a la adopción de medidas y las iniciativas de fortalecimiento de la capacidad investigadora

- racionalizando normas y criterios, poniendo especial cuidado en que éstos se basen en pruebas científicas

- promoviendo a nivel mundial la salud reproductiva y sexual.

63. En todas esas actividades se tendrá en cuenta y se fomentará sistemáticamente la equidad, incluida la igualdad entre los sexos, así como los aspectos de la salud reproductiva y sexual relacionados con los derechos humanos.

64. En el plano mundial, la OMS:

1) redoblará sus esfuerzos para la aplicación de la iniciativa Reducir los Riesgos del Embarazo como componente prioritario de la estrategia de salud reproductiva y sexual, sobre todo en lo que respecta a los países que presentan las tasas mas altas de mortalidad materna;

2) seguirá fortaleciendo sus lazos de asociación con otras organizaciones del sistema de las Naciones Unidas - en particular el UNICEF, el FNUAP y el ONUSIDA -, el Banco Mundial, las asociaciones de profesionales de la salud, las organizaciones no gubernamentales y otros asociados, con miras a asegurar la colaboración y la actuación coordinada de una amplia variedad de actores. La nueva alianza para una maternidad sin riesgo y la salud del recién nacido, que será acogida por la OMS, desempeñará un papel crucial a este respecto;

3) promoverá y fortalecerá los servicios de salud reproductiva y sexual como pilar fundamental para la prevención y el tratamiento del VIH/SIDA, en particular mediante la planificación familiar; la atención prenatal, perinatal y posparto; el control de las infecciones de transmisión sexual; la promoción de prácticas sexuales sin riesgo; y la prevención de la transmisión del VIH de la madre al niño. La OMS conferirá asimismo atención a la salud reproductiva y sexual reforzando su colaboración con otros programas fundamentales de salud pública, como los centrados en la inmunización, la nutrición y la prevención o en el tratamiento de la malaria y la tuberculosis, en particular entre las mujeres embarazadas; y

4) asegurará el rendimiento de cuentas mediante la presentación de informes sobre los progresos logrados en materia de salud reproductiva y sexual, como parte de los esfuerzos encaminados al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.