



ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

---

# **58<sup>a</sup> ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD**

**GINEBRA, 16-25 DE MAYO DE 2005**

**RESOLUCIONES Y DECISIONES  
ANEXO**

**GINEBRA  
2005**

---

## 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 58ª Asamblea Mundial de la Salud se celebró en el Palais des Nations, Ginebra, del 16 al 25 de mayo de 2005, de acuerdo con la decisión adoptada por el Consejo Ejecutivo en su 114ª reunión. Sus debates se publican en tres volúmenes que contienen, entre otras cosas, el material siguiente:

Resoluciones y decisiones, y anexo: documento WHA58/2005/REC/1

Actas taquigráficas de las sesiones plenarias y lista de participantes:  
documento WHA58/2005/REC/2

Actas resumidas de las comisiones e informes de las comisiones: documento  
WHA58/2005/REC/3.

---



## ÍNDICE

	<b>Página</b>
Introducción .....	iii
Orden del día .....	ix
Lista de documentos .....	xiii
Mesa de la Asamblea de la Salud y composición de sus comisiones .....	xix

## RESOLUCIONES Y DECISIONES

### Resoluciones

WHA58.1	Acción sanitaria en relación con las crisis y los desastres, con especial referencia a los terremotos y maremotos del 26 de diciembre de 2004 .....	1
WHA58.2	Control del paludismo .....	5
WHA58.3	Revisión del Reglamento Sanitario Internacional .....	8
WHA58.4	Resolución de Apertura de Créditos para el ejercicio 2006-2007 .....	67
WHA58.5	Fortalecimiento de la preparación y respuesta ante una pandemia de gripe .....	70
WHA58.6	Situación sanitaria en el territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental, y el Golán sirio ocupado .....	73
WHA58.7	Miembros con atrasos de contribuciones de importancia bastante para que esté justificado aplicar el Artículo 7 de la Constitución .....	74
WHA58.8	Atrasos en el pago de las contribuciones: Georgia .....	75
WHA58.9	Atrasos en el pago de las contribuciones: Iraq .....	76
WHA58.10	Atrasos en el pago de las contribuciones: República de Moldova .....	77
WHA58.11	Atrasos en el pago de las contribuciones: Tayikistán .....	78
WHA58.12	Sueldo de los titulares de puestos sin clasificar y del Director General .....	79
WHA58.13	Seguridad de la sangre: propuesta para el establecimiento del Día Mundial del Donante de Sangre .....	80

		<b>Página</b>
WHA58.14	Financiación sostenible de la prevención y el control de la tuberculosis .....	82
WHA58.15	Estrategia mundial de inmunización .....	85
WHA58.16	Promoción de un envejecimiento activo y saludable .....	86
WHA58.17	Migración internacional del personal sanitario: un reto para los sistemas de salud de los países en desarrollo .....	90
WHA58.18	Informe financiero interino no comprobado sobre las cuentas de la OMS en 2004 .....	91
WHA58.19	Contribuciones para 2006-2007 .....	91
WHA58.20	Modificaciones del Reglamento Financiero y las Normas de Gestión Financiera .....	96
WHA58.21	Fondo para la Gestión de Bienes Inmuebles .....	96
WHA58.22	Prevención y control del cáncer .....	97
WHA58.23	Discapacidad, incluidos la prevención, el tratamiento y la rehabilitación ....	102
WHA58.24	Sostenimiento de la eliminación de los trastornos por carencia de yodo .....	106
WHA58.25	El proceso de reforma de las Naciones Unidas y el papel de la OMS en la armonización de las actividades operacionales para el desarrollo en los países .....	108
WHA58.26	Problemas de salud pública causados por el uso nocivo del alcohol .....	110
WHA58.27	Mejora de la contención de la resistencia a los antimicrobianos .....	112
WHA58.28	Cibersalud .....	114
WHA58.29	Reforzamiento de la bioseguridad en el laboratorio .....	117
WHA58.30	Acelerar la consecución de los objetivos de desarrollo relacionados con la salud acordados internacionalmente, incluidos los que figuran en la Declaración del Milenio .....	118
WHA58.31	Hacia la cobertura universal en las intervenciones de salud materna, del recién nacido y del niño .....	125
WHA58.32	Nutrición del lactante y del niño pequeño .....	128
WHA58.33	Financiación sostenible de la salud, cobertura universal y seguro social de enfermedad .....	131
WHA58.34	Cumbre Ministerial sobre Investigación en Salud .....	133

**Decisiones**

WHA58(1)	Composición de la Comisión de Credenciales .....	137
WHA58(2)	Composición de la Comisión de Candidaturas .....	137
WHA58(3)	Elección del Presidente y de los Vicepresidentes de la 58ª Asamblea Mundial de la Salud .....	137
WHA58(4)	Elección de la Mesa de las comisiones principales .....	137
WHA58(5)	Constitución de la Mesa de la Asamblea .....	138
WHA58(6)	Adopción del orden del día .....	138
WHA58(7)	Verificación de credenciales .....	138
WHA58(8)	Elección de Miembros facultados para designar una persona que forme parte del Consejo Ejecutivo .....	139
WHA58(9)	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 .....	139
WHA58(10)	Elección de país en que ha de reunirse la 59ª Asamblea Mundial de la Salud .....	139
WHA58(11)	Informes del Consejo Ejecutivo sobre sus 114ª y 115ª reuniones .....	140

**ANEXO**

Visión y Estrategia Mundial de Inmunización para 2006-2015. Resumen de orientación .....	143
--	-----





# **ORDEN DEL DÍA<sup>1</sup>**

## **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 principales, y establecimiento de la Mesa de la Asamblea
  - 1.4 Adopción del orden del día y distribución de su contenido entre las comisiones principales
2. Informes del Consejo Ejecutivo sobre sus 114<sup>a</sup> y 115<sup>a</sup> reuniones
3. Alocución del Dr. Lee Jong-wook, Director General
4. Orador invitado
5. [suprimido]
6. Consejo Ejecutivo: elección
7. Premios
8. Informes de las comisiones principales
9. Clausura de la Asamblea

## **COMISIÓN A**

10. Apertura de la Comisión<sup>2</sup>
11. Presupuesto por programas para 2002-2003: evaluación de la ejecución

---

<sup>1</sup> Adoptado en la segunda sesión plenaria.

<sup>2</sup> Incluida la elección de Vicepresidentes y de Relator.

12. Proyecto de presupuesto por programas para 2006-2007
13. Asuntos técnicos y sanitarios
  - 13.1 Revisión del Reglamento Sanitario Internacional
  - 13.2 [transferido a la Comisión B]
  - 13.3 Acción sanitaria en relación con las crisis y los desastres
  - 13.4 Financiación sostenible de la prevención y el control de la tuberculosis
  - 13.5 Paludismo
  - 13.6 Viruela
  - 13.7 Poliomiелitis
  - 13.8 Proyecto de estrategia mundial de inmunización
  - 13.9 Fortalecimiento de la preparación y respuesta ante una pandemia de gripe
  - 13.10 Resistencia a los antimicrobianos: una amenaza para la seguridad sanitaria mundial
  - 13.11 Nutrición del lactante y del niño pequeño
  - 13.12 [transferido a la Comisión B]
  - 13.13 [transferido a la Comisión B]
  - 13.14 [transferido a la Comisión B]
  - 13.15 [transferido a la Comisión B]
  - 13.16 Seguro social de enfermedad
  - 13.17 Cibersalud
  - 13.18 Cumbre Ministerial sobre Investigación en Salud
  - 13.19 Aplicación de resoluciones (informes sobre los progresos realizados)
    - Prevención y control de los trastornos por carencia de yodo (resolución WHA52.24)
    - Medicina tradicional (resolución WHA56.31)
    - Aplicación de las recomendaciones del *Informe mundial sobre la violencia y la salud* (resolución WHA56.24)

- Enfoque estratégico de la gestión internacional de los productos químicos (resolución WHA56.22)
- Promoción de los modos de vida sanos (resolución WHA57.16)
- Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (resolución WHA56.1)

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

13.21 [transferido a la Comisión B]

## COMISIÓN B

14. Apertura de la Comisión<sup>1</sup>

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

16. Informe del Auditor Interno

17. Asuntos financieros

17.1 Informe financiero interino no comprobado sobre las cuentas de la OMS en 2004 y observaciones del Comité de Programa, Presupuesto y Administración

17.2 Informe interino del Comisario de Cuentas

17.3 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

17.4 Contribuciones para 2006-2007

17.5 [suprimido]

17.6 Modificaciones del Reglamento Financiero y las Normas de Gestión Financiera

18. Fondo para la Gestión de Bienes Inmuebles

19. Asuntos de personal

19.1 Recursos humanos: informe anual

---

<sup>1</sup> Incluida la elección de Vicepresidentes y de Relator.

- 19.2 Estrategia de contratación, con integración del equilibrio geográfico y la paridad entre los géneros: informe sobre los progresos realizados
- 19.3 Modificaciones del Estatuto del Personal y del Reglamento de Personal [si hubiere lugar]
- 19.4 Informe del Comité Mixto de Pensiones del Personal de las Naciones Unidas
- 19.5 Nombramiento de representantes en el Comité de la Caja de Pensiones del Personal de la OMS
- 20. Propuesta para el establecimiento del Día Mundial del Donante de Sangre
- 21. Aplicación del multilingüismo en la OMS
- 22. Colaboración dentro del sistema de las Naciones Unidas y con otras organizaciones intergubernamentales
- 13. Asuntos técnicos y sanitarios
  - 13.2 Consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud
    - 13.12 Prevención y control del cáncer
    - 13.13 Discapacidad, incluidos la prevención, el tratamiento y la rehabilitación
    - 13.14 Problemas de salud pública causados por el uso nocivo del alcohol<sup>1</sup>
    - 13.15 Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento: informe sobre su ejecución
    - 13.21 Migración internacional del personal sanitario: un reto para los sistemas de salud de los países en desarrollo (resolución WHA57.19)

---

<sup>1</sup> Nota: El tema de los modos de vida sanos se examina dentro del punto 13.19.

## LISTA DE DOCUMENTOS

A58/1 Rev.1	Orden del día <sup>1</sup>
A58/2	Informe del Consejo Ejecutivo sobre sus 114ª y 115ª reuniones
A58/3	Alocución del Director General a la 58ª Asamblea Mundial de la Salud
A58/4 y Corr.1	Revisión del Reglamento Sanitario Internacional
A58/5	Consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud
A58/6	Acción sanitaria en relación con las crisis y los desastres
A58/6 Add.1	Acción sanitaria en relación con las crisis y los desastres. Conferencia de la OMS sobre los aspectos sanitarios del desastre provocado por los maremotos en Asia (Phuket (Tailandia), 4 a 6 de mayo de 2005): informe resumido
A58/7	Financiación sostenible de la prevención y el control de la tuberculosis
A58/8	Paludismo
A58/9	Viruela: Reserva mundial de vacuna antivariólica
A58/10	Viruela: Destrucción de las reservas de <i>Variola virus</i>
A58/11	Poliomielitis
A58/12 y A58/12 Add.1	Proyecto de estrategia mundial de inmunización <sup>2</sup>
A58/13	Fortalecimiento de la preparación y respuesta ante una pandemia de gripe
A58/14	Resistencia a los antimicrobianos: una amenaza para la seguridad sanitaria mundial. Uso racional de los medicamentos por prescriptores y pacientes
A58/15	Nutrición del lactante y del niño pequeño
A58/16	Prevención y control del cáncer
A58/17	Discapacidad, incluidos la prevención, el tratamiento y la rehabilitación

---

<sup>1</sup> Véase p. ix.

<sup>2</sup> Véase el anexo.

A58/18	Problemas de salud pública causados por el uso nocivo del alcohol
A58/19	Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento: informe sobre su ejecución
A58/20	Seguro social de enfermedad: Financiación sostenible de la salud, cobertura universal y seguro social de enfermedad
A58/21	Cibersalud
A58/22	Cumbre Ministerial sobre Investigación en Salud
A58/23 y A58/23 Add.1	Aplicación de resoluciones (informes sobre los progresos realizados)
A58/24	Situación sanitaria de la población árabe en los territorios árabes ocupados, incluida Palestina, y asistencia prestada
A58/25	Informe del Auditor Interno
A58/26 y Corr.1	Informe financiero interino no comprobado sobre el año 2004: Ejercicio 2004-2005
A58/26 Add.1	Informe financiero interino no comprobado sobre el año 2004: Ejercicio 1 de enero de 2004 - 31 de diciembre de 2005. Anexo: Recursos extrapresupuestarios para actividades del programa
A58/27	Informe financiero interino no comprobado sobre las cuentas de la OMS en 2004 y observaciones del Comité de Programa, Presupuesto y Administración: Primer informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 58ª Asamblea Mundial de la Salud
A58/28	Informe interino del Comisario de Cuentas
A58/29	Informe interino del Comisario de Cuentas: Quinto informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 58ª Asamblea Mundial de la Salud
A58/30	Contribuciones para 2006-2007
A58/31 y Corr.1	Estado de la recaudación de las contribuciones señaladas: Segundo informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 58ª Asamblea Mundial de la Salud
A58/32	Modificaciones del Reglamento Financiero y las Normas de Gestión Financiera
A58/33	Fondo para la Gestión de Bienes Inmuebles
A58/34	Recursos humanos: informe anual

## LISTA DE DOCUMENTOS

---

A58/35	Estrategia de contratación, con integración del equilibrio geográfico y la paridad entre los géneros: informe sobre los progresos realizados
A58/36	Informe del Comité Mixto de Pensiones del Personal de las Naciones Unidas
A58/37	Nombramiento de representantes en el Comité de la Caja de Pensiones del Personal de la OMS
A58/38	Propuesta para el establecimiento del Día Mundial del Donante de Sangre
A58/39	Aplicación del multilingüismo en la OMS
A58/40	Colaboración dentro del sistema de las Naciones Unidas y con otras organizaciones intergubernamentales
A58/41, A58/41 Add.1 y Add.2	Revisión del Reglamento Sanitario Internacional
A58/42	Premios: Enmiendas de los Estatutos de la Fundación Ihsan Dogramaci para la Salud de la Familia
A58/43 Rev.1	Arreglos especiales para la liquidación de atrasos. Miembros con atrasos de contribuciones de importancia bastante para que esté justificado aplicar el Artículo 7 de la Constitución: Tercer informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 58ª Asamblea Mundial de la Salud
A58/44 y Corr.1	Fondo para la Gestión de Bienes Inmuebles: Cuarto informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 58ª Asamblea Mundial de la Salud
A58/45	Informe del Auditor Interno: Sexto informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 58ª Asamblea Mundial de la Salud
A58/46	Comisión de Candidaturas: Primer informe
A58/47	Comisión de Candidaturas: Segundo informe
A58/48	Comisión de Candidaturas: Tercer informe
A58/49 (Proyecto)	Primer informe de la Comisión A
A58/50	Comisión de Credenciales: Primer informe
A58/51	Elección de Miembros facultados para designar una persona que forme parte del Consejo Ejecutivo
A58/52	Comisión de Credenciales: Segundo informe

A58/53 (Proyecto)	Primer informe de la Comisión B
A58/54 (Proyecto)	Segundo informe de la Comisión A
A58/55	Tercer informe de la Comisión A
A58/56 (Proyecto)	Cuarto informe de la Comisión A
A58/57 (Proyecto)	Quinto informe de la Comisión A
A58/58 (Proyecto)	Segundo informe de la Comisión B
A58/59 (Proyecto)	Tercer informe de la Comisión B
A58/60 (Proyecto)	Sexto informe de la Comisión A
A58/61 (Proyecto)	Cuarto informe de la Comisión B
A58/62 (Proyecto)	Séptimo informe de la Comisión A
A58/63	Quinto informe de la Comisión B
A58/64	Octavo informe de la Comisión A
PBPA/2002-2003 y Corr.1	Presupuesto por programas 2002-2003: Evaluación de la ejecución
PB/2006-2007 y Corr.1 y Corr.2	Proyecto de presupuesto por programas 2006-2007

#### **Documentos de información**

A58/INF.DOC./1	Proyecto de presupuesto por programas para 2006-2007: Comparación con el presupuesto por programas 2004-2005
A58/INF.DOC./2	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 2004)
A58/INF.DOC./3	Proyecto de presupuesto por programas para 2006-2007: Aplicación de las funciones normativas y estatutarias de la OMS
A58/INF.DOC./4	Situación sanitaria de la población árabe en los territorios árabes ocupados, incluida Palestina, y asistencia prestada (Informe del Ministerio de Salud de Israel)
A58/INF.DOC./5	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)



**Documentos varios**

A58/DIV/1 Rev.1	List of delegates and other participants Liste des délégués et autres participants
A58/DIV/2	Guía de los documentos
A58/DIV/3 y A58/DIV/3 Add.1	Guía para los delegados en la Asamblea Mundial de la Salud
A58/DIV/4	[Documento no publicado]
A58/DIV/5	Decisiones y lista de resoluciones
A58/DIV/6	Lista de documentos
A58/DIV/7	Alocución del Excmo. Sr. Maumoon Abdul Gayoom, Presidente de la República de Maldivas, ante la 58ª Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra, lunes 16 de mayo de 2005
A58/DIV/8	Intervención del Sr. Bill Gates cofundador de la Fundación Bill y Melinda Gates, en la 58ª Asamblea Mundial de la Salud, el lunes 16 de mayo de 2005

---



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

### **Presidente**

Sra. E. SALGADO (España)

### **Vicepresidentes**

Sr. S. MEKY (Eritrea)

Dr. M. FERNÁNDEZ GALEANO

(Uruguay)

Dr. M. FIKRI (Emiratos Árabes Unidos)

Profesor SUCHAI CHAROENRATANAKUL  
(Tailandia)

Sra. A. KING (Nueva Zelanda)

### **Secretario**

Dr. LEE Jong-wook, Director General

### **Comisión de Credenciales**

La Comisión de Credenciales estuvo integrada por delegados de los Estados Miembros siguientes: Argelia, Benin, Bhután, Chad, Eslovaquia, Honduras, Kiribati, Marruecos, Perú, República Checa, Serbia y Montenegro, y Yemen.

**Presidente:** Dr. T. KIENENE (Kiribati)

**Vicepresidente:** Dra. D. YEVIDE (Benin)

**Relator:** Dra. A. AL-RABI (Yemen)

**Secretario:** Sr. G. L. BURCI, Asesor Jurídico

### **Comisión de Candidaturas**

La Comisión de Candidaturas estuvo integrada por delegados de los Estados Miembros siguientes: Bahamas, Bolivia, Bosnia y Herzegovina, Camerún, China, Comoras, Emiratos Árabes Unidos, Federación de Rusia, Francia, Gambia, Guatemala, Guyana, India, Kuwait, Lituania, Palau, Paraguay, Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, Senegal, Seychelles, Timor-Leste, Togo, Turquía y Viet Nam, y por el Sr. Muhammad Nasir Khan (Pakistán), Presidente de la 57ª Asamblea Mundial de la Salud (*ex officio*).

**Presidente:** Sr. Muhammad Nasir KHAN  
(Pakistán)

**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: Bhután, Brasil, China, Congo, Cuba, Estados Unidos de América, Etiopía, Federación de Rusia, Francia, Guinea Ecuatorial, Letonia, Líbano, Luxemburgo, Malawi, Mongolia, Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, y Zimbabwe.

**Presidente:** Sra. E. SALGADO (España)

**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. B. SADRIZADEH  
(República Islámica del Irán)

**Vicepresidentes:** Dr. H. NTABA (Malawi) y  
PEHIN DATO ABU BAKAR APONG  
(Brunei Darussalam)

**Relator:** Dr. R. BUSUTTIL (Malta)

**Secretario:** Dr. Q. M. ISLAM, Director, Reducir los Riesgos del Embarazo

**Comisión B**

**Presidente:** Dr. J. WALCOTT (Barbados)

**Vicepresidentes:** Profesor J. PEREIRA

MIGUEL (Portugal) y

Dr. M. A. RAHMAN KHAN (Bangladesh)

**Relator:** Sr. YEE Ping Yi (Singapur)

**Secretario:** Dr. M. YOUNES, Director,

Oficina del Subdirector General, Desarrollo

Sostenible y Ambientes Saludables

---

## RESOLUCIONES

### **WHA58.1      Acción sanitaria en relación con las crisis y los desastres, con especial referencia a los terremotos y maremotos del 26 de diciembre de 2004**

La 58ª Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado los informes sobre la acción sanitaria en relación con las crisis y los desastres;<sup>1</sup>

Lamentando las profundas consecuencias humanas de los terremotos y maremotos que el 26 de diciembre de 2004 asolaron numerosos países, desde Asia sudoriental hasta África oriental, con un balance estimado de 280 000 muertos, miles de personas aún desaparecidas, hasta medio millón de heridos, y al menos cinco millones de personas sin hogar o privadas de acceso adecuado a agua potable, saneamiento, alimentos o servicios de salud;

Observando que el desastre afectó a ciudadanos de más de 30 países, y que entre los fallecidos había muchos profesionales sanitarios;

Reconociendo que la mayor parte del socorro de emergencia se ha proporcionado inicialmente, y se seguirá proporcionando, dentro de las comunidades afectadas y a través de las autoridades locales, con el respaldo de una intensa cooperación internacional, y previendo que dichas comunidades seguirán sufriendo graves penalidades como consecuencia de la pérdida de sus medios de subsistencia, de la sobrecarga de los servicios de salud y sociales y de los traumas psicológicos inmediatos y a largo plazo;

Reconociendo que la acción encaminada a afrontar los aspectos de salud pública de las crisis debe en todo momento reforzar la inventiva y la resistencia de las comunidades, los medios a disposición de las autoridades locales, la preparación de los sistemas de salud y la capacidad de las autoridades nacionales y la sociedad civil para proporcionar un apoyo rápido y coordinado orientado a asegurar la supervivencia de las personas directamente afectadas;

Apreciando la generosa asistencia proporcionada a las naciones afectadas por gobiernos, grupos no gubernamentales, particulares e instituciones nacionales de salud pública, incluida la mediación de la Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos;

Reconociendo las dificultades afrontadas por los sistemas de salud locales, faltos de recursos, en las tareas de localización de los desaparecidos, identificación de los muertos y manejo de los cuerpos de los fallecidos;

Reconociendo los problemas a que han de hacer frente unas autoridades locales desbordadas en sus tareas de coordinación de las actividades de socorro, incluidos el personal y las mercancías generosamente ofrecidos gracias a la solidaridad nacional e internacional;

Observando que la eficacia con la que las naciones afectadas responden a eventos súbitos de esta magnitud refleja su preparación y disposición para emprender acciones focalizadas y concertadas, sobre todo en lo que respecta a salvar vidas y sostener a los supervivientes;

---

<sup>1</sup> Documentos A58/6 y A58/6 Add.1.

Recordando que más de 30 países de todo el mundo están atravesando actualmente graves crisis, a menudo de larga duración, calculándose que hay nada menos que 500 millones de personas en riesgo a causa de diversas amenazas evitables para su supervivencia y bienestar, y que aproximadamente otros 20 países corren un alto riesgo de sucesos graves, naturales o causados por el hombre, lo que eleva el número de personas en riesgo a entre 2000 y 3000 millones;

Reconociendo que los análisis de las necesidades sanitarias y el desempeño de los sistemas de salud, en el contexto de las políticas nacionales y de los objetivos de desarrollo acordados internacionalmente, incluidos los que figuran en la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, son esenciales para la adecuada rehabilitación y recuperación de unos servicios de salud individuales y públicos equitativos, y que lo mejor para ello es garantizar una clara sinergia entre la preparación y la respuesta;

Reafirmando la necesidad de desarrollar capacidad local para evaluar los riesgos, prepararse para futuras catástrofes y responder a ellas, incluida la educación continua del público, la rectificación de ideas erróneas sobre las consecuencias sanitarias de los desastres y la reducción del riesgo de que los servicios críticos de salud se vean dañados por los desastres;

Reconociendo que la mejora de las condiciones socioeconómicas de los países más desfavorecidos es una acción preventiva que disminuye el riesgo de crisis y desastres y sus consecuencias;

Teniendo en cuenta los resultados de la Conferencia Mundial sobre la Reducción de los Desastres (Kobe, Hyogo, Japón, 18 a 22 de enero de 2005),

1. EXHORTA a la comunidad internacional a mantener, en respuesta a las peticiones de los países, su apoyo firme y prolongado a las zonas afectadas por los maremotos del 26 de diciembre de 2004, y a dedicar similar atención a las necesidades de las personas afectadas por otras crisis humanitarias;
2. INSTA a los Estados Miembros:
  - 1) a que proporcionen apoyo suficiente a los países afectados por los maremotos y a todos los demás Estados Miembros afectados por crisis y desastres para posibilitar una recuperación sostenible de sus servicios de salud y asistencia social;
  - 2) a que presten particular atención a las necesidades en materia de salud mental y al establecimiento de modelos de prestación de servicios en sus sistemas sanitarios y sociales;
  - 3) a que pongan el máximo empeño en participar activamente en los esfuerzos colectivos desplegados para establecer planes mundiales y regionales de preparación que integren la planificación de la reducción de riesgos en el sector sanitario y para crear capacidad para responder a las crisis sanitarias;
  - 4) a que formulen, sobre la base de la representación cartográfica de las zonas de riesgo, planes nacionales de preparación para emergencias que presten la debida atención a la salud pública, incluida la infraestructura sanitaria, y a las funciones del sector de la salud en las crisis, a fin de mejorar la eficacia de las respuestas a éstas y de las contribuciones a la recuperación de los sistemas de salud;
  - 5) a que velen por que mujeres y hombres tengan el mismo acceso a la educación, formal e informal, que se imparta sobre la preparación para emergencias y la reducción de los desastres, mediante sistemas de alerta anticipada sensibles al género que doten a las mujeres, así como a

los hombres, de capacidad para responder de forma oportuna y apropiada, y por que también se haga llegar a todos los niños la educación y las posibilidades de respuesta oportunas;

6) a que presten particular atención a la violencia de género, motivo de creciente preocupación durante las crisis, y proporcionen el apoyo apropiado a los afectados;

7) a que velen por que, en las situaciones de crisis, todas las poblaciones afectadas, incluidas las personas desplazadas, disfruten de acceso equitativo a los servicios de atención de salud esenciales, centrándose en salvar a las personas cuya vida esté en peligro y en sostener la vida de quienes hayan sobrevivido, y prestando especial atención a las necesidades específicas de las mujeres y los niños, las personas de edad y los afectados por traumas físicos y psicológicos agudos, enfermedades transmisibles, enfermedades crónicas o discapacidades;

8) a que den su apoyo a una revisión, dentro del proyecto de presupuesto por programas para 2006-2007, de la acción de la OMS en relación con las crisis y los desastres, a fin de permitir que se lleven a cabo de inmediato, y oportunamente, intervenciones adecuadas, suficientes y sostenidas, y a que consideren la posibilidad de aumentar las contribuciones para garantizar una financiación suficiente de las acciones e intervenciones importantes que emprenda la OMS antes, durante y después de las crisis;

9) a que protejan al personal nacional e internacional que participe en la mejora de la salud de las comunidades afectadas por las crisis, y se aseguren de que reciban el apoyo necesario para llevar a cabo la acción urgente de carácter humanitario y de mitigación del sufrimiento, en la mayor medida posible, requerida cuando hay vidas en peligro;

10) a que fortalezcan los sistemas de información y mejoren la colaboración con los medios de comunicación nacionales e internacionales con el fin de garantizar la disponibilidad de información exacta y actualizada;

11) a que refuercen la solidaridad internacional e identifiquen mecanismos de cooperación conjunta en la elaboración de estrategias de preparación y respuesta ante emergencias;

12) a que examinen la posibilidad de mejorar los mecanismos intergubernamentales de asistencia humanitaria existentes y consideren posibles mecanismos y modalidades adicionales de obtención rápida de recursos en caso de desastre, con el fin de que las respuestas sean inmediatas y eficaces;

### 3. PIDE al Director General:

1) que intensifique el apoyo de la OMS a los Estados Miembros afectados por los maremotos y a todos los demás Estados Miembros afectados por crisis y desastres en la atención prioritaria que presten a los sistemas eficaces de vigilancia de la morbilidad y la mejora del acceso al agua salubre, el saneamiento, alimentos inocuos, medicamentos esenciales de calidad y atención sanitaria, sobre todo en materia de salud mental, proporcionando la necesaria orientación técnica, inclusive sobre el manejo de los cuerpos de los fallecidos y la evitación de las enfermedades transmisibles, y garantizando una comunicación rápida y exacta de la información;

2) que de forma activa y oportuna proporcione información exacta a los medios de comunicación internacionales y locales para rebatir los rumores y, de ese modo, impedir que provoquen el pánico entre el público y produzcan conflictos, y aminorar sus repercusiones sociales y económicas;

- 3) que dé particular atención a la prestación de apoyo a los Estados Miembros para el establecimiento de modelos de prestación de servicios en sus sistemas sanitarios y sociales;
- 4) que aliente la cooperación de las actividades de la OMS sobre el terreno con las de otras organizaciones internacionales, con el apoyo de los organismos donantes, para ayudar a los gobiernos de los países afectados por los maremotos a coordinar las respuestas a los problemas de salud pública, bajo la égida de la Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios de las Naciones Unidas, y para planificar y llevar a cabo una rehabilitación rápida y sostenible de los sistemas y los servicios de salud, y que informe a la Asamblea de la Salud sobre los progresos realizados en esa cooperación;
- 5) que ayude a delinear los aspectos sanitarios de programas que presten apoyo a las personas cuyas vidas y cuyos medios de subsistencia se han visto afectados por los maremotos, así como los servicios necesarios para afrontar sus traumas físicos y mentales;
- 6) que adapte y reorganice, cuando proceda, actividades eficaces en el ámbito de la preparación para emergencias y respuesta, así como en otras áreas de trabajo implicadas en la respuesta general de la OMS a las crisis, y garantice los recursos suficientes para ellas;
- 7) que mejore la capacidad de la OMS para prestar apoyo, con arreglo a los mecanismos de coordinación de las Naciones Unidas y de otras instituciones, en particular el Movimiento Internacional de la Cruz Roja y la Media Luna Roja, para formular, ensayar y aplicar planes de preparación para emergencias relacionados con la salud, responder a las necesidades sanitarias básicas de las personas en las crisis, y planificar y aplicar una recuperación sostenible después de las crisis;
- 8) que establezca líneas de mando claras dentro de la OMS para facilitar respuestas rápidas y eficaces en las fases iniciales de una emergencia, y que comunique claramente las disposiciones adoptadas al respecto a los Estados Miembros y otros asociados dentro del sistema de las Naciones Unidas;
- 9) que movilice los conocimientos sanitarios que posee la propia OMS, que aumente su capacidad para encontrar información especializada fuera de ella, que facilite la colaboración efectiva entre los especialistas locales e internacionales, que vele por que los conocimientos teóricos y prácticos estén actualizados y sean pertinentes, y que dé difusión a esos conocimientos para suministrar apoyo técnico rápido y adecuado a los programas sanitarios, tanto internacionales como nacionales, de preparación para desastres, respuesta y mitigación, y reducción de riesgos;
- 10) que promueva la cooperación sostenida y activa de la OMS con la Estrategia Internacional para la Reducción de los Desastres, asegurando con ello que se haga el debido hincapié en las cuestiones relativas a la salud en la aplicación de los resultados de la Conferencia Mundial sobre la Reducción de los Desastres (Kobe, Hyogo, Japón, 18 a 22 de enero de 2005);
- 11) que vele por que la OMS ayude a todos los grupos pertinentes interesados en sus actividades de preparación, respuesta y recuperación en casos de desastres y crisis, mediante la realización de evaluaciones oportunas y fiables del sufrimiento y las amenazas para la supervivencia a partir de los datos de morbilidad y mortalidad, la coordinación de la acción sanitaria en función de esas evaluaciones, la identificación de deficiencias que ponen en peligro los resultados sanitarios y la acción correspondiente para subsanarlas, y la creación de capacidad local y nacional, incluida la transferencia de conocimientos especializados, experiencia y tecnologías entre los Estados Miembros, con la debida atención a los vínculos que existen entre el socorro y la reconstrucción;



- 12) que fortalezca los servicios logísticos existentes, dentro del mandato de la OMS y en estrecha coordinación con otros organismos humanitarios, a fin de que los Estados Miembros puedan disponer de la capacidad operacional necesaria para recibir asistencia rápida y oportuna cuando deban hacer frente a crisis de salud pública;
- 13) que elabore modelos y directrices para la realización de evaluaciones rápidas del impacto en la salud después de las crisis, con el fin de garantizar una respuesta apropiada, oportuna y eficaz a las comunidades afectadas;
- 14) que informe a la 59ª Asamblea Mundial de la Salud, por conducto del Consejo Ejecutivo, acerca de los progresos realizados en el cumplimiento de la presente resolución.

(Séptima sesión plenaria, 20 de mayo de 2005 -  
Comisión A, primer informe)

## **WHA58.2 Control del paludismo**

La 58ª Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe sobre el paludismo;<sup>1</sup>

Preocupada porque el paludismo sigue causando más de un millón de defunciones prevenibles cada año, sobre todo en África entre los niños pequeños y otros grupos vulnerables, y por que la enfermedad sigue poniendo en peligro la vida de millones de personas en las Américas, Asia y el Pacífico;

Recordando que el periodo 2001-2010 ha sido declarado por la Asamblea General de las Naciones Unidas Decenio para lograr la regresión del paludismo en los países en desarrollo, en particular en África,<sup>2</sup> y que la lucha contra el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades se encuentra entre los objetivos de desarrollo acordados internacionalmente, incluidos los que figuran en la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas;

Recordando además la resolución 59/256 de la Asamblea General de las Naciones Unidas, titulada «2001-2010, Decenio para lograr la regresión del paludismo en los países en desarrollo, en particular en África»;

Consciente de que es necesario reducir la carga mundial de paludismo para poder reducir la mortalidad en la niñez en dos terceras partes para 2015, así como para contribuir a los otros objetivos de desarrollo acordados internacionalmente, incluidos los que figuran en la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, consistentes en mejorar la salud materna y erradicar la pobreza extrema;

Reconociendo que el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria ha comprometido el 31% de sus donaciones, lo que equivale a US\$ 921 millones, a lo largo de dos años, para proyectos de lucha contra el paludismo en 80 países,

---

<sup>1</sup> Documento A58/8.

<sup>2</sup> Resolución 55/284.

1. INSTA a los Estados Miembros:

- 1) a que establezcan políticas y planes operacionales nacionales para asegurarse de que al menos un 80% de la población expuesta al paludismo o afectada por esta enfermedad se beneficie de las principales intervenciones preventivas y curativas para 2010, de acuerdo con las recomendaciones técnicas de la OMS, a fin de conseguir que la carga de paludismo se reduzca en al menos un 50% para 2010 y en un 75% para 2015;
- 2) a que evalúen las necesidades de recursos humanos integrados en todos los niveles del sistema de salud, y den respuesta a esas necesidades, a fin de alcanzar las metas establecidas en la Declaración de Abuja sobre Hacer Retroceder el Paludismo en África y en los objetivos de desarrollo acordados internacionalmente que figuran en la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, y a que adopten las medidas necesarias para garantizar la contratación de personal sanitario y su formación y permanencia;
- 3) a que sigan mejorando su apoyo financiero y su asistencia para el desarrollo en relación con las actividades de lucha contra el paludismo a fin de lograr los objetivos y metas antes citados y fomenten y faciliten el desarrollo de nuevos instrumentos para aumentar la eficacia de la lucha contra el paludismo, en especial mediante la prestación de apoyo al Programa Especial UNICEF/PNUD/Banco Mundial/OMS de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales;
- 4) a que aseguren la sostenibilidad financiera y, en los países con paludismo endémico, asignen más recursos internos para combatir esta enfermedad y creen condiciones favorables para colaborar con el sector privado a fin de mejorar el acceso a servicios de calidad contra el paludismo;
- 5) a que pongan en marcha una rápida expansión de las actividades de prevención, aplicando para ello estrategias rápidas y costoeficaces, como la distribución gratuita o altamente subvencionada de material y medicamentos focalizada en los grupos vulnerables, con el objetivo de velar por que al menos un 60% de las embarazadas reciban tratamiento preventivo intermitente y al menos un 60% de las personas en riesgo usen mosquiteros tratados con insecticida allí donde éste sea el método de lucha antivectorial de elección;
- 6) a que apoyen las actividades de fumigación con insecticidas de acción residual, cuando esta intervención esté indicada en razón de las condiciones locales;
- 7) a que logren la participación comunitaria y la colaboración multisectorial en el control antivectorial y otras actividades de prevención;
- 8) a que desarrollen o fortalezcan la cooperación entre países para combatir la propagación del paludismo a través de las fronteras comunes y las rutas migratorias;
- 9) a que alienten la colaboración intersectorial, pública y privada, en todos los niveles, especialmente en materia de educación;
- 10) a que apoyen el acceso ampliado al tratamiento combinado basado en la artemisinina, incluidos el compromiso de nuevos fondos, el recurso a mecanismos innovadores para la financiación y la adquisición nacional del tratamiento combinado basado en la artemisinina y la extensión masiva de la producción de artemisinina para cubrir el aumento de las necesidades;
- 11) a que apoyen el desarrollo de nuevos medicamentos para prevenir y tratar el paludismo, destinados en especial a los niños y las mujeres embarazadas; de pruebas diagnósticas sensibles

y específicas; de vacunas eficaces, y de nuevos insecticidas y modalidades de dispensación para aumentar la eficacia y retrasar la aparición de resistencia, recurriendo para ello entre otras cosas a las alianzas mundiales existentes;

12) a que apoyen las actividades coordinadas encaminadas a mejorar los sistemas de vigilancia, seguimiento y evaluación a fin de controlar y notificar mejor las variaciones en la cobertura de las intervenciones recomendadas de Hacer Retroceder el Paludismo y las posteriores reducciones de la carga de paludismo;

2. PIDE al Director General:

1) que refuerce y amplíe las actividades de la Secretaría encaminadas a mejorar la capacidad nacional de los Estados Miembros y que coopere con éstos, en colaboración con los asociados de Hacer Retroceder el Paludismo, al objeto de garantizar un uso pleno y costoeficaz de los mayores recursos financieros destinados a alcanzar los objetivos y metas internacionales, en particular los objetivos de desarrollo acordados internacionalmente relacionados con el paludismo que figuran en la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas;

2) que colabore con los países afectados por el paludismo, con los asociados de Hacer Retroceder el Paludismo, y con los países exentos de paludismo donde exista un riesgo genuino de reemergencia, para garantizar que los países reciban todo el apoyo requerido para la vigilancia y evaluación necesarias, incluidos el desarrollo y la aplicación de sistemas apropiados de farmacovigilancia;

3) que colabore con los asociados de Hacer Retroceder el Paludismo, la industria y los organismos de desarrollo a fin de garantizar la disponibilidad de cantidades suficientes de mosquiteros tratados con insecticida y medicamentos antipalúdicos eficaces, especialmente los requeridos para los tratamientos combinados, por ejemplo estudiando la posibilidad de que la OMS realice adquisiciones a granel en nombre de los Estados Miembros que lo deseen, tomando nota de la necesidad de que se controlen estrictamente los sistemas de distribución de medicamentos antipalúdicos;

4) que asesore, sobre la base de pruebas científicas, a los Estados Miembros sobre el uso apropiado de la fumigación de interiores con insecticidas de acción residual, teniendo en cuenta las experiencias recientes en todo el mundo;

5) que refuerce la colaboración con los asociados de la industria y las universidades para desarrollar productos asequibles de alta calidad contra el paludismo, en particular pruebas diagnósticas rápidas y fáciles de usar que sean sensibles y específicas; una vacuna eficaz contra la enfermedad; antipalúdicos nuevos, eficaces y seguros, e insecticidas nuevos y respetuosos del medio ambiente y formas de administración que mejoren la eficacia y retrasen la aparición de resistencia;

6) que preste apoyo para la colaboración entre países encaminada a combatir el paludismo, en particular allí donde exista un riesgo de propagación a través de fronteras comunes;

7) que siga promoviendo la colaboración y las alianzas entre países que apoyan programas de lucha contra el paludismo con el fin de velar por que los fondos disponibles para combatir la enfermedad se utilicen de forma eficiente y eficaz.

(Octava sesión plenaria, 23 de mayo de 2005 -  
Comisión A, segundo informe)

### **WHA58.3      Revisión del Reglamento Sanitario Internacional**

La 58ª Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el proyecto de Reglamento Sanitario Internacional;<sup>1</sup>

Teniendo presentes los Artículos 2(*k*), 21(*a*) y 22 de la Constitución de la OMS;

Recordando la referencia que se hace a la necesidad de revisar y actualizar el Reglamento Sanitario Internacional en las resoluciones WHA48.7, sobre revisión y actualización del Reglamento Sanitario Internacional, WHA54.14, sobre seguridad sanitaria mundial: alerta y respuesta ante epidemias, WHA55.16, sobre respuesta mundial de salud pública a la aparición natural, la liberación accidental o el uso deliberado de agentes biológicos y químicos o de material radionuclear que afecten a la salud, WHA56.28, sobre revisión del Reglamento Sanitario Internacional, y WHA56.29, sobre el síndrome respiratorio agudo severo (SRAS), con miras a responder a la necesidad de velar por la salud pública mundial;

Acogiendo con beneplácito la resolución 58/3 de la Asamblea General de las Naciones Unidas, sobre el fortalecimiento de la creación de capacidad en el ámbito de la salud pública mundial, en la que se subraya la importancia del Reglamento Sanitario Internacional y se insta a asignar alta prioridad a su revisión;

Afirmando la permanente importancia de la función de la OMS en la alerta ante brotes epidémicos y la respuesta ante eventos de salud pública de ámbito mundial, de conformidad con su mandato;

Subrayando la continua importancia del Reglamento Sanitario Internacional como el instrumento neurálgico en la lucha mundial contra la propagación internacional de enfermedades;

Encomiando la conclusión satisfactoria de la labor del Grupo de Trabajo Intergubernamental sobre la Revisión del Reglamento Sanitario Internacional,

1. ADOPTA el Reglamento Sanitario Internacional revisado que acompaña a la presente resolución, que se denominará «Reglamento Sanitario Internacional (2005)»;
2. EXHORTA a los Estados Miembros y al Director General a que apliquen plenamente el Reglamento Sanitario Internacional (2005), de conformidad con la finalidad y el alcance expuestos en el artículo 2 y con los principios consagrados en el artículo 3;
3. DECIDE, a los efectos del párrafo 1 del artículo 54 del Reglamento Sanitario Internacional (2005), que los Estados Partes y el Director General presenten su primer informe a la 61ª Asamblea Mundial de la Salud, y que en esa ocasión la Asamblea de la Salud estudie el calendario para la presentación de esos informes en el futuro y lleve a cabo el primer examen del funcionamiento del Reglamento de conformidad con el párrafo 2 del artículo 54;
4. DECIDE ASIMISMO que, a los efectos del párrafo 1 del artículo 14 del Reglamento Sanitario Internacional (2005), las otras organizaciones intergubernamentales u órganos internacionales competentes con los que se prevé que la OMS coopere y coordine sus actividades, según proceda, comprenderán los siguientes: las Naciones Unidas, la Organización Internacional del Trabajo, la Organización

---

<sup>1</sup> Véase el documento A58/4.

de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación, el Organismo Internacional de Energía Atómica, la Organización de Aviación Civil Internacional, la Organización Marítima Internacional, el Comité Internacional de la Cruz Roja, la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, la Asociación de Transporte Aéreo Internacional, la Federación Naviera Internacional, y el *Office international des Epizooties*;

5. INSTA a los Estados Miembros:

- 1) a que creen, refuercen y mantengan las capacidades prescritas en el Reglamento Sanitario Internacional (2005), y movilicen los recursos necesarios a tal efecto;
- 2) a que colaboren activamente entre sí y con la OMS de conformidad con las disposiciones pertinentes del Reglamento Sanitario Internacional (2005), a fin de velar por su aplicación efectiva;
- 3) a que presten a los países en desarrollo y los países con economías en transición el apoyo que éstos soliciten para crear, fortalecer y mantener las capacidades de salud pública prescritas en el Reglamento Sanitario Internacional (2005);
- 4) a que, en tanto no entre en vigor el Reglamento Sanitario Internacional (2005), adopten todas las medidas apropiadas para promover su finalidad y en última instancia su aplicación, incluido el establecimiento de las capacidades de salud pública y las disposiciones jurídicas y administrativas necesarias y, en particular, inicien el proceso de introducción del uso del instrumento de decisión que figura en el anexo 2;

6. PIDE al Director General:

- 1) que notifique con prontitud la adopción del Reglamento Sanitario Internacional (2005), de conformidad con el párrafo 1 de su artículo 65;
- 2) que informe de la adopción del Reglamento Sanitario Internacional (2005) a otras organizaciones intergubernamentales u órganos internacionales competentes y, cuando proceda, coopere con ellos en la actualización de sus normas y patrones, y coordine con ellos las actividades que la OMS lleve a cabo en virtud del Reglamento Sanitario Internacional (2005), a fin de velar por la aplicación de medidas adecuadas para proteger la salud pública y reforzar la respuesta mundial a la propagación internacional de enfermedades;
- 3) que remita a la Organización de Aviación Civil Internacional (OACI) las modificaciones que se recomienda introducir en la Parte Sanitaria de la Declaración General de Aeronave<sup>1</sup> y, cuando la OACI haya revisado la Declaración General de Aeronave, informe a la Asamblea de la Salud y sustituya el texto del anexo 9 del Reglamento Sanitario Internacional (2005) por la Parte Sanitaria de la Declaración General de Aeronave revisada por la OACI;
- 4) que cree y refuerce las capacidades de la OMS para desempeñar plena y efectivamente las funciones que se le encomiendan en el Reglamento Sanitario Internacional (2005), en particular mediante operaciones sanitarias estratégicas para prestar apoyo a los países en la detección y evaluación de emergencias de salud pública y la adopción de las correspondientes medidas de respuesta;

---

<sup>1</sup> Documento A58/41 Add.2.

- 5) que colabore con los Estados Partes en el Reglamento Sanitario Internacional (2005), según proceda, incluso mediante la prestación o facilitación de cooperación técnica y apoyo logístico;
- 6) que, en la medida de lo posible, colabore con los Estados Partes en la movilización de recursos financieros para prestar apoyo a los países en desarrollo con miras a crear, fortalecer y mantener las capacidades prescritas en el Reglamento Sanitario Internacional (2005);
- 7) que, en consulta con los Estados Miembros, elabore directrices para la aplicación de las medidas sanitarias en los pasos fronterizos terrestres de conformidad con el artículo 29 del Reglamento Sanitario Internacional (2005);
- 8) que establezca el Comité de Examen del Reglamento Sanitario Internacional (2005) de conformidad con el artículo 50 del Reglamento;
- 9) que adopte de inmediato medidas encaminadas a preparar directrices para la aplicación y evaluación del instrumento de decisión incluido en el Reglamento Sanitario Internacional (2005), en particular la elaboración de un procedimiento para el examen de su funcionamiento, que se someterá a la consideración de la Asamblea de la Salud con arreglo al párrafo 3 del artículo 54 del Reglamento;
- 10) que adopte medidas para establecer una Lista de Expertos del Reglamento Sanitario Internacional e invite a que se presenten propuestas para la inclusión de expertos en ella, con arreglo al artículo 47 del Reglamento Sanitario Internacional (2005).

## REGLAMENTO SANITARIO INTERNACIONAL (2005)

### TÍTULO I - DEFINICIONES, FINALIDAD Y ALCANCE, PRINCIPIOS, Y AUTORIDADES RESPONSABLES

#### *Artículo 1 Definiciones*

1. En la aplicación del presente Reglamento Sanitario Internacional (en adelante el «RSI» o el «Reglamento»):

«aeronave» significa una aeronave que efectúa un viaje internacional;

«aeropuerto» significa todo aeropuerto al que llegan o del que salen vuelos internacionales;

«afectado» significa personas, equipajes, cargas, contenedores, medios de transporte, mercancías, paquetes postales o restos humanos que están infectados o contaminados, o que son portadores de fuentes de infección o contaminación, de modo tal que constituyen un riesgo para la salud pública;

«aislamiento» significa la separación de los demás de personas enfermas o contaminadas o de equipajes, contenedores, medios de transporte, mercancías, paquetes postales afectados, con objeto de prevenir la propagación de una infección y/o contaminación;

«autoridad competente» significa una autoridad responsable de la puesta en práctica y la aplicación de medidas sanitarias con arreglo al presente Reglamento;

«carga» significa mercancías trasladadas en un medio de transporte o en un contenedor;

«Centro Nacional de Enlace para el RSI» significa el centro nacional, designado por cada Estado Parte, con el que se podrá establecer contacto en todo momento para recibir las comunicaciones de los Puntos de Contacto de la OMS para el RSI previstos en el Reglamento;

«contaminación» significa la presencia de cualquier agente o material infeccioso o tóxico en la superficie corporal de una persona o animal, en un producto preparado para el consumo o en otros objetos inanimados, incluidos los medios de transporte, que puede constituir un riesgo para la salud pública;

«contenedor» significa un embalaje para transporte:

- a) de material duradero y, por tanto, de resistencia suficiente para permitir su empleo repetido;
- b) especialmente diseñado para facilitar el transporte de mercancías en uno o varios tipos de vehículo, sin necesidad de operaciones intermedias de embalado y desembalado;
- c) con dispositivos que facilitan su manejo, particularmente durante el trasbordo de un vehículo a otro; y
- d) especialmente diseñado para que resulte fácil llenarlo y vaciarlo;

«cuarentena» significa la restricción de las actividades y/o la separación de los demás de personas que no están enfermas, pero respecto de las cuales se tienen sospechas, o de equipajes, contenedores, medios de transporte o mercancías sospechosos, de forma tal que se prevenga la posible propagación de la infección o contaminación;

«datos personales» significa cualquier información relativa a una persona física identificada o identificable;

«descontaminación» significa el procedimiento mediante el cual se adoptan medidas sanitarias para eliminar cualquier agente o material infeccioso o tóxico presentes en la superficie corporal de una persona o animal, en un producto preparado para el consumo o en otros objetos inanimados, incluidos los medios de transporte, que pueda constituir un riesgo para la salud pública;

«desinfección» significa el procedimiento mediante el cual se adoptan medidas sanitarias para controlar o eliminar agentes infecciosos presentes en la superficie de un cuerpo humano o animal o en equipajes, cargas, contenedores, medios de transporte, mercancías o paquetes postales mediante su exposición directa a agentes químicos o físicos;

«desinsectación» significa el procedimiento mediante el cual se adoptan medidas sanitarias para controlar o eliminar insectos vectores de enfermedades humanas en equipajes, cargas, contenedores, medios de transporte, mercancías o paquetes postales;

«desratización» significa el procedimiento mediante el cual se adoptan medidas sanitarias para controlar o matar los roedores vectores de enfermedades humanas presentes en los equipajes, cargas, contenedores, medios de transporte, instalaciones, mercancías o paquetes postales en el punto de entrada;

«Director General» significa el Director General de la Organización Mundial de la Salud;

«embarcación» significa la embarcación de navegación marítima o interior que efectúa un viaje internacional;

«emergencia de salud pública de importancia internacional» significa un evento extraordinario que, de conformidad con el presente Reglamento, se ha determinado que:

- i) constituye un riesgo para la salud pública de otros Estados a causa de la propagación internacional de una enfermedad, y
- ii) podría exigir una respuesta internacional coordinada;

«enfermedad» significa toda dolencia o afección médica, cualquiera sea su origen o procedencia, que entrañe o pueda entrañar un daño importante para el ser humano;

«equipaje» significa los efectos personales de un viajero;

«evento» significa la manifestación de una enfermedad o un suceso potencialmente patógeno;

«examen médico» significa la evaluación preliminar de una persona por un agente de salud autorizado u otra persona bajo la supervisión directa de la autoridad competente para determinar el estado de salud de la persona y el riesgo de salud pública que podría entrañar para otras, y puede incluir el examen de los documentos sanitarios y un examen físico si así lo justifican las circunstancias del caso;

«infección» significa la entrada y desarrollo o multiplicación de un agente infeccioso en el cuerpo de una persona o animal que puede constituir un riesgo para la salud pública;



«inspección» significa el examen por la autoridad competente, o bajo su supervisión, de zonas, equipajes, contenedores, medios de transporte, instalaciones, mercancías o paquetes postales, incluidos los datos y la documentación pertinentes, para determinar si existe un riesgo para la salud pública;

«intrusivo» significa que posiblemente molesta porque entraña un contacto o una pregunta de carácter íntimo;

«invasivo» significa que conlleva una punción o incisión en la piel o la inserción de un instrumento o material extraño en el cuerpo o el examen de una cavidad corporal. A los efectos del presente Reglamento, el examen médico de los oídos, la nariz o la boca, la toma de temperatura con termómetro de oído, boca o piel o con equipo óptico térmico; el reconocimiento médico; la auscultación; la palpación externa; la retinoscopia; la obtención externa de muestras de orina, heces o saliva; la medición externa de la presión arterial; y la electrocardiografía se considerarán no invasivos;

«libre plática» significa la autorización, en el caso de una embarcación, para entrar en un puerto, embarcar o desembarcar, descargar o cargar suministros o carga; en el caso de una aeronave, después del aterrizaje, la autorización para embarcar o desembarcar, descargar o cargar suministros o carga; y en el caso de un vehículo de transporte terrestre, después de su llegada, la autorización para embarcar o desembarcar, descargar o cargar suministros o carga;

«llegada» de un medio de transporte significa:

- a) en el caso de una embarcación de navegación marítima, la llegada a un puerto o el anclaje en la zona de un puerto reservada para ello;
- b) en el caso de una aeronave, la llegada a un aeropuerto;
- c) en el caso de una embarcación de navegación interior que efectúa un viaje internacional, la llegada a un punto de entrada;
- d) en el caso de un tren o vehículo de carretera, la llegada a un punto de entrada;

«medida sanitaria» significa todo procedimiento aplicado para prevenir la propagación de enfermedades o contaminación; una medida sanitaria no comprende medidas de policía ni de seguridad del Estado;

«medio de transporte» significa cualquier aeronave, embarcación, tren, vehículo de carretera u otro que efectúa un viaje internacional;

«mercancías» significa los productos tangibles, incluso animales y plantas, transportados en un viaje internacional, incluidos los destinados al uso a bordo de un medio de transporte;

«observación de salud pública» significa la vigilancia del estado de salud de un viajero a lo largo del tiempo con el fin de determinar el riesgo de transmisión de enfermedades;

«operador de medios de transporte» significa la persona física o jurídica a cargo de un medio de transporte o su agente;

«Organización» u «OMS» significa la Organización Mundial de la Salud;

«paquete postal» significa todo objeto o paquete con dirección de destino, transportado internacionalmente por servicio de correos o de mensajería;

«paso fronterizo terrestre» significa un punto de entrada terrestre a un Estado Parte, inclusive los utilizados por vehículos de carretera y trenes;

«persona enferma» significa persona que sufre o está afectada por una dolencia física que puede suponer un riesgo para la salud pública;

«principios científicos» significa las leyes y hechos fundamentales aceptados de la naturaleza conocidos por medio de los métodos de la ciencia;

«pruebas científicas» significa la información que ofrece pruebas basadas en los métodos establecidos y aceptados de la ciencia;

«puerto» significa un puerto marítimo o un puerto situado en una masa de agua interior al que llegan o del que salen embarcaciones que efectúan un viaje internacional;

«Punto de Contacto de la OMS para el RSI» significa la unidad de la OMS con la que se podrá establecer contacto en cualquier momento para la comunicación con los Centros Nacionales de Enlace para el RSI;

«punto de entrada» significa un paso para la entrada o salida internacionales de viajeros, equipajes, cargas, contenedores, medios de transporte, mercancías y paquetes postales, así como los organismos y áreas que presten servicios para dicha entrada o salida;

«recomendación» y «recomendado» hacen referencia a las recomendaciones temporales o permanentes formuladas con arreglo al presente Reglamento;

«recomendación permanente» significa la opinión no vinculante con respecto a determinados riesgos continuos para la salud pública que emite la OMS conforme al artículo 16 sobre las medidas sanitarias apropiadas, de aplicación ordinaria o periódica, que es preciso adoptar a fin de prevenir o reducir la propagación internacional de una enfermedad con un mínimo de trabas para el tráfico internacional;

«recomendación temporal» significa la opinión no vinculante que emite la OMS conforme al artículo 15 con respecto a las medidas sanitarias apropiadas que es preciso aplicar, de forma temporal y según cada riesgo concreto, en respuesta a una emergencia de salud pública de importancia internacional, de manera que permita prevenir o reducir la propagación internacional de una enfermedad con un mínimo de trabas para el tráfico internacional;

«reservorio» significa cualquier animal, planta o sustancia en la que vive normalmente un agente infeccioso y cuya presencia puede constituir un riesgo para la salud pública;

«residencia permanente» significa lo que establezca al respecto la legislación nacional del Estado Parte de que se trate;

«residencia temporal» significa lo que establezca al respecto la legislación nacional del Estado Parte de que se trate;

«riesgo para la salud pública» significa la probabilidad de que se produzca un evento que puede afectar adversamente a la salud de las poblaciones humanas, considerando en particular la posibilidad de que se propague internacionalmente o pueda suponer un peligro grave y directo;

«salida» significa, para personas, equipajes, cargas, medios de transporte o mercancías, el acto de abandonar un territorio;

«sospechoso» hace referencia a toda persona, equipaje, carga, contenedor, medio de transporte, mercancía o paquete postal que un Estado Parte considere que haya estado o podría haber estado expuesto a un riesgo para la salud pública y sea una posible fuente de propagación adicional de enfermedades;

«tráfico internacional» significa el movimiento de viajeros, equipajes, cargas, contenedores, medios de transporte, mercancías o paquetes postales a través de una frontera internacional, con inclusión del comercio internacional;

«tripulación» significa las personas a bordo de un medio de transporte que no son pasajeros;

«vector» significa todo insecto u otro animal que normalmente sea portador de un agente infeccioso que constituya un riesgo para la salud pública;

«vehículo de carretera» significa vehículo de transporte terrestre distinto del ferrocarril;

«vehículo de transporte terrestre» significa cualquier medio motorizado para el transporte terrestre que efectúa un viaje internacional, incluidos los trenes, autocares, camiones y automóviles;

«verificación» significa el suministro de información por un Estado Parte a la OMS en la que se confirma la situación de un evento en el territorio o territorios de ese Estado Parte;

«viaje internacional» significa:

a) tratándose de un medio de transporte, un viaje entre puntos de entrada situados en los territorios de Estados distintos o un viaje entre puntos de entrada situados en el territorio o los territorios de un mismo Estado, si el medio de transporte entra en contacto durante el viaje con el territorio de cualquier otro Estado, pero sólo en lo referente a esos contactos;

b) en el caso de un viajero, un viaje que comprende la entrada en el territorio de un Estado distinto del Estado en que este viajero ha empezado el viaje;

«viajero» significa toda persona física que realiza un viaje internacional;

«vigilancia» significa la compilación, comparación y análisis de datos de forma sistemática y continua para fines relacionados con la salud pública, y la difusión oportuna, para su evaluación y para dar la respuesta de salud pública que sea procedente;

«zona afectada» significa un lugar geográfico respecto del cual la OMS ha recomendado específicamente medidas sanitarias de conformidad con el presente Reglamento;

«zona de carga de contenedores» significa un lugar o instalación destinado a los contenedores utilizados en el tráfico internacional.

2. A menos que se especifique otra cosa, o el contexto así lo determine, en toda referencia al presente Reglamento quedan incluidos asimismo sus anexos.

### *Artículo 2 Finalidad y alcance*

La finalidad y el alcance de este Reglamento son prevenir la propagación internacional de enfermedades, proteger contra esa propagación, controlarla y darle una respuesta de salud pública proporcionada y restringida a los riesgos para la salud pública y evitando al mismo tiempo las interferencias innecesarias con el tráfico y el comercio internacionales.

### *Artículo 3 Principios*

1. La aplicación del presente Reglamento se hará con respeto pleno de la dignidad, los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas.
2. La aplicación del presente Reglamento se inspirará en la Carta de las Naciones Unidas y la Constitución de la Organización Mundial de la Salud.
3. La aplicación del presente Reglamento se inspirará en la meta de su aplicación universal para la protección de todos los pueblos del mundo frente a la propagación internacional de enfermedades.
4. De conformidad con la Carta de las Naciones Unidas y los principios del derecho internacional, los Estados tienen el derecho soberano de legislar y aplicar leyes en cumplimiento de sus políticas de salud. Al hacerlo, respetarán la finalidad del presente Reglamento.

### *Artículo 4 Autoridades responsables*

1. Cada Estado Parte designará o establecerá un Centro Nacional de Enlace para el RSI y a las autoridades responsables, dentro de su respectiva jurisdicción, de la aplicación de medidas sanitarias de conformidad con el presente Reglamento.
2. Los Centros Nacionales de Enlace para el RSI deberán poder recibir en todo momento las comunicaciones de los Puntos de Contacto de la OMS para el RSI a que hace referencia el párrafo 3 de este artículo. Las funciones de los Centros Nacionales de Enlace para el RSI incluirán:
  - a) enviar a los Puntos de Contacto de la OMS para el RSI, en nombre del Estado Parte de que se trate, comunicaciones urgentes relativas a la aplicación del presente Reglamento, en particular las previstas en los artículos 6 a 12; y
  - b) difundir información a las unidades pertinentes de la administración del Estado Parte de que se trate, incluidas las responsables de la vigilancia y la presentación de informes, los puntos de entrada, los servicios de salud pública, los dispensarios y hospitales y otros departamentos del gobierno, y recibir información de ellas.
3. La OMS designará Puntos de Contacto para el RSI, que deberán poder comunicarse en todo momento con los Centros Nacionales de Enlace para el RSI. Los Puntos de Contacto de la OMS para el RSI enviarán las comunicaciones urgentes relativas a la aplicación del presente Reglamento, en particular las previstas en los artículos 6 a 12, a los Centros Nacionales de Enlace para el RSI de los Estados Partes de que se trate. Los Puntos de Contacto de la OMS para el RSI podrán ser designados por la OMS en la Sede o en el plano regional de la Organización.

4. Los Estados Partes facilitarán a la OMS información detallada sobre la forma de enlazar con sus Centros Nacionales de Enlace para el RSI y la OMS proporcionará a los Estados Partes información detallada sobre la forma de enlazar con los Puntos de Contacto de la OMS para el RSI. Esta información será actualizada de forma continua y confirmada anualmente. La OMS pondrá a disposición de todos los Estados Partes la información detallada sobre las señas de contacto de los Centros Nacionales de Enlace para el RSI que reciba en cumplimiento del presente artículo.

## **TÍTULO II - INFORMACIÓN Y RESPUESTA DE SALUD PÚBLICA**

### *Artículo 5 Vigilancia*

1. Cada Estado Parte desarrollará, reforzará y mantendrá, lo antes posible, pero a más tardar cinco años después de la fecha de entrada en vigor del presente Reglamento para ese Estado Parte, la capacidad de detectar, evaluar y notificar eventos de conformidad con el presente Reglamento, y presentar informes sobre ellos, según lo previsto en el anexo 1.

2. Después de la evaluación a que se hace referencia en el párrafo 2 de la parte A del anexo 1, un Estado Parte podrá presentar a la OMS información basada en una necesidad justificada y un plan de aplicación, y obtener así dos años de prórroga para cumplir con las obligaciones establecidas en el párrafo 1 del presente artículo. En circunstancias excepcionales y respaldado por un nuevo plan de aplicación, el Estado Parte podrá solicitar al Director General una nueva prórroga de no más de dos años; este último decidirá al respecto teniendo en cuenta el asesoramiento técnico del Comité establecido de conformidad con el artículo 50 (en adelante denominado «Comité de Examen»). Después del periodo mencionado en el párrafo 1 del presente artículo, el Estado Parte que haya obtenido una prórroga informará anualmente a la OMS sobre los progresos realizados hacia la aplicación plena.

3. La OMS proporcionará asistencia a los Estados Partes, a petición, en el desarrollo, el reforzamiento y el mantenimiento de las capacidades a que hace referencia el párrafo 1 del presente artículo.

4. La OMS recopilará información sobre eventos a través de sus actividades de vigilancia y evaluará su potencial de provocar una propagación internacional de enfermedades y su posible interferencia con el tráfico internacional. La información que la OMS reciba en virtud de este párrafo se manejará de conformidad con lo dispuesto en los artículos 11 y 45 cuando proceda.

### *Artículo 6 Notificación*

1. Cada Estado Parte evaluará los eventos que se produzcan en su territorio valiéndose del instrumento de decisión a que hace referencia el anexo 2. Cada Estado Parte notificará a la OMS por el medio de comunicación más eficiente de que disponga, a través del Centro Nacional de Enlace para el RSI, y antes de que transcurran 24 horas desde que se haya evaluado la información concerniente a la salud pública, todos los eventos que ocurran en su territorio y que puedan constituir una emergencia de salud pública de importancia internacional de conformidad con el instrumento de decisión, así como toda medida sanitaria aplicada en respuesta a esos eventos. Si la notificación recibida por la OMS comprende algo que sea de la competencia del Organismo Internacional de Energía Atómica (OIEA), la OMS notificará inmediatamente al OIEA.

2. Una vez cursada la notificación, el Estado Parte seguirá comunicando a la OMS información oportuna, exacta y suficientemente detallada sobre la salud pública de que disponga relativa al evento notificado, con inclusión, en lo posible, de definiciones de los casos, resultados de laboratorio, origen y tipo del riesgo, número de casos y defunciones, condiciones que influyen en la propagación de la enfermedad y las medidas sanitarias aplicadas; y notificará, cuando sea necesario, las dificultades sur-

gidas y el apoyo necesario en la respuesta a la posible emergencia de salud pública de importancia internacional.

#### *Artículo 7 Notificación de información durante eventos imprevistos o inusuales*

Si un Estado Parte tiene pruebas de que se ha producido un evento imprevisto o inusual, cualquiera que sea su origen o procedencia, que podría constituir una emergencia de salud pública de importancia internacional, facilitará a la Organización Mundial de la Salud toda la información concerniente a la salud pública. En esos casos, se aplicarán en su totalidad las disposiciones previstas en el artículo 6.

#### *Artículo 8 Consultas*

En caso de eventos que ocurran en su territorio y que no exijan la notificación prescrita en el artículo 6, en particular aquellos sobre los que no se disponga de información suficiente para cumplir el instrumento de decisión, los Estados Partes podrán, no obstante, mantener a la OMS al corriente de la situación por conducto de los Centros Nacionales de Enlace para el RSI, y consultar a la Organización sobre las medidas de salud apropiadas. Las comunicaciones de este tipo se tratarán conforme a lo dispuesto en los párrafos 2 a 4 del artículo 11. El Estado Parte en cuyo territorio ocurra el evento podrá pedir a la OMS que le preste asistencia para verificar cualquier dato epidemiológico que haya podido obtener.

#### *Artículo 9 Otros informes*

1. La OMS podrá tomar en cuenta los informes procedentes de fuentes distintas de las notificaciones o consultas y evaluará esos informes con arreglo a los principios epidemiológicos establecidos; seguidamente comunicará información sobre el evento al Estado Parte en cuyo territorio presuntamente esté ocurriendo dicho evento. Antes de adoptar medida alguna sobre la base de esos informes, la OMS consultará al Estado Parte en cuyo territorio esté produciéndose presuntamente el evento y procurará obtener de ese Estado Parte la verificación del evento de conformidad con el procedimiento establecido en el artículo 10. Para ello, la OMS pondrá a disposición de los Estados Partes la información recibida, y sólo en caso de que esté debidamente justificado podrá la OMS mantener la confidencialidad de la fuente. Esa información se utilizará de conformidad con el procedimiento establecido en el artículo 11.

2. Los Estados Partes informarán a la OMS, en la medida de lo posible, antes de que transcurran 24 horas desde que hayan tenido conocimiento de ellas, de las pruebas de que se haya producido fuera de su territorio un riesgo para la salud pública que podría causar la propagación internacional de una enfermedad, puesta de manifiesto por la exportación o importación de:

- a) casos humanos;
- b) vectores portadores de infección o contaminación; o
- c) mercancías contaminadas.

#### *Artículo 10 Verificación*

1. De conformidad con el artículo 9, la OMS solicitará a un Estado Parte que verifique los informes procedentes de fuentes distintas de las notificaciones o consultas sobre eventos que puedan constituir una emergencia de salud pública de importancia internacional que presuntamente se estén produ-

ciendo en el territorio de ese Estado. En esos casos, la OMS informará al Estado Parte interesado sobre los informes de los que solicita verificación.

2. De conformidad con el párrafo anterior y con el artículo 9, a petición de la OMS, cada Estado Parte verificará y proporcionará lo siguiente:

- a) en un plazo de 24 horas, una respuesta inicial a la petición de la OMS o un acuse de recibo de la misma;
- b) dentro de un plazo de 24 horas, la información de salud pública de que disponga sobre la situación de los eventos a los que se refiera la petición de la OMS; y
- c) información a la OMS en el contexto de una evaluación realizada al amparo del artículo 6, inclusive la información pertinente descrita en ese artículo.

3. Cuando la OMS reciba información sobre un evento que puede constituir una emergencia de salud pública de importancia internacional, ofrecerá su colaboración al Estado Parte de que se trate para evaluar la posibilidad de propagación internacional de la enfermedad, las posibles trabas para el tráfico internacional y la idoneidad de las medidas de control. Esas actividades podrán incluir la colaboración con otras organizaciones normativas y la oferta de movilizar asistencia internacional con el fin de prestar apoyo a las autoridades nacionales para realizar evaluaciones *in situ* y coordinarlas. A petición del Estado Parte, la OMS proporcionará información en apoyo de esa oferta.

4. Si el Estado Parte no acepta la oferta de colaboración, cuando lo justifique la magnitud del riesgo para la salud pública, la OMS podrá transmitir a otros Estados Partes la información de que disponga, alentando al mismo tiempo al Estado Parte a aceptar la oferta de colaboración de la OMS y teniendo en cuenta el parecer del Estado Parte de que se trata.

#### *Artículo 11 Aportación de información por la OMS*

1. A reserva de lo dispuesto en el párrafo 2 del presente artículo, la OMS enviará a todos los Estados Partes y, según proceda, a las organizaciones internacionales pertinentes, tan pronto como sea posible y por el medio más eficaz de que disponga, de forma confidencial, la información concerniente a la salud pública que haya recibido en virtud de los artículos 5 a 10 inclusive y sea necesaria para que los Estados Partes puedan responder a un riesgo para la salud pública. La OMS comunicará la información a otros Estados Partes que puedan prestarles ayuda para prevenir la ocurrencia de incidentes similares.

2. La OMS utilizará la información que reciba en virtud de los artículos 6 y 8, y del párrafo 2 del artículo 9, para los fines de verificación, evaluación y asistencia previstos en el presente Reglamento y, salvo acuerdo en contrario con los Estados a que se hace referencia en esas disposiciones, no pondrá esa información a disposición general de los demás Estados Partes mientras:

- a) no se haya determinado que el evento constituye una emergencia de salud pública de importancia internacional de conformidad con el artículo 12; o
- b) la OMS no haya confirmado la información que demuestre la propagación internacional de la infección o contaminación de conformidad con principios epidemiológicos aceptados; o

- c) no haya pruebas de que:
  - i) es improbable que las medidas de control adoptadas para impedir la propagación internacional tengan éxito debido al carácter de la contaminación, el agente de la enfermedad, el vector o el reservorio; o
  - ii) el Estado Parte carezca de capacidad operativa suficiente para aplicar las medidas necesarias para impedir la propagación ulterior de la enfermedad; o
- d) el carácter y el alcance del movimiento internacional de viajeros, equipajes, cargas, contenedores, medios de transporte, mercancías o paquetes postales que pueden estar afectados por la infección o contaminación no exija la aplicación inmediata de medidas internacionales de control.

3. La OMS mantendrá consultas con el Estado Parte en cuyo territorio se produce el evento acerca de su intención de difundir esa información de conformidad con las disposiciones del presente artículo.

4. Cuando se ponga a disposición de los Estados Partes, de conformidad con el presente Reglamento, la información recibida por la OMS en virtud del párrafo 2 del presente artículo, la Organización podrá también ponerla a disposición del público si ya se ha difundido públicamente otra información sobre el mismo evento y es necesario difundir información autorizada e independiente.

*Artículo 12 Determinación de una emergencia de salud pública  
de importancia internacional*

1. El Director General determinará, sobre la base de la información que reciba, y en particular la que reciba del Estado Parte en cuyo territorio se esté produciendo un evento, si el evento constituye una emergencia de salud pública de importancia internacional de conformidad con los criterios y el procedimiento previstos en el presente Reglamento.

2. Si el Director General considera, sobre la base de la evaluación que se lleve a cabo en virtud del presente Reglamento, que se está produciendo una emergencia de salud pública de importancia internacional, mantendrá consultas con el Estado Parte en cuyo territorio se haya manifestado el evento acerca de su determinación preliminar. Si el Director General y el Estado Parte están de acuerdo sobre esta determinación, el Director General, de conformidad con el procedimiento previsto en el artículo 49, solicitará la opinión del comité que se establezca en aplicación del artículo 48 (en adelante el «Comité de Emergencias») sobre las recomendaciones temporales apropiadas.

3. Si después de las consultas mantenidas según lo previsto en el párrafo 2 del presente artículo el Director General y el Estado Parte en cuyo territorio se haya manifestado el evento no llegan a un consenso en un plazo de 48 horas sobre si dicho evento constituye una emergencia de salud pública de importancia internacional, se tomará una determinación de conformidad con el procedimiento establecido en el artículo 49.

4. Para determinar si un evento constituye una emergencia de salud pública de importancia internacional, el Director General considerará:

- a) la información proporcionada por el Estado Parte;
- b) el instrumento de decisión a que hace referencia el anexo 2;
- c) la opinión del Comité de Emergencias;



- d) los principios científicos así como las pruebas científicas disponibles y otras informaciones pertinentes; y
  - e) una evaluación del riesgo para la salud humana, del riesgo de propagación internacional de la enfermedad y del riesgo de trabas para el tráfico internacional.
5. Si el Director General, después de mantener consultas con el Estado Parte en cuyo territorio ha ocurrido el evento de salud pública de importancia internacional, considera que una emergencia de salud pública de importancia internacional ha concluido, adoptará una decisión de conformidad con el procedimiento establecido en el artículo 49.

### *Artículo 13 Respuesta de salud pública*

1. Cada Estado Parte desarrollará, reforzará y mantendrá, lo antes posible, pero a más tardar cinco años después de la fecha de entrada en vigor del presente Reglamento para ese Estado Parte, la capacidad necesaria para responder con prontitud y eficacia a los riesgos para la salud pública y las emergencias de salud pública de importancia internacional según lo previsto en el anexo 1. En consulta con los Estados Miembros, la OMS publicará directrices para prestar apoyo a los Estados Partes en el desarrollo de la capacidad de respuesta de salud pública.
2. Después de la evaluación a que se hace referencia en el párrafo 2 de la parte A del anexo 1, un Estado Parte podrá presentar a la OMS información basada en una necesidad justificada y un plan de aplicación y obtener así dos años de prórroga para cumplir con las obligaciones establecidas en el párrafo 1 del presente artículo. En circunstancias excepcionales y respaldado por un nuevo plan de aplicación, el Estado Parte podrá solicitar al Director General una nueva prórroga de no más de dos años; este último decidirá al respecto teniendo en cuenta el asesoramiento técnico del Comité de Examen. Después del periodo mencionado en el párrafo 1 del presente artículo, el Estado Parte que haya obtenido una prórroga informará anualmente a la OMS sobre los progresos realizados hacia la aplicación plena.
3. A petición de un Estado Parte, la OMS colaborará en la respuesta a los riesgos para la salud pública y otros eventos proporcionando orientación y asistencia técnica y evaluando la eficacia de las medidas de control adoptadas, incluida la movilización de equipos de expertos internacionales para que presten asistencia *in situ*, si procede.
4. Si la OMS, en consulta con los Estados Partes afectados, según lo previsto en el artículo 10 determina que se está produciendo una emergencia de salud pública de importancia internacional, podrá ofrecer, además del apoyo indicado en el párrafo 2 del presente artículo, otros tipos de asistencia al Estado Parte, incluida una evaluación de la gravedad del riesgo internacional y la idoneidad de las medidas de control. Esta colaboración podrá incluir la oferta de movilizar asistencia internacional con el fin de prestar apoyo a las autoridades nacionales para realizar y coordinar las evaluaciones *in situ*. A petición del Estado Parte, la OMS proporcionará información en apoyo de esa oferta.
5. Cuando la OMS lo solicite, los Estados Partes deben facilitar apoyo, en la medida de lo posible, a las actividades de respuesta coordinadas por la OMS.
6. Cuando se lo soliciten, la OMS ofrecerá a otros Estados Partes afectados o amenazados por la emergencia de salud pública de importancia internacional la orientación y la asistencia apropiadas.

*Artículo 14 Cooperación de la OMS con organizaciones intergubernamentales y órganos internacionales*

1. La OMS cooperará y coordinará sus actividades con otras organizaciones intergubernamentales u órganos internacionales competentes, según proceda, en la aplicación del presente Reglamento, inclusive a través de la conclusión de acuerdos u otras disposiciones similares.
2. En caso de que la notificación o verificación de un evento, o la respuesta al mismo, pertenezcan principalmente al ámbito de competencia de otras organizaciones intergubernamentales u órganos internacionales, la OMS coordinará sus actividades con tales organizaciones u órganos para asegurar la aplicación de medidas adecuadas para la protección de la salud pública.
3. A pesar de lo antedicho, ninguna disposición del presente Reglamento impedirá o limitará la prestación por la OMS de asesoramiento, apoyo o asistencia técnica o de otro tipo para fines relacionados con la salud pública.

**TÍTULO III - RECOMENDACIONES**

*Artículo 15 Recomendaciones temporales*

1. Si se ha determinado de conformidad con el artículo 12 que se está produciendo una emergencia de salud pública de importancia internacional, el Director General formulará recomendaciones temporales de conformidad con el procedimiento establecido en el artículo 49. Esas recomendaciones temporales podrán ser modificadas o prorrogadas, según proceda, incluso una vez que se haya determinado que la emergencia de salud pública de importancia internacional ha concluido, en cuyo momento se podrán formular otras recomendaciones temporales, si es necesario, con objeto de evitar que vuelva a ocurrir o de detectar inmediatamente su reaparición.
2. Las recomendaciones temporales podrán incluir las medidas sanitarias que habrá de aplicar el Estado Parte en que ocurra esa emergencia de salud pública de importancia internacional, u otros Estados Partes, a las personas, equipajes, cargas, contenedores, medios de transporte, mercancías, y/o paquetes postales a fin de prevenir o reducir la propagación internacional de una enfermedad con un mínimo de trabas para el tráfico internacional.
3. Las recomendaciones temporales se podrán anular en cualquier momento de conformidad con el procedimiento establecido en el artículo 49, y expirarán automáticamente tres meses después de su formulación. Se podrán modificar o prorrogar por periodos adicionales de un máximo de tres meses. Las recomendaciones temporales no se podrán mantener después de la segunda Asamblea Mundial de la Salud celebrada tras la determinación de la emergencia de salud pública de importancia internacional a que se refieran.

*Artículo 16 Recomendaciones permanentes*

La OMS podrá formular, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 53, recomendaciones permanentes en cuanto a las medidas sanitarias apropiadas, de aplicación sistemática o periódica. Estas medidas podrán ser aplicadas por los Estados Partes a las personas, equipajes, cargas, contenedores, medios de transporte, mercancías y/o paquetes postales, con motivo de riesgos específicos y continuos para la salud pública, a fin de prevenir o reducir la propagación internacional de una enfermedad con un mínimo de trabas para el tráfico internacional. La OMS, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 53, podrá modificar o anular esas recomendaciones, según proceda.

*Artículo 17 Criterios para las recomendaciones*

Al formular, modificar o anular recomendaciones temporales o permanentes, el Director General tendrá en cuenta lo siguiente:

- a) la opinión de los Estados Partes directamente interesados;
- b) el dictamen del Comité de Emergencias o del Comité de Examen, según proceda;
- c) los principios científicos, así como la información y las pruebas científicas pertinentes;
- d) que las medidas sanitarias, sobre la base de una evaluación apropiada del riesgo según las circunstancias, no sean más restrictivas del tráfico y el comercio internacionales ni más intrusivas para las personas que otras opciones razonablemente disponibles que permitan lograr el nivel adecuado de protección sanitaria;
- e) las normas e instrumentos internacionales pertinentes;
- f) las actividades de otras organizaciones intergubernamentales y órganos internacionales pertinentes; y
- g) otras informaciones apropiadas y específicas pertinentes al evento.

En cuanto a las recomendaciones temporales, la consideración por el Director General de los apartados e) y f) del presente artículo podrá estar sometida a las limitaciones que imponga la urgencia de las circunstancias.

*Artículo 18 Recomendaciones con respecto a las personas, equipajes, cargas, contenedores, medios de transporte, mercancías y paquetes postales*

1. En las recomendaciones que formule a los Estados Partes con respecto a las personas, la OMS podrá aconsejar lo siguiente:

- no recomendar ninguna medida sanitaria específica;
- examinar los itinerarios realizados por zonas afectadas;
- examinar las pruebas de los exámenes médicos y los análisis de laboratorio;
- exigir exámenes médicos;
- examinar las pruebas de vacunación u otras medidas profilácticas;
- exigir vacunación u otras medidas profilácticas;
- someter a las personas sospechosas a observación de salud pública;
- someter a cuarentena o aplicar otras medidas sanitarias para las personas sospechosas;
- someter a aislamiento y a tratamiento, cuando proceda, a las personas afectadas;

- localizar a quienes hayan estado en contacto con personas sospechosas o afectadas;
- denegar la entrada a las personas sospechosas o afectadas;
- denegar la entrada en las zonas afectadas a las personas no afectadas; y
- aplicar pruebas de cribado y/o restricciones a la salida de personas de las zonas afectadas.

2. En las recomendaciones que formule a los Estados Partes con respecto a los equipajes, cargas, contenedores, medios de transporte, mercancías y paquetes postales, la OMS podrá aconsejar lo siguiente:

- no recomendar ninguna medida sanitaria específica;
- examinar manifiesto e itinerario;
- aplicar inspecciones;
- examinar las pruebas de las medidas adoptadas, a la salida o en tránsito, para eliminar una infección o contaminación;
- aplicar el tratamiento de los equipajes, cargas, contenedores, medios de transporte, mercancías, paquetes postales o restos humanos, para suprimir una infección o contaminación, incluidos los vectores y los reservorios;
- aplicar medidas sanitarias específicas para asegurar el manejo y el transporte seguros de restos humanos;
- someter a aislamiento o cuarentena;
- incautar y destruir en condiciones controladas los equipajes, cargas, contenedores, medios de transporte, mercancías o paquetes postales infectados o contaminados en caso de que no surta efecto otro tratamiento o proceso; y
- denegar la salida o la entrada.

## **TÍTULO IV - PUNTOS DE ENTRADA**

### *Artículo 19 Obligaciones generales*

Cada Estado Parte, sin perjuicio de las demás obligaciones previstas en el presente Reglamento:

- a) se asegurará de que se desarrollen las capacidades señaladas en el anexo 1 para los puntos de entrada designados, dentro de los plazos previstos en el párrafo 1 del artículo 5 y el párrafo 1 del artículo 13;
- b) identificará las autoridades competentes en cada uno de los puntos de entrada designados de su territorio; y
- c) facilitará a la OMS, en la medida de lo posible, cuando se lo solicite en respuesta a un posible riesgo específico para la salud pública, datos pertinentes sobre las fuentes de infección o contaminación en sus puntos de entrada, incluidos vectores y reservorios, que puedan dar lugar a la propagación internacional de enfermedades.

*Artículo 20 Aeropuertos y puertos*

1. Los Estados Partes designarán los aeropuertos y puertos en que se crearán las capacidades previstas en el anexo 1.
2. Los Estados Partes se asegurarán de que los certificados de exención del control de sanidad a bordo y los certificados de control de sanidad a bordo se expiden de conformidad con las prescripciones del artículo 39 y el modelo que figura en el anexo 3.
3. Cada Estado Parte enviará a la OMS una lista de los puertos autorizados a ofrecer:
  - a) la expedición de certificados de control de sanidad a bordo y la prestación de los servicios a que se hace referencia en los anexos 1 y 3; o
  - b) la expedición de certificados de exención del control de sanidad a bordo únicamente; y
  - c) la prórroga del certificado de exención del control de sanidad a bordo por un periodo de un mes hasta la llegada de la embarcación al puerto en el que el certificado pueda ser recibido.

Cada Estado Parte comunicará a la OMS los cambios que se produzcan en la situación de los puertos enumerados en la lista. La OMS publicará la información recibida con arreglo a este párrafo.

4. La OMS podrá certificar, a petición del Estado Parte interesado y después de practicar las averiguaciones del caso, que un aeropuerto o un puerto situado en su territorio reúne las condiciones a que se hace referencia en los párrafos 1 y 3 del presente artículo. En consulta con el Estado Parte, la OMS podrá revisar periódicamente esas certificaciones.
5. La OMS, en colaboración con organizaciones intergubernamentales y órganos internacionales competentes, elaborará y publicará directrices relativas a la expedición de certificados por aeropuertos y puertos de conformidad con el presente artículo. La OMS también publicará la lista de aeropuertos y puertos certificados.

*Artículo 21 Pasos fronterizos terrestres*

1. Cuando lo justifiquen razones de salud pública, un Estado Parte podrá designar los pasos fronterizos terrestres en los que se crearán las capacidades previstas en el anexo 1, teniendo en cuenta los criterios siguientes:
  - a) el volumen y la frecuencia de los diversos tipos de tráfico internacional en los pasos fronterizos terrestres que se puedan designar en el Estado Parte, en comparación con otros puntos de entrada; y
  - b) los riesgos para la salud pública existentes en las zonas donde se origina o que atraviesa el tráfico internacional antes de llegar a un determinado paso fronterizo terrestre.
2. Los Estados Partes con fronteras comunes deberán considerar:
  - a) la posibilidad de alcanzar acuerdos bilaterales o multilaterales o formalizar arreglos relativos a la prevención o el control de la transmisión internacional de enfermedades en pasos fronterizos terrestres de conformidad con el artículo 57; y

- b) la designación conjunta de pasos fronterizos terrestres adyacentes para poner en práctica las capacidades descritas en el anexo 1 de conformidad con el párrafo 1 de este artículo.

*Artículo 22 Función de las autoridades competentes*

1. Las autoridades competentes:

- a) se encargarán de vigilar los equipajes, cargas, contenedores, medios de transporte, mercancías, paquetes postales y restos humanos que salgan y lleguen de zonas afectadas, para que se mantengan en condiciones que impidan la presencia de fuentes de infección o contaminación, incluidos vectores y reservorios;
- b) se asegurarán, en la medida de lo posible, de que las instalaciones utilizadas por los viajeros en los puntos de entrada se mantienen en buenas condiciones higiénicas y exentas de fuentes de infección o contaminación, incluidos vectores y reservorios;
- c) se encargarán de supervisar toda desratización, desinfección, desinsectación o descontaminación de equipajes, cargas, contenedores, medios de transporte, mercancías, paquetes postales y restos humanos, así como las medidas sanitarias aplicadas a las personas, según proceda de conformidad con el presente Reglamento;
- d) notificarán a los operadores de medios de transporte, con la mayor antelación posible, su intención de someter un medio de transporte a medidas de control y, cuando sea posible, les informarán por escrito sobre los métodos que se utilizarán;
- e) se encargarán de supervisar la eliminación y la evacuación higiénica del agua o los alimentos contaminados, las deyecciones humanas o animales, las aguas residuales y cualquier otra materia contaminada de un medio de transporte;
- f) adoptarán todas las medidas practicables compatibles con el presente Reglamento para vigilar y controlar la evacuación por las embarcaciones de aguas residuales, desperdicios, agua de lastre y otras materias potencialmente patógenas que puedan contaminar las aguas de un puerto, un río, un canal, un estrecho, un lago u otras vías navegables internacionales;
- g) se encargarán de supervisar a los prestadores de servicios para los viajeros, equipajes, cargas, contenedores, medios de transporte, mercancías, paquetes postales y restos humanos en los puntos de entrada, incluso practicando inspecciones y exámenes médicos según proceda;
- h) habrán previsto medidas de contingencia para afrontar eventos de salud pública inesperados; e
- i) se comunicarán con el Centro Nacional de Enlace para el RSI acerca de las medidas de salud pública pertinentes adoptadas de conformidad con el presente Reglamento.

2. Las medidas sanitarias recomendadas por la OMS respecto de los viajeros, equipajes, cargas, contenedores, medios de transporte, mercancías, paquetes postales y restos humanos procedentes de una zona afectada podrán volver a aplicarse si se dispone de indicios verificables y/o pruebas de que las medidas aplicadas a la salida de la zona afectada no han surtido efecto.

3. Los procedimientos sanitarios de desinsectación, desratización, desinfección, descontaminación y de otro tipo se aplicarán evitando que causen lesiones y, en la medida de lo posible, molestias a las

personas, o repercutan en el entorno de modo que afecten a la salud pública o dañen equipajes, cargas, contenedores, medios de transporte, mercancías o paquetes postales.

## **TÍTULO V - MEDIDAS DE SALUD PÚBLICA**

### **Capítulo I - Disposiciones generales**

#### *Artículo 23 Medidas sanitarias a la llegada o la salida*

1. Sin perjuicio de los acuerdos internacionales aplicables y de lo dispuesto en los artículos pertinentes del presente Reglamento, un Estado Parte podrá exigir, con fines de salud pública, a la llegada o la salida:

*a)* a los viajeros:

*i)* información sobre su destino para poder tomar contacto con ellos;

*ii)* información sobre su itinerario, para averiguar si han estado en una zona afectada o sus proximidades, o sobre otros posibles contactos con una infección o contaminación antes de la llegada, así como el examen de los documentos sanitarios de los viajeros que prescriba el presente Reglamento; y/o

*iii)* un examen médico no invasivo lo menos intrusivo posible que permita lograr el objetivo de salud pública;

*b)* la inspección de equipajes, cargas, contenedores, medios de transporte, mercancías, paquetes postales y restos humanos.

2. Sobre la base de las pruebas obtenidas mediante las medidas previstas en el párrafo 1 del presente artículo, o por otros medios, sobre la existencia de un riesgo para la salud pública, los Estados Partes podrán aplicar medidas adicionales de salud de conformidad con el presente Reglamento, en particular en relación con viajeros sospechosos o afectados, según el caso, el examen médico lo menos intrusivo e invasivo posible que permita lograr el objetivo de salud pública consistente en prevenir la propagación internacional de enfermedades.

3. No se realizará ningún examen médico ni se procederá a ninguna vacunación ni se adoptará ninguna medida profiláctica ni sanitaria en virtud del presente Reglamento sin el consentimiento informado previo y explícito del viajero o de sus padres o tutores, con la salvedad de lo dispuesto en el párrafo 2 del artículo 31, y de conformidad con la legislación y las obligaciones internacionales del Estado Parte.

4. Los viajeros que deban ser vacunados o recibir medidas profilácticas en virtud del presente Reglamento, o sus padres o tutores, serán informados de los posibles riesgos relacionados con la vacunación o la no vacunación y con la aplicación o no aplicación de medidas profilácticas de conformidad con la legislación y las obligaciones internacionales del Estado Parte. Los Estados Partes informarán al personal médico de estos requisitos de conformidad con su respectiva legislación.

5. Sólo se llevarán a cabo exámenes médicos o se someterá a los viajeros a protocolos médicos, vacunas u otras medidas profilácticas que entrañen un riesgo de transmisión de enfermedades si ello se hace de conformidad con normas de seguridad reconocidas nacionalmente o internacionalmente para reducir al mínimo ese riesgo.

## **Capítulo II - Disposiciones especiales relativas a los medios de transporte y los operadores de medios de transporte**

### *Artículo 24 Operadores de medios de transporte*

1. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas practicables que sean compatibles con el presente Reglamento para asegurarse de que los operadores de medios de transporte:

- a) cumplen las medidas sanitarias recomendadas por la OMS y adoptadas por ellos;
- b) informan a los viajeros de las medidas sanitarias recomendadas por la OMS y adoptadas por los Estados Partes para su aplicación a bordo; y
- c) mantienen permanentemente los medios de transporte a su cargo libres de fuentes de infección o contaminación, incluidos vectores y reservorios. Se podrá exigir la aplicación de medidas de control de las fuentes de infección o contaminación si se descubren pruebas de su presencia.

2. En el anexo 4 figuran las disposiciones particulares relativas a los medios de transporte y los operadores de medios de transporte a que se refiere el presente artículo. En el anexo 5 figuran las medidas concretas aplicables a los medios de transporte y a los operadores de medios de transporte con respecto a las enfermedades transmitidas por vectores.

### *Artículo 25 Embarcaciones y aeronaves en tránsito*

Sin perjuicio de lo dispuesto en los artículos 27 y 43, o salvo que lo autoricen los acuerdos internacionales aplicables, ningún Estado Parte aplicará medida sanitaria alguna:

- a) a las embarcaciones que, no procediendo de una zona afectada, transiten por un canal u otra vía de navegación dentro del territorio de un Estado Parte en ruta hacia un puerto situado en el territorio de otro Estado. La autoridad competente permitirá, bajo su vigilancia, el aprovisionamiento de combustible, agua, víveres y suministros;
- b) a las embarcaciones que naveguen por sus aguas jurisdiccionales sin atracar en un puerto ni fondear en la costa; y
- c) a las aeronaves en tránsito en un aeropuerto bajo su jurisdicción, con la salvedad de que éstas podrán ser obligadas a permanecer en una zona determinada del aeropuerto sin efectuar embarques o desembarques ni carga o descarga. No obstante, bajo la supervisión de las autoridades competentes, esas aeronaves se podrán aprovisionar de combustible, agua, víveres y suministros.

### *Artículo 26 Camiones trenes y autocares civiles en tránsito*

Sin perjuicio de lo dispuesto en los artículos 27 y 43, o salvo que lo autoricen los acuerdos internacionales pertinentes, no se aplicará medida sanitaria alguna a ningún camión, tren ni autocar civil que no proceda de una zona afectada y que atraviese un territorio sin realizar operaciones de embarque, desembarque, carga o descarga.



*Artículo 27 Medios de transporte afectados*

1. Cuando a bordo de un medio de transporte se hallen signos o síntomas clínicos e información basada en hechos o pruebas de un riesgo para la salud pública, incluidas fuentes de infección o contaminación, la autoridad competente considerará que el medio de transporte está afectado y podrá:

- a)* desinfectar, descontaminar, desinsectar o desratizar el medio de transporte, según proceda, o hacer que estas medidas sean aplicadas bajo su supervisión; y
- b)* decidir en cada caso la técnica que se empleará para garantizar un nivel adecuado de control del riesgo para la salud pública según lo previsto en el presente Reglamento. Cuando existan métodos o materiales aconsejados por la OMS para estos procedimientos, serán éstos los que se utilicen, a menos que la autoridad competente determine que otros métodos son igualmente seguros y fiables.

De ser necesario, la autoridad competente podrá adoptar medidas sanitarias adicionales, incluso el aislamiento de los medios de transporte, para impedir la propagación de la enfermedad. Dichas medidas adicionales se notificarán al Centro Nacional de Enlace para el RSI.

2. Si la autoridad competente en el punto de entrada no está en condiciones de aplicar las medidas de control prescritas en este artículo, se podrá permitir la partida del medio de transporte con sujeción a las condiciones siguientes:

- a)* cuando se produzca la salida, la autoridad competente facilitará la información a que se hace referencia en el apartado *b)* a la autoridad competente del siguiente punto de entrada conocido; y
- b)* si se trata de una embarcación, se anotarán en el certificado de control de sanidad a bordo las pruebas encontradas y las medidas de control exigidas.

La autoridad competente permitirá, bajo su vigilancia, el aprovisionamiento de combustible, agua potable, víveres y suministros.

3. Un medio de transporte que se haya considerado afectado dejará de considerarse como tal si la autoridad competente se ha cerciorado:

- a)* de que se han aplicado efectivamente las medidas previstas en el párrafo 1 del presente artículo; y
- b)* de que las condiciones a bordo no constituyen un riesgo para la salud pública.

*Artículo 28 Embarcaciones y aeronaves en puntos de entrada*

1. Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 43 o de lo previsto en los acuerdos internacionales aplicables, no se podrá negar a una embarcación o una aeronave el acceso a un punto de entrada por motivos de salud pública. Ello no obstante, si el punto de entrada no dispone de medios para la aplicación de las medidas sanitarias contempladas en el presente Reglamento, se podrá ordenar a la embarcación o la aeronave que prosiga el viaje, por su cuenta y riesgo, hasta el punto de entrada apropiado más cercano que convenga para el caso, salvo que la embarcación o la aeronave tengan un problema operativo que haga inseguro ese desvío.

2. Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 43 o de lo previsto en los acuerdos internacionales aplicables, los Estados Partes no denegarán la libre plática a las embarcaciones o aeronaves por razones de salud pública; en particular, no denegarán el embarque o desembarque, la carga o descarga de mercancías o cargas, ni el abastecimiento de combustible, agua, víveres y suministros. Los Estados Partes podrán supeditar el otorgamiento de la libre plática a una inspección y, si se descubre a bordo una fuente de infección o contaminación, a la aplicación de las medidas necesarias de desinfección, descontaminación, desinsectación o desratización, o de otras medidas necesarias para prevenir la propagación de la infección o contaminación.

3. Siempre que sea posible y a reserva de lo dispuesto en el párrafo anterior, los Estados Partes autorizarán la libre plática por radio u otro medio de comunicación a una embarcación o aeronave cuando, sobre la base de la información que facilite antes de su llegada, consideren que no provocará la introducción o propagación de enfermedades.

4. Los capitanes de embarcaciones y los pilotos de aeronaves, o sus representantes, pondrán en conocimiento de las autoridades de los puertos y aeropuertos de destino, con la mayor antelación posible a la llegada, todo caso de enfermedad con signos de naturaleza infecciosa o prueba de riesgo para la salud pública a bordo tan pronto como el capitán o piloto tengan conocimiento de dicha enfermedad o riesgo. Esta información será transmitida de inmediato a la autoridad competente del puerto o aeropuerto. En caso de urgencia, el capitán o piloto comunicará la información directamente a la autoridad competente del puerto o aeropuerto.

5. En caso de que una aeronave o embarcación sospechosa o afectada aterrice o atraque, por motivos ajenos a la voluntad del piloto de la aeronave o el capitán de la embarcación, en otro lugar que no sea el aeropuerto o el puerto en que debía hacerlo, se seguirá el procedimiento siguiente:

*a)* el piloto de la aeronave o el capitán de la embarcación, o cualquier otra persona al mando de la misma, procurará por todos los medios comunicarse sin tardanza con la autoridad competente más próxima;

*b)* la autoridad competente, tan pronto como haya recibido aviso del aterrizaje, podrá aplicar las medidas sanitarias recomendadas por la OMS u otras medidas sanitarias contempladas en el presente Reglamento;

*c)* salvo que sea necesario por motivos urgentes o a efectos de comunicación con la autoridad competente, ningún pasajero a bordo de la aeronave o de la embarcación podrá alejarse del lugar de aterrizaje o de atraque, ni se retirará de ese lugar carga alguna, a menos que la autoridad competente lo autorice; y

*d)* una vez cumplidas todas las medidas exigidas por la autoridad competente, la aeronave o la embarcación podrá, por lo que atañe a las medidas sanitarias, dirigirse al aeropuerto o al puerto en el que hubiera debido aterrizar o atracar, o, si por razones técnicas no puede hacerlo, a otro aeropuerto o puerto que convenga para el caso.

6. Sin perjuicio de lo dispuesto en el presente artículo, los capitanes de embarcaciones y los pilotos de aeronaves podrán adoptar las medidas de urgencia que sean necesarias para la salud y la seguridad de los viajeros a bordo. Tan pronto como sea posible, informarán a la autoridad competente de las medidas que hayan adoptado de conformidad con el presente párrafo.

*Artículo 29 Camiones, trenes y autocares civiles en puntos de entrada*

En consulta con los Estados Partes, la OMS elaborará principios orientadores sobre la aplicación de medidas sanitarias a camiones, trenes y autocares civiles en puntos de entrada y pasos fronterizos terrestres.

**Capítulo III - Disposiciones especiales relativas a los viajeros***Artículo 30 Viajeros sometidos a observación de salud pública*

Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 43 o salvo que lo autoricen los acuerdos internacionales aplicables, los viajeros sospechosos que a la llegada sean sometidos a observación de salud pública podrán continuar su viaje internacional si no suponen un riesgo inminente para la salud pública y si el Estado Parte informa a la autoridad competente en el punto de entrada en destino, de conocerse este último, de su prevista llegada. A su llegada, el viajero deberá informar a esa autoridad.

*Artículo 31 Medidas sanitarias relacionadas con la entrada de viajeros*

1. No se exigirá un examen médico invasivo, la vacunación ni otras medidas profilácticas como condición para la entrada de viajeros en el territorio de un Estado Parte; no obstante, sin perjuicio de lo dispuesto en los artículos 32, 42 y 45, el presente Reglamento no impide que los Estados Partes exijan un examen médico, la vacunación u otras medidas profilácticas, o certificado de vacunación o prueba de la aplicación de otras medidas profilácticas, en los casos siguientes:

- a) cuando sea necesario para determinar si existe un riesgo para la salud pública;
- b) como condición para la entrada de viajeros que pretenden solicitar una residencia temporal o permanente;
- c) como condición para la entrada de viajeros de conformidad con lo dispuesto en el artículo 43 o en los anexos 6 y 7; o
- d) cuando se efectúen de conformidad con lo dispuesto en el artículo 23.

2. Si un viajero al que un Estado Parte puede exigir un examen médico, la vacunación u otras medidas profilácticas de conformidad con el párrafo 1 del presente artículo no da su consentimiento para tales medidas o se niega a facilitar la información o los documentos a que hace referencia el párrafo 1(a) del artículo 23, el Estado Parte de que se trate podrá denegar, de conformidad con los artículos 32, 42 y 45, la entrada de ese viajero. Si hay pruebas de un riesgo inminente para la salud pública, el Estado Parte, de conformidad con su legislación nacional y en la medida necesaria para controlar ese riesgo, podrá obligar al viajero, con arreglo al párrafo 3 del artículo 23, a someterse a lo siguiente:

- a) el examen médico lo menos invasivo e intrusivo posible que permita lograr el objetivo de salud pública;
- b) la vacunación u otra medida profiláctica; o bien
- c) otras medidas sanitarias reconocidas que impidan o controlen la propagación de la enfermedad, con inclusión del aislamiento, la cuarentena o el sometimiento del viajero a observación de salud pública.

*Artículo 32 Trato dispensado a los viajeros*

Cuando los Estados Partes apliquen medidas sanitarias de conformidad con el presente Reglamento, tratarán a los viajeros respetando su dignidad, sus derechos humanos y sus libertades fundamentales y reducirán al mínimo las molestias o inquietudes asociadas con tales medidas, lo que incluirá:

- a) tratar a todos los viajeros con cortesía y respeto;
- b) tener en cuenta las consideraciones de género, socioculturales, étnicas y religiosas de importancia para los viajeros; y
- c) proporcionar u ocuparse de que tengan alimentos adecuados y agua, instalaciones y vestimenta apropiados, proteger el equipaje y otras pertenencias, ofrecer un tratamiento médico adecuado, medios para las comunicaciones necesarias en lo posible en un idioma que entiendan, y otras medidas adecuadas para los viajeros que estén en cuarentena, aislados o sometidos a exámenes médicos u otros procedimientos relacionados con objetivos de salud pública.

**Capítulo IV - Disposiciones especiales relativas a las mercancías, los contenedores y las zonas de carga de contenedores***Artículo 33 Mercancías en tránsito*

Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 43, o salvo que lo autoricen los acuerdos internacionales aplicables, las mercancías en tránsito sin trasbordo, a excepción de los animales vivos, no serán sometidas a medidas sanitarias en virtud del presente Reglamento ni serán retenidas por motivos de salud pública.

*Artículo 34 Contenedores y zonas de carga de contenedores*

1. Los Estados Partes se asegurarán, en la medida de lo posible, de que los expedidores utilizan en el tráfico internacional contenedores que se mantienen exentos de fuentes de infección o contaminación, incluidos vectores y reservorios, particularmente durante el proceso de empaquetado.
2. Los Estados Partes se asegurarán, en la medida de lo posible, de que las zonas de carga de contenedores se mantienen exentas de fuentes de infección o contaminación, incluidos vectores y reservorios.
3. Cuando, en opinión de un Estado Parte, el volumen del tráfico internacional de contenedores tenga una magnitud suficiente, las autoridades competentes adoptarán todas las medidas practicables compatibles con el presente Reglamento, incluida la realización de inspecciones, para evaluar las condiciones sanitarias de las zonas de carga de contenedores y de los contenedores, a fin de cerciorarse de que se cumplen las obligaciones estipuladas en el presente Reglamento.
4. En las zonas de carga de contenedores se habilitarán instalaciones para la inspección y el aislamiento de contenedores, cuando sea factible.
5. Los consignadores y consignatarios de contenedores harán todo lo posible por evitar la contaminación de la carga de unos contenedores por la de otros cuando se utilicen para múltiples fines.

## TÍTULO VI - DOCUMENTOS SANITARIOS

### *Artículo 35 Disposición general*

En el tráfico internacional no se exigirán otros documentos sanitarios que los previstos en el presente Reglamento o en las recomendaciones formuladas por la OMS, aunque debe tenerse en cuenta, sin embargo, que este artículo no se aplicará a los viajeros que soliciten residencia temporal o permanente ni a las prescripciones sobre la documentación de la salubridad de las mercancías o cargas objeto de comercio internacional contenidas en los acuerdos internacionales pertinentes. A condición de que cumpla con los requisitos establecidos en el artículo 23, la autoridad competente podrá pedir que se cumplimenten formularios sobre datos de contacto y cuestionarios sobre la salud de los viajeros.

### *Artículo 36 Certificados de vacunación u otras medidas profilácticas*

1. Las vacunas y los tratamientos profilácticos que se administren a los viajeros en cumplimiento de lo prescrito en el presente Reglamento o en las recomendaciones pertinentes, así como los certificados correspondientes, se ajustarán a las disposiciones del anexo 6 y, cuando proceda, del anexo 7 por lo que respecta a determinadas enfermedades.
2. No se denegará la entrada a los viajeros en posesión de un certificado de vacunación o de otro tratamiento profiláctico expedido de conformidad con lo dispuesto en el anexo 6 y, cuando proceda, en el anexo 7, como consecuencia de la enfermedad a la que se refiera el certificado, incluso cuando procedan de una zona afectada, a menos que la autoridad competente tenga indicios verificables y/o pruebas para pensar que la vacunación u otro tratamiento profiláctico no haya resultado eficaz.

### *Artículo 37 Declaración Marítima de Sanidad*

1. Antes de la llegada al primer puerto de escala en el territorio de un Estado Parte, el capitán de una embarcación averiguará cuál es el estado de salud a bordo y, salvo en los casos en que ese Estado Parte no lo exija, cumplimentará y entregará a su llegada, o antes de la llegada si la embarcación está equipada a ese efecto y el Estado Parte exige la entrega por adelantado, una Declaración Marítima de Sanidad, refrendada por el médico de a bordo si lo hubiere, a la autoridad competente del citado puerto.
2. El capitán de la embarcación, o el médico de a bordo si lo hubiere, facilitará toda la información que pida la autoridad competente sobre las condiciones de sanidad a bordo durante una travesía internacional.
3. La Declaración Marítima de Sanidad se ajustará al modelo del anexo 8.
4. Los Estados Partes podrán:
  - a) eximir de la presentación de la Declaración Marítima de Sanidad a todas las embarcaciones que arriben; o
  - b) exigir la presentación de la Declaración Marítima de Sanidad en virtud de una recomendación concerniente a las embarcaciones procedentes de zonas afectadas, o bien exigirla a las que por cualquier otro motivo puedan ser portadoras de infección o contaminación.

Los Estados Partes deberán comunicar estas prescripciones a los armadores o sus agentes.

*Artículo 38 Parte sanitaria de la Declaración General de Aeronave*

1. Durante el vuelo, o al aterrizaje en el primero de los aeropuertos que haya de tocar en el territorio de un Estado Parte, el piloto al mando de una aeronave, o su representante, cumplimentará cuanto mejor pueda y entregará a la autoridad competente del aeropuerto, salvo en los casos en que el Estado Parte no lo exija, la parte sanitaria de la Declaración General de Aeronave, que deberá ajustarse al modelo del anexo 9.
2. El piloto al mando de una aeronave, o su representante, facilitará toda la información que pida el Estado Parte respecto a las condiciones de sanidad a bordo durante el viaje internacional y a toda medida sanitaria aplicada a la aeronave.
3. Los Estados Partes podrán:
  - a) eximir de la presentación de la parte sanitaria de la Declaración General de Aeronave a todas las aeronaves que arriben; o
  - b) exigir la presentación de la parte sanitaria de la Declaración General de Aeronave en virtud de una recomendación concerniente a las aeronaves procedentes de zonas afectadas, o bien exigirla a las aeronaves que por cualquier otro motivo puedan ser portadoras de infección o contaminación.

Los Estados Partes deberán comunicar estas prescripciones a las compañías de navegación aérea o sus agentes.

*Artículo 39 Certificados de sanidad a bordo de una embarcación*

1. Los certificados de exención del control de sanidad a bordo y de control de sanidad a bordo tendrán una validez máxima de seis meses. Este periodo podrá prorrogarse un mes más si la inspección o las medidas de control exigidas no pueden realizarse en el puerto.
2. Cuando no se presente un certificado válido de exención del control de sanidad a bordo o un certificado válido de control de sanidad a bordo, o cuando a bordo de una embarcación se hallen pruebas de un riesgo para la salud pública, el Estado Parte podrá proceder conforme a lo previsto en el párrafo 1 del artículo 27.
3. Los certificados a que se refiere el presente artículo se ajustarán al modelo del anexo 3.
4. Siempre que sea posible, las medidas de control se aplicarán cuando la embarcación y las bodegas estén vacías. En el caso de las embarcaciones en lastre, se aplicarán antes de que empiecen las operaciones de carga.
5. Cuando se exijan medidas de control y éstas se hayan cumplido satisfactoriamente, la autoridad competente expedirá un certificado de control de sanidad a bordo, dejando constancia de las pruebas encontradas y las medidas de control adoptadas.
6. En los puertos designados de conformidad con el artículo 20 del presente Reglamento, la autoridad competente podrá expedir certificados de exención del control de sanidad a bordo si se ha cerciorado de que la embarcación está exenta de infección y contaminación, incluidos vectores y reservorios. De ordinario, sólo se expedirá este certificado si la inspección se ha efectuado con la embarcación y las bodegas vacías o cargadas exclusivamente de lastre o de otros materiales que, por su naturaleza o por su estibado, permitan una inspección detenida de las bodegas.

7. Cuando la autoridad competente del puerto donde se hayan aplicado medidas de control sanitario considere que las condiciones en que la operación se ha realizado no permiten obtener un resultado satisfactorio, deberá dejar constancia de ese parecer en el certificado de control de sanidad a bordo.

## **TÍTULO VII - TASAS SANITARIAS**

### *Artículo 40 Cobro de tasas por las medidas sanitarias relativas a viajeros*

1. Excepto en el caso de los viajeros que pretenden obtener residencia temporal o permanente, y sin perjuicio de lo dispuesto en el párrafo 2 del presente artículo, los Estados Partes no percibirán tasa alguna en virtud del presente Reglamento por la aplicación de las siguientes medidas de protección de la salud pública:

- a) por los exámenes médicos previstos en el presente Reglamento, ni por ningún examen suplementario que pueda exigir el Estado Parte de que se trate para conocer el estado de salud del viajero examinado;
- b) por las vacunaciones u otras intervenciones profilácticas practicadas a la llegada de los viajeros, que no sean requisitos publicados o sean requisitos publicados con menos de 10 días de antelación a la administración de las vacunaciones u otras intervenciones profilácticas;
- c) por las medidas apropiadas de aislamiento o cuarentena de los viajeros;
- d) por los certificados expedidos a los viajeros con el fin de especificar las medidas aplicadas y la fecha de aplicación; o
- e) por las medidas sanitarias adoptadas en relación con el equipaje que acompaña a los viajeros.

2. Los Estados Partes podrán cobrar tasas por aplicar medidas sanitarias diferentes de las previstas en el párrafo 1 del presente artículo, incluidas las adoptadas principalmente en beneficio de los viajeros.

3. Cuando se cobren tasas por aplicar a los viajeros las medidas sanitarias previstas en el presente Reglamento, en cada Estado Parte sólo habrá una tarifa para las tasas, y todas ellas:

- a) respetarán esa tarifa;
- b) no excederán del costo efectivo del servicio prestado; y
- c) se cobrarán sin distinción de nacionalidad, domicilio o residencia del viajero de que se trate.

4. La tarifa, y sus posibles enmiendas, habrán de publicarse al menos 10 días antes de su cobro.

5. Ninguna disposición del presente Reglamento impedirá a los Estados Partes reclamar el reembolso de los gastos en que hubieran incurrido para aplicar las medidas sanitarias descritas en el párrafo 1 del presente artículo:

- a) a los operadores o propietarios de medios de transporte en relación con sus empleados; o
- b) a las aseguradoras pertinentes.

6. En ningún caso se denegará a los viajeros o a los operadores de medios de transporte la posibilidad de abandonar el territorio de un Estado Parte porque adeuden las tasas mencionadas en los párrafos 1 ó 2 del presente artículo.

*Artículo 41 Aplicación de tasas a equipajes, cargas, contenedores, medios de transporte, mercancías o paquetes postales*

1. Cuando se cobren tasas por aplicar medidas sanitarias a equipajes, cargas, contenedores, medios de transporte, mercancías o paquetes postales de conformidad con el presente Reglamento, en cada Estado Parte sólo habrá una tarifa para las tasas, y todas ellas:

- a) respetarán esa tarifa;
- b) no excederán del costo efectivo del servicio prestado; y
- c) se cobrarán sin distinción de nacionalidad, pabellón, registro o propiedad de los equipajes, cargas, contenedores, medios de transporte, mercancías o paquetes postales. En particular no se establecerá distinción alguna entre equipajes, cargas, contenedores, medios de transporte, mercancías o paquetes postales nacionales y extranjeros.

2. La tarifa, y sus posibles enmiendas, habrán de publicarse al menos 10 días antes de su cobro.

## **TÍTULO VIII - DISPOSICIONES GENERALES**

*Artículo 42 Aplicación de medidas sanitarias*

La aplicación de las medidas sanitarias que se adopten en cumplimiento del presente Reglamento será inmediata y perentoria y se hará de manera transparente y no discriminatoria.

*Artículo 43 Medidas sanitarias adicionales*

1. El presente Reglamento no impedirá que, en respuesta a riesgos específicos para la salud pública o emergencias de salud pública de importancia internacional, los Estados Partes apliquen medidas sanitarias acordes con su legislación nacional pertinente y las obligaciones dimanantes del derecho internacional:

- a) que proporcionen un nivel igual o mayor de protección sanitaria que las recomendaciones de la OMS; o
- b) que en otras circunstancias estarían prohibidas por el artículo 25, el artículo 26, los párrafos 1 y 2 del artículo 28, el artículo 30, el párrafo 1(c) del artículo 31 y el artículo 33,

siempre que esas medidas no sean incompatibles de otro modo con este Reglamento.

Estas medidas no habrán de ser más restrictivas del tráfico internacional ni más invasivas ni intrusivas para las personas que otras opciones razonablemente disponibles que permitan lograr el nivel adecuado de protección sanitaria.

2. Para determinar si aplican las medidas sanitarias referidas en el párrafo 1 del presente artículo u otras medidas sanitarias previstas en el párrafo 2 del artículo 23, el párrafo 1 del artículo 27, el párrafo 2 del artículo 28 y el párrafo 2(c) del artículo 31, los Estados Partes se basarán en:



- a) principios científicos;
  - b) las pruebas científicas disponibles de un riesgo para la salud humana o, si esas pruebas son insuficientes, la información disponible, incluida la procedente de la OMS y otras organizaciones intergubernamentales y órganos internacionales pertinentes; y
  - c) toda orientación o recomendación específicas disponibles de la OMS.
3. Si un Estado Parte aplica algunas de las medidas sanitarias adicionales previstas en el párrafo 1 del presente artículo y éstas conllevan trabas significativas para el tráfico internacional, dicho Estado Parte comunicará a la OMS las razones de salud pública y la información científica pertinente. La OMS transmitirá esa información a otros Estados Partes, y comunicará información sobre las medidas sanitarias aplicadas. Para los fines del presente artículo, en general, por trabas significativas se entiende impedir la entrada o la salida internacionales de viajeros, equipajes, cargas, contenedores, medios de transporte, mercancías, etc., o retrasarlas por más de 24 horas.
4. Tras evaluar la información facilitada de conformidad con los párrafos 3 y 5 del presente artículo y otros datos pertinentes, la OMS podrá pedir al Estado Parte en cuestión que reconsidere la aplicación de las medidas.
5. Si un Estado Parte aplica algunas de las medidas sanitarias adicionales previstas en los párrafos 1 y 2 del presente artículo y éstas conllevan trabas significativas para el tráfico internacional, dicho Estado Parte comunicará a la OMS, dentro de las 48 horas siguientes a su aplicación, esas medidas y sus razones de salud pública, a menos que las medidas sean objeto de una recomendación temporal o permanente.
6. El Estado Parte que aplique una medida sanitaria en virtud de los párrafos 1 ó 2 del presente artículo revisará la medida dentro de un plazo de tres meses teniendo en cuenta las orientaciones de la OMS y los criterios enunciados en el párrafo 2 del presente artículo.
7. Sin perjuicio de los derechos que le amparen en virtud del artículo 56, un Estado Parte afectado por una medida adoptada de conformidad con los párrafos 1 ó 2 del presente artículo podrá pedir al Estado Parte que la aplica que mantenga consultas con él. La finalidad de esas consultas es aclarar la información científica y las razones de salud pública en que se basa la medida y encontrar una solución aceptable para ambos.
8. Las disposiciones del presente artículo se podrán aplicar a la adopción de medidas respecto de viajeros que participen en congregaciones de masas.

#### *Artículo 44 Colaboración y asistencia*

1. Los Estados Partes se comprometen a colaborar entre sí en la medida de lo posible para:
- a) la detección y evaluación de eventos, y la respuesta a los mismos, según lo que dispone el presente Reglamento;
  - b) la prestación o facilitación de cooperación técnica y apoyo logístico, en particular para el desarrollo y reforzamiento de las capacidades en la esfera de la salud pública que requiere el presente Reglamento;

- c) la movilización de recursos financieros para facilitar la aplicación de sus obligaciones dimanantes del presente Reglamento; y
      - d) la formulación de proyectos de ley y otras disposiciones legales y administrativas para la aplicación del presente Reglamento.
- 2. La OMS colaborará con los Estados Partes en la medida de lo posible para:
  - a) la evaluación y estimación de sus capacidades en la esfera de la salud pública para facilitar la aplicación efectiva del presente Reglamento;
  - b) la prestación o facilitación de cooperación técnica y apoyo logístico a los Estados Partes; y
  - c) la movilización de recursos financieros en apoyo de los países en desarrollo para crear, reforzar y mantener las capacidades a que se refiere el anexo 1.
- 3. La colaboración a que hace referencia el presente artículo podrá llevarse a la práctica a través de múltiples canales, incluidos los bilaterales, a través de redes regionales y las oficinas regionales de la OMS, y a través de organizaciones intergubernamentales y órganos internacionales.

#### *Artículo 45 Tratamiento de los datos personales*

- 1. La información sanitaria que los Estados Partes obtengan o reciban en cumplimiento del presente Reglamento de otro Estado Parte o de la OMS y que se refiera a personas identificadas o identificables será considerada confidencial y tratada de forma anónima según estipule la legislación nacional.
- 2. Sin perjuicio de las disposiciones del párrafo 1, los Estados Partes podrán dar a conocer y tratar datos personales cuando sea esencial para evaluar y manejar un riesgo para la salud pública, pero los Estados Partes, de conformidad con la legislación nacional, y la OMS se asegurarán de que los datos personales sean:
  - a) tratados de manera justa y con arreglo a la ley, y evitando todo procesamiento adicional incompatible con esa finalidad;
  - b) adecuados, pertinentes y no excesivos en relación con esa finalidad;
  - c) exactos y, cuando sea preciso, actualizados; deberán adoptarse todas las medidas razonables necesarias para garantizar que los datos inexactos o incompletos sean eliminados o rectificados; y
  - d) no se conserven más tiempo del necesario.
- 3. A petición, la OMS proporcionará en lo posible a una persona sus propios datos personales a los que se refiere este artículo de manera inteligible, sin retrasos ni gastos excesivos y, cuando sea necesario, permitirá su corrección.

*Artículo 46 Transporte y manejo de sustancias biológicas, reactivos y materiales para fines de diagnóstico*

Los Estados Partes, de conformidad con la legislación nacional y teniendo en cuenta las directrices internacionales pertinentes, facilitarán el transporte, la entrada, la salida, el procesamiento y la eliminación de las sustancias biológicas y las muestras para fines de diagnóstico, los reactivos y otros materiales de diagnóstico que correspondan con fines de verificación y respuesta de salud pública de conformidad con el presente Reglamento.

**TÍTULO IX - LISTA DE EXPERTOS DEL RSI, COMITÉ DE EMERGENCIAS Y COMITÉ DE EXAMEN**

**Capítulo I - Lista de Expertos del RSI**

*Artículo 47 Composición*

El Director General establecerá una lista de expertos en todas las esferas de competencia pertinentes (en adelante denominada «Lista de Expertos del RSI»). El Director General, al establecer la Lista de Expertos del RSI, se ajustará, salvo disposición en contrario del presente Reglamento, al Reglamento de los cuadros y comités de expertos (en adelante denominado el «Reglamento de los cuadros de expertos de la OMS»). Además, el Director General nombrará a un miembro a petición de cada Estado Parte y, cuando proceda, a expertos propuestos por organizaciones intergubernamentales y organizaciones de integración económica regional pertinentes. Los Estados Partes interesados comunicarán al Director General las calificaciones y el área de conocimientos de cada uno de los expertos que presenten como candidatos a la Lista de Expertos del RSI. El Director General informará periódicamente sobre la composición de esta Lista a los Estados Partes, las organizaciones intergubernamentales y organizaciones de integración económica regional pertinentes.

**Capítulo II - Comité de Emergencias**

*Artículo 48 Mandato y composición*

1. El Director General establecerá un Comité de Emergencias que asesorará, a petición del Director General, sobre lo siguiente:

- a) si un evento constituye una emergencia de salud pública de importancia internacional;
- b) si procede declarar concluida una emergencia de salud pública de importancia internacional; y
- c) si procede formular, modificar, prorrogar o anular una recomendación temporal.

2. El Comité de Emergencias estará integrado por expertos elegidos por el Director General entre los miembros de la Lista de Expertos del RSI y, cuando proceda, de otros cuadros de expertos de la Organización. El Director General determinará la duración del nombramiento de los miembros con el fin de asegurar su continuidad en la consideración de un evento concreto y sus consecuencias. El Director General elegirá a los miembros del Comité de Emergencias en función de las esferas de competencia y experiencia requeridas para un periodo de sesiones concreto y teniendo debidamente en cuenta el principio de la representación geográfica equitativa. Por lo menos un miembro del Comité de Emergencias debe ser un experto designado por un Estado Parte en cuyo territorio aparece el evento.

3. El Director General podrá nombrar, por iniciativa propia o a petición del Comité de Emergencias, a uno o más expertos técnicos que asesoren al Comité.

#### *Artículo 49 Procedimiento*

1. El Director General convocará las reuniones del Comité de Emergencias seleccionando a algunos expertos entre aquellos a que se hace referencia en el párrafo 2 del artículo 48, habida cuenta de las esferas de competencia y la experiencia de mayor interés para el evento concreto de que se trate. A los efectos del presente artículo, por «reuniones» del Comité de Emergencias se entenderá también las teleconferencias, videoconferencias o comunicaciones electrónicas.
2. El Director General facilitará al Comité de Emergencias el orden del día y toda la información pertinente al evento, inclusive las informaciones proporcionadas por los Estados Partes, así como las recomendaciones temporales cuya formulación proponga el Director General.
3. El Comité de Emergencias elegirá a un Presidente y preparará después de cada reunión una breve acta resumida de sus debates y deliberaciones, incluido todo asesoramiento sobre recomendaciones.
4. El Director General invitará al Estado Parte en cuyo territorio ocurre el evento a que exponga sus opiniones al Comité de Emergencias y, a tal efecto, le notificará las fechas y el orden del día de la reunión del Comité de Emergencias con la mayor antelación posible. El Estado de que se trate, sin embargo, no podrá pedir un aplazamiento de la reunión del Comité de Emergencias con el fin de exponerle sus opiniones.
5. La opinión del Comité de Emergencia se transmitirá al Director General para su examen. El Director General resolverá en última instancia sobre esos asuntos.
6. El Director General comunicará a los Estados Partes la aparición y la conclusión de una emergencia de salud pública de importancia internacional, todas las medidas sanitarias adoptadas por el Estado Parte de que se trate, y todas las recomendaciones temporales, así como las modificaciones, prórrogas o la anulación de esas recomendaciones, junto con la opinión del Comité de Emergencias. El Director General informará a los operadores de medios de transporte, por conducto de los Estados Partes, y a los organismos internacionales pertinentes de esas recomendaciones temporales, inclusive su modificación, prórroga o anulación. Subsiguientemente, el Director General pondrá a disposición del público en general esa información y las recomendaciones.
7. Los Estados Partes en cuyo territorio ocurre el evento podrán proponer al Director General que anule la declaración de emergencia de salud pública de importancia internacional y/o las recomendaciones temporales, y podrán realizar con ese fin una presentación ante el Comité de Emergencias.

### **Capítulo III - Comité de Examen**

#### *Artículo 50 Mandato y composición*

1. El Director General establecerá un Comité de Examen, cuyas funciones serán las siguientes:
  - a) formular recomendaciones técnicas al Director General respecto de las enmiendas al presente Reglamento;

- b) proporcionar asesoramiento técnico al Director General en relación con las recomendaciones permanentes, sus eventuales modificaciones o su anulación; y
  - c) proporcionar asesoramiento técnico al Director General sobre los asuntos que éste le remita en relación con el funcionamiento del presente Reglamento.
2. El Comité de Examen será considerado un comité de expertos y estará sujeto al Reglamento de los cuadros de expertos de la OMS, salvo cuando en el presente artículo se indique otra cosa.
  3. El Director General elegirá y designará a los miembros del Comité de Examen entre las personas que integran la Lista de Expertos del RSI y, cuando proceda, otros cuadros pertinentes de expertos de la Organización.
  4. El Director General determinará el número de miembros que se han de invitar a cada reunión del Comité de Examen, fijará la fecha y duración de la reunión, y convocará al Comité.
  5. El Director General nombrará a los miembros del Comité de Examen sólo para el periodo que dure el trabajo de una reunión.
  6. El Director General elegirá a los miembros del Comité de Examen sobre la base de los principios de representación geográfica equitativa, paridad entre los géneros, equilibrio de expertos de países desarrollados y países en desarrollo, representación de diferentes corrientes de pensamiento científico, enfoques y experiencia práctica en distintas partes del mundo y un equilibrio interdisciplinario adecuado.

#### *Artículo 51 Funcionamiento*

1. Las decisiones del Comité de Examen se adoptarán por mayoría de los miembros presentes y votantes.
2. El Director General invitará a los Estados Miembros, las Naciones Unidas y sus organismos especializados y otras organizaciones intergubernamentales u organizaciones no gubernamentales pertinentes que mantienen relaciones oficiales con la OMS a que designen representantes para que asistan a las reuniones del Comité. Esos representantes podrán presentar memorandos y, con la anuencia del presidente, hacer declaraciones sobre los temas que se examinen, pero no tendrán derecho de voto.

#### *Artículo 52 Informes*

1. En cada reunión, el Comité de Examen preparará un informe en el que se expondrá el dictamen del Comité. Este informe será aprobado por el Comité de Examen antes de que finalice la reunión. Su dictamen no obligará a la Organización y se emitirá al solo efecto de asesorar al Director General. El texto del informe no podrá ser modificado sin la anuencia del Comité.
2. Si el Comité de Examen no logra unanimidad en sus conclusiones, todo miembro tendrá derecho a expresar su opinión profesional discrepante en un informe individual o colectivo en el que se expondrán las razones por las cuales se sostiene una opinión divergente y que formará parte del informe del Comité.
3. El informe del Comité de Examen se someterá al Director General, quien comunicará el dictamen del Comité a la Asamblea de la Salud o al Consejo Ejecutivo, para que lo examinen y actúen al respecto.

*Artículo 53 Procedimiento relativo a las recomendaciones permanentes*

Cuando el Director General entienda que es necesaria y apropiada una recomendación permanente en relación con un riesgo específico para la salud pública, recabará la opinión del Comité de Examen. Además de los párrafos pertinentes de los artículos 50 a 52, se aplicarán también las disposiciones siguientes:

- a) las propuestas relativas a las recomendaciones permanentes, su modificación o su anulación podrán ser sometidas al Comité de Examen por el Director General o por los Estados Partes, por conducto del Director General;
- b) todo Estado Parte podrá presentar información pertinente para que el Comité la examine;
- c) el Director General podrá solicitar a cualquier Estado Parte, organización intergubernamental u organización no gubernamental que mantenga relaciones oficiales con la OMS, que ponga a disposición del Comité de Examen la información que obre en su poder concerniente al objeto de la recomendación permanente propuesta, según lo especifique el Comité;
- d) el Director General, a petición del Comité de Examen o por propia iniciativa, podrá designar uno o más expertos técnicos que asesoren al Comité. Esos expertos técnicos no tendrán derecho de voto;
- e) los informes en que se consigne el dictamen del Comité de Examen con respecto a las recomendaciones permanentes se presentarán al Director General, para que los examine y decida al respecto. El Director General comunicará el dictamen del Comité a la Asamblea de la Salud;
- f) el Director General comunicará a los Estados Partes las recomendaciones permanentes, así como sus modificaciones o su anulación, junto con el dictamen del Comité de Examen;
- g) el Director General someterá las recomendaciones permanentes a la consideración de la Asamblea de la Salud siguiente.

**TÍTULO X - DISPOSICIONES FINALES***Artículo 54 Presentación de informes y examen*

1. Los Estados Partes y el Director General informarán a la Asamblea de la Salud sobre la aplicación del presente Reglamento según decida la Asamblea de la Salud.
2. La Asamblea de la Salud examinará periódicamente el funcionamiento del presente Reglamento. Con ese fin podrá pedir asesoramiento al Comité de Examen por conducto del Director General. El primero de esos exámenes se realizará antes de que se cumplan cinco años de la entrada en vigor del Reglamento.
3. Periódicamente la OMS realizará estudios en los que se examinará y evaluará el funcionamiento del anexo 2. El primero de esos exámenes se realizará a más tardar un año después de la entrada en vigor del Reglamento. Los resultados de esos exámenes se someterán a la consideración de la Asamblea de la Salud según corresponda.

*Artículo 55 Enmiendas*

1. Cualquiera de los Estados Partes o el Director General podrán proponer enmiendas al presente Reglamento. Esas propuestas de enmienda se someterán a la consideración de la Asamblea de la Salud.
2. El texto de las enmiendas propuestas será transmitido por el Director General a todos los Estados Partes al menos cuatro meses antes de la reunión de la Asamblea de la Salud en la que se propondrá su consideración.
3. Las enmiendas del presente Reglamento que adopte la Asamblea de la Salud de conformidad con el presente artículo entrarán en vigor para todos los Estados Partes en los mismos términos y con sujeción a los mismos derechos y obligaciones previstos en el Artículo 22 de la Constitución de la OMS y en los artículos 59 a 64 del presente Reglamento.

*Artículo 56 Solución de controversias*

1. En caso de que se produzca una controversia entre dos o más Estados Partes acerca de la interpretación o la aplicación del presente Reglamento, los Estados Partes en cuestión tratarán de resolverla en primer lugar negociando entre ellos o de cualquier otra forma pacífica que elijan, incluidos los buenos oficios, la mediación o la conciliación. De no llegar a un entendimiento, las partes en disputa no estarán eximidas de seguir tratando de resolver la controversia.
2. En caso de que la controversia no se solucione por los medios descritos en el párrafo 1 del presente artículo, los Estados Partes en cuestión podrán acordar que se someta al Director General, quien hará todo lo posible por resolverla.
3. Todo Estado Parte podrá en cualquier momento declarar por escrito al Director General que reconoce como obligatorio el arbitraje para la solución de todas las controversias relativas a la interpretación o la aplicación del presente Reglamento en las que sea parte, o de una controversia concreta frente a otro Estado Parte que acepte la misma obligación. El arbitraje se realizará de acuerdo con el Reglamento Facultativo de la Corte Permanente de Arbitraje para el Arbitraje de Controversias entre Dos Estados vigente en el momento en que se formule la petición de arbitraje. Los Estados Partes que hayan acordado reconocer como obligatorio el arbitraje aceptarán el laudo arbitral con carácter vinculante y definitivo. El Director General informará a la Asamblea de la Salud acerca de dicha medida, según proceda.
4. Ninguna disposición del presente Reglamento menoscabará los derechos de que gocen los Estados Partes en virtud de un acuerdo internacional en el que puedan ser partes a recurrir a los mecanismos de solución de controversias de otras organizaciones intergubernamentales o establecidos en virtud de un acuerdo internacional.
5. En caso de que se produzca una controversia entre la OMS y uno o más Estados Partes respecto a la interpretación o aplicación del presente Reglamento, la cuestión será sometida a la Asamblea de la Salud.

*Artículo 57 Relación con otros acuerdos internacionales*

1. Los Estados Partes reconocen que el RSI y demás acuerdos internacionales pertinentes deben interpretarse de forma que sean compatibles. Las disposiciones del RSI no afectarán a los derechos y obligaciones de ningún Estado Parte que deriven de otros acuerdos internacionales.

2. Sin perjuicio de lo dispuesto en el párrafo 1 del presente artículo, ninguna disposición del presente Reglamento impedirá que los Estados Partes que tengan algunos intereses en común debido a sus condiciones sanitarias, geográficas, sociales o económicas concluyan tratados o acuerdos especiales con objeto de facilitar la aplicación del presente Reglamento, y en particular en lo que respecta a las cuestiones siguientes:

- a) intercambio rápido y directo de información concerniente a la salud pública entre territorios vecinos de diferentes Estados;
- b) medidas sanitarias aplicables al tráfico costero internacional y al tránsito internacional por aguas bajo su jurisdicción;
- c) medidas sanitarias aplicables en la frontera común de territorios contiguos de diferentes Estados;
- d) arreglos para el traslado de personas afectadas o restos humanos afectados por medios de transporte especialmente adaptados para ese objeto; y
- e) desratización, desinsectación, desinfección, descontaminación u otros tratamientos concebidos para eliminar de las mercancías los agentes patógenos.

3. Sin perjuicio de las obligaciones que contraen en virtud del presente Reglamento, los Estados Partes que sean miembros de una organización de integración económica regional aplicarán en sus relaciones mutuas las normas comunes en vigor en esa organización de integración económica regional.

#### *Artículo 58 Acuerdos y reglamentos sanitarios internacionales*

1. Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 62 y de las excepciones que a continuación se expresan, el presente Reglamento sustituirá las disposiciones de los siguientes acuerdos y reglamentos sanitarios internacionales entre los Estados obligados por sus estipulaciones y entre esos Estados y la OMS:

- a) Convención Sanitaria Internacional, firmada en París el 21 de junio de 1926;
- b) Convención Sanitaria Internacional sobre Navegación Aérea, firmada en La Haya el 12 de abril de 1933;
- c) Acuerdo Internacional sobre Supresión de las Patentes de Sanidad, firmado en París el 22 de diciembre de 1934;
- d) Acuerdo Internacional sobre Supresión de Visas Consulares en las Patentes de Sanidad, firmado en París el 22 de diciembre de 1934;
- e) Convención firmada en París el 31 de octubre de 1938 para modificar la Convención Sanitaria Internacional del 21 de junio de 1926;
- f) Convención Sanitaria Internacional de 1944, puesta a la firma en Washington el 15 de diciembre de 1944 para modificar la Convención Sanitaria Internacional del 21 de junio de 1926;
- g) Convención Sanitaria Internacional sobre Navegación Aérea de 1944, puesta a la firma en Washington el 15 de diciembre de 1944 para modificar la Convención del 12 de abril de 1933;
- h) Protocolo de 23 de abril de 1946 firmado en Washington para prorrogar la vigencia de la Convención Sanitaria Internacional de 1944;



- i) Protocolo de 23 de abril de 1946 firmado en Washington para prorrogar la vigencia de la Convención Sanitaria Internacional sobre Navegación Aérea de 1944;
  - j) Reglamento Sanitario Internacional de 1951 y Reglamentos Adicionales de 1955, 1956, 1960, 1963 y 1965; y
  - k) Reglamento Sanitario Internacional de 1969, y las modificaciones de 1973 y 1981.
2. Seguirá en vigor el Código Sanitario Panamericano, firmado en La Habana el 14 de noviembre de 1924, con excepción de los artículos 2, 9, 10, 11, 16 a 53 inclusive, 61 y 62, a los cuales se aplicarán las disposiciones pertinentes del párrafo 1 del presente artículo.

*Artículo 59 Entrada en vigor; plazo para la recusación o la formulación de reservas*

1. De conformidad con lo preceptuado en el Artículo 22 de la Constitución de la OMS, el plazo hábil para recusar el presente Reglamento o una enmienda del mismo o para formular reservas a sus disposiciones o a las enmiendas será de 18 meses desde la fecha en que el Director General notifique la adopción del Reglamento o de una enmienda del mismo por la Asamblea de la Salud. No surtirán efecto las notificaciones de recusación ni las reservas que reciba el Director General después de vencido ese plazo.
2. El presente Reglamento entrará en vigor 24 meses después de la fecha de la notificación a que se hace referencia en el párrafo 1 del presente artículo, salvo para:
- a) los Estados que hayan recusado el presente Reglamento o una enmienda del mismo de conformidad con el artículo 61;
  - b) los Estados que hayan formulado una reserva, para los que el presente Reglamento entrará en vigor según lo previsto en el artículo 62;
  - c) los Estados que pasen a ser Miembros de la OMS después de la fecha de la notificación del Director General a que se hace referencia en el párrafo 1 del presente artículo y que no sean ya partes en el presente Reglamento, para los cuales éste entrará en vigor según lo previsto en el artículo 60; y
  - d) los Estados que no son Miembros de la OMS pero aceptan el presente Reglamento, para los cuales entrará en vigor de conformidad con las disposiciones del párrafo 1 del artículo 64.
3. Si un Estado no puede ajustar plenamente sus disposiciones legislativas y administrativas al presente Reglamento dentro del plazo establecido en el párrafo 2 del presente artículo, dicho Estado presentará al Director General, dentro del plazo establecido en el párrafo 1 del presente artículo, una declaración sobre los ajustes pendientes, y ultimaré esos ajustes a más tardar 12 meses después de la entrada en vigor del presente Reglamento para ese Estado Parte.

*Artículo 60 Nuevos Estados Miembros de la OMS*

Cualquier Estado que, después de la fecha de la notificación del Director General a que se hace referencia en el párrafo 1 del artículo 59, ingrese en la Organización en calidad de Miembro y que no sea ya parte en el presente Reglamento podrá notificar su recusación de éste o formular reservas respecto de sus disposiciones en el plazo de doce meses contados desde la fecha de la notificación que le envíe el Director General tras adquirir la condición de Miembro de la OMS. Si a la expiración del plazo indicado no ha sido recusado, el presente Reglamento entrará en vigor para ese Estado con sujeción a las disposiciones de los artículos 62 y 63. En ningún caso entrará en vigor para ese Estado antes de que hayan transcurrido 24 meses desde la fecha de notificación a que se hace referencia en el párrafo 1 del artículo 59.

*Artículo 61 Recusación*

Si un Estado notifica al Director General su recusación del presente Reglamento o de una enmienda del mismo dentro del plazo previsto en el párrafo 1 del artículo 59, dicho Reglamento o la enmienda en cuestión no entrará en vigor para ese Estado. Los acuerdos o reglamentos sanitarios internacionales enumerados en el artículo 58 y en los que ese Estado sea ya Parte se mantendrán en vigor para ese Estado.

*Artículo 62 Reservas*

1. Los Estados podrán formular reservas al presente Reglamento de conformidad con el presente artículo. Esas reservas no podrán ser incompatibles con el objetivo y la finalidad del Reglamento.
2. Las reservas al presente Reglamento se comunicarán al Director General de conformidad con lo dispuesto en el párrafo 1 del artículo 59 y en el artículo 60, el párrafo 1 del artículo 63 o el párrafo 1 del artículo 64, según el caso. Los Estados que no sean Miembros de la OMS podrán formular reservas en el momento en que notifiquen al Director General su aceptación del presente Reglamento. Los Estados que formulen reservas deberán comunicar al Director General los motivos de dichas reservas.
3. La recusación de una parte del presente Reglamento se considerará una reserva.
4. De conformidad con el párrafo 2 del artículo 65, el Director General enviará notificación de toda reserva recibida con arreglo al párrafo 2 del presente artículo; y
  - a) si la reserva se hubiera formulado antes de la entrada en vigor del presente Reglamento, el Director General pedirá a los Estados Miembros que no hayan recusado el presente Reglamento que se le informe, en un plazo de seis meses, de cualquier objeción planteada a las reservas, o
  - b) si la reserva se hubiera formulado después de la entrada en vigor del presente Reglamento, el Director General pedirá a los Estados Partes que se le informe, en un plazo de seis meses, de cualquier objeción planteada a las reservas.

Los Estados Partes que planteen objeciones a las reservas deberán comunicar al Director General los motivos de dichas objeciones.

5. Transcurrido ese plazo, el Director General comunicará a todos los Estados Partes las objeciones planteadas a las reservas. A menos que dentro del plazo de seis meses a contar desde la fecha de la notificación mencionada en el párrafo 4 del presente artículo una reserva haya sido objetada por un tercio de los Estados a que hace referencia el párrafo 4 del presente artículo, se considerará aceptada y el presente Reglamento entrará en vigor para el Estado que la haya presentado, con la salvedad de la propia reserva.
6. Si por lo menos un tercio de los Estados a que hace referencia el párrafo 4 del presente artículo plantean objeciones a una reserva dentro del plazo de seis meses a contar desde la fecha de la notificación mencionada en el párrafo 4 del presente artículo, el Director General notificará de ello al Estado que presentó la reserva con miras a que considere la posibilidad de retirarla dentro de un plazo de tres meses a contar desde la fecha en que el Director General cursó la notificación.
7. El Estado que haya formulado una reserva deberá seguir cumpliendo las obligaciones que hubiera contraído en relación con el asunto objeto de la reserva en virtud de los acuerdos o reglamentos sanitarios internacionales enumerados en el artículo 58.

8. Si el Estado que formula una reserva no la retira en un plazo de tres meses a contar desde la fecha en que el Director General efectuó la notificación mencionada en el párrafo 6 del presente artículo, el Director General recabará la opinión del Comité de Examen si así lo solicita el Estado que formuló la reserva. El Comité de Examen asesorará al Director General, tan pronto como sea posible y de conformidad con el artículo 50, sobre las consecuencias prácticas de la reserva en la aplicación del presente Reglamento.

9. El Director General someterá la reserva formulada y, si procede, las opiniones del Comité de Examen a la consideración de la Asamblea de la Salud. Si la Asamblea de la Salud, con el voto de una mayoría, plantea objeciones a la reserva por entender que es incompatible con el objetivo y la finalidad del presente Reglamento, la reserva no se aceptará, y el presente Reglamento entrará en vigor para el Estado que haya formulado la reserva, únicamente después de que la haya retirado con arreglo al artículo 63. Si la Asamblea de la Salud acepta la reserva, el presente Reglamento entrará en vigor para el Estado que ha formulado la reserva, sin perjuicio de la misma.

#### *Artículo 63 Retiro de recusaciones o reservas*

1. Todo Estado podrá retirar en cualquier momento la recusación presentada de conformidad con el artículo 61 mediante notificación al Director General. En esos casos, el presente Reglamento entrará en vigor para ese Estado cuando el Director General reciba la notificación, salvo que el Estado haya formulado una reserva en el momento de retirar su recusación, en cuyo caso el presente Reglamento entrará en vigor según lo previsto en el artículo 62. En ningún caso entrará en vigor el presente Reglamento para ese Estado antes de que hayan transcurrido 24 desde la fecha de la notificación a que se hace referencia en el párrafo 1 del artículo 59.

2. El Estado Parte en cuestión podrá retirar en cualquier momento las reservas, en todo o en parte, mediante notificación al Director General. En ese caso, la retirada tendrá efecto a partir de la fecha en que el Director General reciba la notificación.

#### *Artículo 64 Estados que no son Miembros de la OMS*

1. Los Estados que sin ser Miembros de la OMS sean partes en cualquiera de los acuerdos o reglamentos sanitarios internacionales enumerados en el artículo 58 o a los que el Director General haya notificado la adopción del presente Reglamento por la Asamblea de la Salud podrán ser partes en el mismo significando su aceptación al Director General y, con sujeción a lo dispuesto en el artículo 62, esa aceptación surtirá efecto desde la fecha de entrada en vigor del presente Reglamento o, si se notifica después de esa fecha, tres meses después de que el Director General haya recibido la notificación de aceptación.

2. Los Estados que sin ser Miembros de la OMS lleguen a ser partes en el presente Reglamento podrán, en todo momento, dejar de participar en su aplicación enviando al Director General la oportuna notificación, que surtirá efecto seis meses después de la fecha en que la reciba el Director General. A partir de ese momento, el Estado que haya dejado de ser parte en el Reglamento deberá reanudar la aplicación de las disposiciones de todos los acuerdos o reglamentos sanitarios internacionales mencionados en el artículo 58 en los que dicho Estado fuera parte anteriormente.

#### *Artículo 65 Notificaciones del Director General*

1. El Director General notificará a todos los Estados Miembros y Miembros Asociados de la OMS, y a las demás partes en los acuerdos o reglamentos sanitarios internacionales mencionados en el artículo 58, la adopción del presente Reglamento por la Asamblea de la Salud.

2. El Director General notificará además a esos Estados, y a cualquier otro que llegue a ser parte en el presente Reglamento o en cualquier modificación del mismo, todas las enmiendas que la OMS reciba de conformidad con lo dispuesto en los artículos 60 a 64, respectivamente, y todas las decisiones que tome la Asamblea de la Salud en cumplimiento del artículo 62.

*Artículo 66 Textos auténticos*

1. Los textos en árabe, chino, español, francés, inglés y ruso del presente Reglamento serán igualmente auténticos. Los textos originales del presente Reglamento serán depositados en los archivos de la OMS.

2. El Director General entregará, con la notificación a que hace referencia el párrafo 1 del artículo 59, copia certificada del presente Reglamento a todos los Miembros y Miembros Asociados y a las demás partes en los acuerdos o reglamentos sanitarios internacionales mencionados en el artículo 58.

3. A la entrada en vigor del presente Reglamento, el Director General entregará al Secretario General de las Naciones Unidas copia certificada del mismo para el cumplimiento del trámite de registro previsto en el artículo 102 de la Carta de las Naciones Unidas.

## ANEXO 1

**A. CAPACIDAD BÁSICA NECESARIA PARA LAS TAREAS DE VIGILANCIA Y RESPUESTA**

1. Los Estados Partes utilizarán las estructuras y recursos nacionales existentes para cumplir los requisitos de capacidad básica que establece el Reglamento con respecto, entre otras cosas, a lo siguiente:
  - a) sus actividades de vigilancia, presentación de informes, notificación, verificación, respuesta y colaboración; y
  - b) sus actividades con respecto a los aeropuertos, puertos y pasos fronterizos terrestres designados.
2. Cada Estado Parte evaluará, dentro de un plazo de dos años contados a partir de la entrada en vigor del presente Reglamento para esa Parte, la capacidad de las estructuras y recursos nacionales existentes para cumplir los requisitos mínimos descritos en el presente anexo. Como consecuencia de esta evaluación, los Estados Partes elaborarán y pondrán en práctica planes de acción para garantizar que estas capacidades básicas existan y estén operativas en todo su territorio según se establece en el párrafo 1 del artículo 5 y el párrafo 1 del artículo 13.
3. Los Estados Partes y la OMS prestarán apoyo a los procesos de evaluación, planificación y puesta en práctica previstos en el presente anexo.
4. En el nivel de la comunidad local y/o en el nivel primario de respuesta de salud pública

Capacidad para:

- a) detectar eventos que supongan niveles de morbilidad o mortalidad superiores a los previstos para un tiempo y lugar determinados, en todas las zonas del territorio del Estado Parte; y
  - b) comunicar de inmediato al nivel apropiado de respuesta de salud pública toda la información esencial disponible. En el nivel de la comunidad, la información se comunicará a las instituciones comunitarias locales de atención de salud o al personal de salud apropiado. En el nivel primario de respuesta de salud pública, la información se comunicará a los niveles intermedio y nacional de respuesta, según sean las estructuras orgánicas. A los efectos del presente anexo, la información esencial incluye lo siguiente: descripciones clínicas, resultados de laboratorio, origen y naturaleza del riesgo, número de casos humanos y de defunciones, condiciones que influyen en la propagación de la enfermedad y medidas sanitarias aplicadas; y
  - c) aplicar de inmediato medidas preliminares de control.
5. En los niveles intermedios de respuesta de salud pública

Capacidad para:

- a) confirmar el estado de los eventos notificados y apoyar o aplicar medidas adicionales de control; y
- b) evaluar inmediatamente los eventos notificados y, si se considera que son apremiantes, comunicar al nivel nacional toda la información esencial. A los efectos del presente anexo, son

criterios para considerar apremiante un evento las repercusiones de salud pública graves y/o el carácter inusitado o inesperado, junto con un alto potencial de propagación.

6. En el nivel nacional

*Evaluación y notificación.* Capacidad para:

- a) evaluar dentro de las 48 horas todas las informaciones relativas a eventos apremiantes; y
- b) notificar el evento inmediatamente a la OMS, por conducto del Centro Nacional de Enlace para el RSI, cuando la evaluación indique que es de obligada notificación conforme a lo estipulado en el párrafo 1 del artículo 6 y en el anexo 2, e informar a la OMS según lo previsto en el artículo 7 y en el párrafo 2 del artículo 9.

*Respuesta de salud pública.* Capacidad para:

- a) determinar rápidamente las medidas de control necesarias a fin de prevenir la propagación nacional e internacional;
- b) prestar apoyo mediante personal especializado, el análisis de muestras en laboratorio (localmente o en centros colaboradores) y asistencia logística (por ejemplo, equipo, suministros y transporte);
- c) prestar la asistencia necesaria *in situ* para complementar las investigaciones locales;
- d) facilitar un enlace operativo directo con funcionarios superiores del sector de la salud y otros sectores para aprobar y aplicar rápidamente medidas de contención y control;
- e) facilitar el enlace directo con otros ministerios pertinentes de los gobiernos;
- f) facilitar enlaces, por los medios de comunicación más eficaces disponibles, con hospitales, dispensarios, aeropuertos, puertos, pasos fronterizos terrestres, laboratorios y otras áreas operativas clave, para difundir la información y las recomendaciones recibidas de la OMS relativas a eventos ocurridos en el propio territorio del Estado Parte y en los territorios de otros Estados Partes;
- g) establecer, aplicar y mantener un plan nacional de respuesta de emergencia de salud pública, inclusive creando equipos multidisciplinarios/multisectoriales para responder a los eventos que puedan constituir una emergencia de salud pública de importancia internacional; y
- h) realizar lo anterior durante las 24 horas del día.

## **B. CAPACIDAD BÁSICA NECESARIA EN LOS AEROPUERTOS, PUERTOS Y PASOS FRONTERIZOS TERRESTRES DESIGNADOS**

1. En todo momento

Capacidad para:

- a) ofrecer acceso *i)* a un servicio médico apropiado, incluidos medios de diagnóstico situados de manera tal que permitan la evaluación y atención inmediatas de los viajeros enfermos, y *ii)* a personal, equipo e instalaciones adecuados;

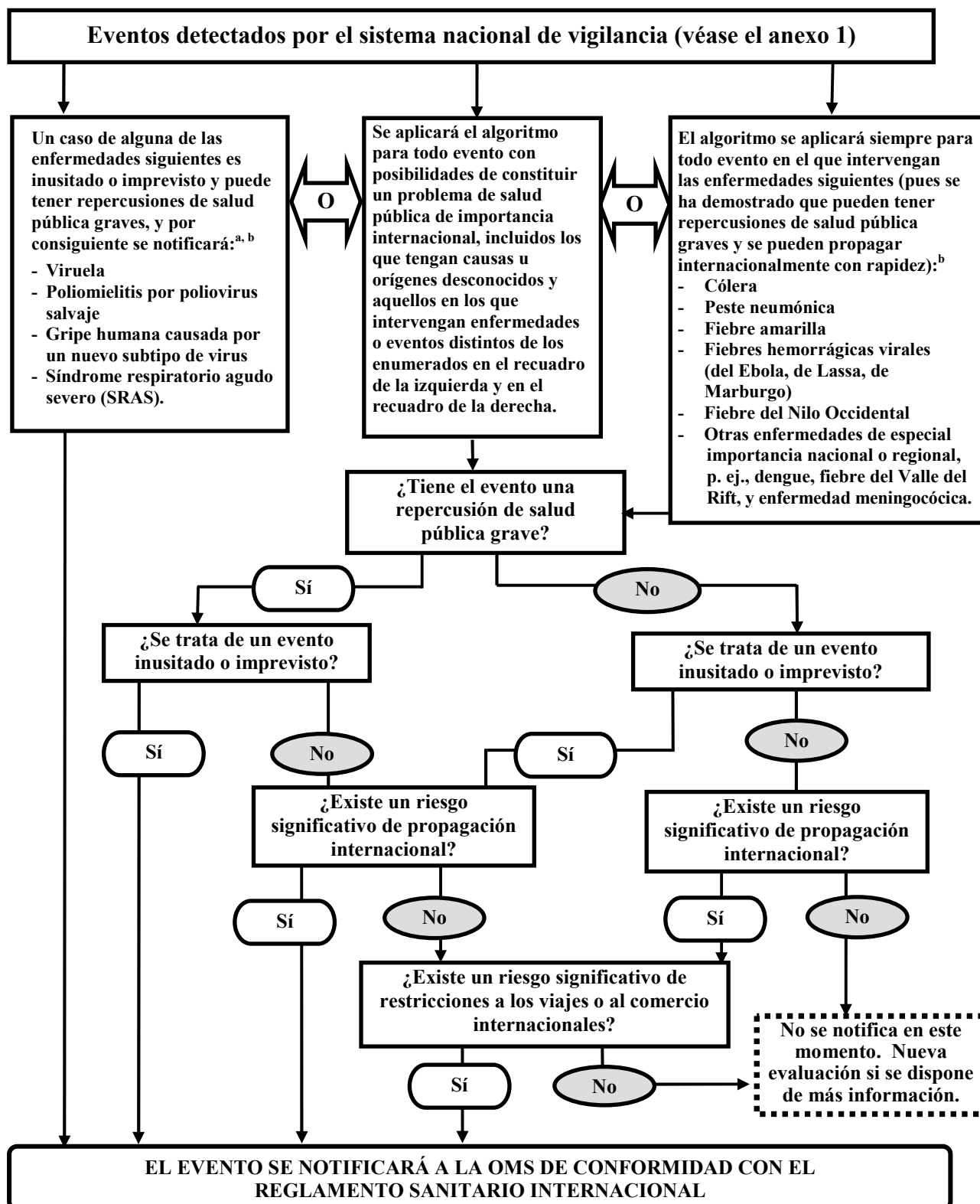
- b)* ofrecer acceso a equipo y personal para el transporte de los viajeros enfermos a una dependencia médica apropiada;
- c)* facilitar personal capacitado para la inspección de los medios de transporte;
- d)* velar por que gocen de un entorno saludable los viajeros que utilicen las instalaciones y servicios de un punto de entrada, en particular de abastecimiento de agua potable, restaurantes, servicios de abastecimiento de comidas para vuelos, aseos públicos, servicios de eliminación de desechos sólidos y líquidos y otras áreas de posible riesgo, ejecutando con ese fin los programas de inspección apropiados; y
- e)* disponer en lo posible de un programa y de personal capacitado para el control de vectores y reservorios en los puntos de entrada y sus cercanías.

2. Para responder a eventos que puedan constituir una emergencia de salud pública de importancia internacional.

Capacidad para:

- a)* responder adecuadamente en caso de emergencia de salud pública, estableciendo y manteniendo un plan de contingencia para emergencias de ese tipo, incluido el nombramiento de un coordinador y puntos de contacto para el punto de entrada pertinente, y los organismos y servicios de salud pública y de otro tipo que corresponda;
- b)* ocuparse de la evaluación y la atención de los viajeros o animales afectados, estableciendo acuerdos con los servicios médicos y veterinarios locales para su aislamiento, tratamiento y demás servicios de apoyo que puedan ser necesarios;
- c)* ofrecer un espacio adecuado para entrevistar a las personas sospechosas o afectadas al que no tengan acceso los demás viajeros;
- d)* ocuparse de la evaluación y, de ser necesario, la cuarentena de los viajeros sospechosos, de preferencia en instalaciones alejadas del punto de entrada;
- e)* aplicar las medidas recomendadas para desinsectizar, desratizar, desinfectar, descontaminar o someter a otro tratamiento equipajes, cargas, contenedores, medios de transporte, mercancías o paquetes postales, inclusive, cuando corresponda, en lugares designados y equipados especialmente a ese efecto;
- f)* aplicar controles de entrada o salida a los viajeros que lleguen o partan; y
- g)* ofrecer acceso a un equipo designado especialmente para el traslado de los viajeros que puedan ser portadores de infección o contaminación, así como a personal capacitado y dotado de la debida protección personal.

**ANEXO 2**  
**INSTRUMENTO DE DECISIÓN PARA LA EVALUACIÓN Y NOTIFICACIÓN DE EVENTOS QUE**  
**PUEBAN CONSTITUIR UNA EMERGENCIA DE SALUD PÚBLICA**  
**DE IMPORTANCIA INTERNACIONAL**



<sup>a</sup> Según las definiciones de casos establecidas por la OMS.

<sup>b</sup> Esta lista de enfermedades se utilizará exclusivamente para los fines del presente Reglamento.



## EJEMPLOS DE APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO DE DECISIÓN PARA LA EVALUACIÓN Y LA NOTIFICACIÓN DE EVENTOS QUE PUEDEN CONSTITUIR UNA EMERGENCIA DE SALUD PÚBLICA DE IMPORTANCIA INTERNACIONAL

*Los ejemplos que figuran en este anexo no son vinculantes y se presentan a título indicativo, para facilitar la interpretación de los criterios del instrumento de decisión.*

### ¿ CUMPLE EL EVENTO AL MENOS DOS DE LOS CRITERIOS SIGUIENTES?

<b>¿Tiene el evento una repercusión de salud pública grave?</b>	<b>I. ¿Tiene el evento una repercusión de salud pública grave?</b>
	1. <i>¿Es alto el número de casos y/o el número de defunciones relacionados con este tipo de evento en el lugar, el momento o la población de que se trata?</i>
	2. <i>¿Es posible que el evento tenga una gran repercusión en la salud pública?</i> EJEMPLOS DE CIRCUNSTANCIAS QUE CONTRIBUYEN A QUE LA REPERCUSIÓN EN LA SALUD PÚBLICA SEA GRANDE: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Evento causado por un patógeno con grandes posibilidades de provocar epidemias (infecciosidad del agente, letalidad elevada, múltiples vías de transmisión o portador sano).</li> <li>✓ Indicación de fracaso del tratamiento (resistencia a los antibióticos nueva o emergente, ineficacia de la vacuna, resistencia al antídoto, ineficacia del antídoto).</li> <li>✓ El evento constituye un riesgo significativo para la salud pública aun cuando se hayan observado muy pocos casos humanos o ninguno.</li> <li>✓ Casos notificados entre el personal de salud.</li> <li>✓ La población en riesgo es especialmente vulnerable (refugiados, bajo nivel de inmunización, niños, ancianos, inmunidad baja, desnutridos, etc.).</li> <li>✓ Factores concomitantes que pueden dificultar o retrasar la respuesta de salud pública (catástrofes naturales, conflictos armados, condiciones meteorológicas desfavorables, focos múltiples en el Estado Parte).</li> <li>✓ Evento en una zona con gran densidad de población.</li> <li>✓ Dispersión de materiales tóxicos, infecciosos, o peligrosos por alguna otra razón, de origen natural u otro, que hayan contaminado o tengan posibilidades de contaminar una población y/o una extensa zona geográfica.</li> </ul>
	3. <i>¿Se necesita ayuda externa para detectar e investigar el evento en curso, responder a él y controlarlo, o para prevenir nuevos casos?</i> EJEMPLOS DE CUÁNDO PUEDE NECESITARSE AYUDA: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Recursos humanos, financieros, materiales o técnicos insuficientes, en particular: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Insuficiente capacidad de laboratorio o epidemiológica para investigar el evento (equipo, personal, recursos financieros).</li> <li>- Insuficiencia de antídotos, medicamentos y/o vacunas y/o equipo de protección, de descontaminación o de apoyo, para atender las necesidades estimadas.</li> <li>- El sistema de vigilancia existente es inadecuado para detectar a tiempo nuevos casos.</li> </ul> </li> </ul>
<b>¿TIENE EL EVENTO UNA REPERCUSIÓN DE SALUD PÚBLICA GRAVE?</b> <b>Conteste «sí» si ha contestado «sí» a las preguntas 1, 2 ó 3 <i>supra</i>.</b>	

¿Se trata de un evento inusitado o imprevisto?	II. ¿Se trata de un evento inusitado o imprevisto?
	<p>4. <i>¿Es un evento inusitado?</i></p> <p>EJEMPLOS DE EVENTOS INUSITADOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ El evento es causado por un agente desconocido, o bien la fuente, el vehículo o la vía de transmisión son inusitados o desconocidos.</li> <li>✓ La evolución de los casos (incluida la morbilidad o la letalidad) es más grave de lo previsto o presenta síntomas no habituales.</li> <li>✓ La manifestación del evento mismo resulta inusual para la zona, la estación o la población.</li> </ul>
	<p>5. <i>¿Es un evento imprevisto desde una perspectiva de salud pública?</i></p> <p>EJEMPLOS DE EVENTOS IMPREVISTOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Evento causado por una enfermedad o un agente ya eliminado o erradicado del Estado Parte o no notificado anteriormente.</li> </ul>
	<p><b>¿SE TRATA DE UN EVENTO INUSITADO O IMPREVISTO?</b></p> <p><b>Conteste «sí» si ha contestado «sí» a las preguntas 4 ó 5 <i>supra</i>.</b></p>

¿Existe un riesgo significativo de propagación internacional?	III. ¿Existe un riesgo significativo de propagación internacional?
	<p>6. <i>¿Hay pruebas de una relación epidemiológica con eventos similares ocurridos en otros Estados Partes?</i></p>
	<p>7. <i>¿Hay algún factor que alerte sobre el posible desplazamiento transfronterizo del agente, vehículo o huésped?</i></p> <p>EJEMPLOS DE CIRCUNSTANCIAS QUE PUEDEN PREDISPONER PARA LA PROPAGACIÓN INTERNACIONAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Cuando hay pruebas de propagación local, un caso índice (u otros casos relacionados) con antecedentes en el curso del mes anterior de: <ul style="list-style-type: none"> <li>- viaje internacional (o lapso equivalente al periodo de incubación si se conoce el patógeno)</li> <li>- participación en una reunión internacional (peregrinación, acontecimiento deportivo, conferencia, etc.)</li> <li>- estrecho contacto con un viajero internacional o una población muy móvil.</li> </ul> </li> <li>✓ Evento causado por una contaminación ambiental que puede traspasar las fronteras internacionales.</li> <li>✓ Evento ocurrido en una zona de intenso tráfico internacional con limitada capacidad de control sanitario o de detección o descontaminación ambiental.</li> </ul>
	<p><b>¿EXISTE UN RIESGO SIGNIFICATIVO DE PROPAGACIÓN INTERNACIONAL?</b></p> <p><b>Conteste «sí» si ha contestado «sí» a las preguntas 6 ó 7 <i>supra</i>.</b></p>

<b>¿Existe un riesgo de restricciones internacionales?</b>	<b>IV. ¿Existe un riesgo significativo de restricciones internacionales a los viajes o al comercio?</b>
	8. <i>¿A raíz de eventos similares anteriores se impusieron restricciones internacionales al comercio o los viajes?</i>
	9. <i>¿Se sospecha o se sabe que la fuente es un alimento, el agua o cualquier otra mercancía que pueda estar contaminada y que se haya exportado a otros Estados o importado de otros Estados?</i>
	10. <i>¿Se ha producido el evento en conexión con alguna reunión internacional o en una zona de intenso turismo internacional?</i>
	11. <i>¿Ha dado lugar el evento a solicitudes de más información por parte de funcionarios extranjeros o medios de comunicación internacionales?</i>
	<b>¿EXISTE UN RIESGO SIGNIFICATIVO DE RESTRICCIONES INTERNACIONALES AL COMERCIO O A LOS VIAJES?</b> <b>Conteste «sí» si ha contestado «sí» a las preguntas 8, 9, 10 u 11 <i>supra</i>.</b>

Los Estados Partes que hayan contestado «sí» a la pregunta sobre si el evento satisface dos de los cuatro criterios (I-IV) anteriores deberán cursar una notificación a la OMS con arreglo al artículo 6 del Reglamento Sanitario Internacional.

# MODELO DE CERTIFICADO DE EXENCIÓN DEL CONTROL DE SANIDAD A BORDO/CERTIFICADO DE CONTROL DE SANIDAD A BORDO

Puerto de ..... Fecha .....

El presente Certificado da fe de la inspección y 1) la exención del control o 2) las medidas de control aplicadas

Nombre de la embarcación de navegación marítima o interior ..... Pabellón ..... Matrícula/Nº OMI.....

En el momento de la inspección las bodegas estaban vacías/cargadas con ..... toneladas de .....carga

Nombre y dirección del inspector .....

# Certificado de control de sanidad a bordo

Áreas [sistemas y servicios] inspeccionados	Pruebas encontradas <sup>1</sup>	Resultados de las muestras <sup>2</sup>	Documentos examinados
Cocina			Registro médico
Depensa			Cuaderno de bitácora
Almacenes			Otros
Bodega(s)/carga			
Camarotes:			
- tripulación			
- oficiales			
- pasajeros			
- cubierta			
Agua potable			
Aguas residuales			
Depósitos de lastre			
Desechos sólidos y médicos			
Agua estancada			
Sala de máquinas			
Servicios médicos			
Otras áreas especificadas (véase el apéndice)			
Indique con N/P las áreas donde no proceda			

Las medidas de control consignadas se aplicaron en la fecha que figura a continuación.

Nombre y cargo del funcionario que expide el certificado .....  
Firma y sello .....  
Fecha.....

<sup>1</sup> a) Pruebas de infección o contaminación, que comprenden: vectores en cualquier etapa de crecimiento; reservorios animales de vectores; roedores u otras especies que podrían ser portadoras de enfermedades humanas, riesgos microbiológicos, químicos y de otra índole para la salud humana; b) Información de que se han presentado casos humanos (que hayan de consignarse en la Declaración Marítima de Sanidad).

<sup>2</sup> Resultados de las muestras tomadas a bordo. El análisis se hará llegar al capitán de la embarcación por el medio más rápido posible y, en caso de que se requiera una reinspección, al siguiente puerto de escala que convenga y que coincida con la fecha que se consigne en este certificado para la reinspección.

Los certificados de exención del control de sanidad a bordo y los certificados de control de sanidad a bordo tienen una validez máxima de seis meses, que podrá prorrogarse un mes si no es posible realizar la inspección en el puerto y no hay pruebas de infección o contaminación.

APÉNDICE DEL MODELO DE CERTIFICADO DE EXENCIÓN DEL CONTROL DE SANIDAD A BORDO/CERTIFICADO DE CONTROL DE SANIDAD A BORDO

Áreas/servicios/sistemas inspeccionados	Pruebas encontradas	Resultados de las muestras	Documentos examinados	Medidas de control aplicadas	Fecha de reinspección	Observaciones sobre las condiciones encontradas
<b>Alimentos</b>						
Procedencia						
Almacenamiento						
Preparación						
Servicio						
<b>Agua</b>						
Procedencia						
Almacenamiento						
Distribución						
<b>Desechos</b>						
Almacenamiento						
Tratamiento						
Evacuación						
<b>Piscinas/gimnasios</b>						
Equipo						
Funcionamiento						
<b>Servicios médicos</b>						
Equipo y dispositivos médicos						
Funcionamiento						
Medicamentos						
<b>Otras áreas inspeccionadas</b>						

Si algo no procede en alguna de las áreas enumeradas, escriba n/p.

## ANEXO 4

### **PRESCRIPCIONES TÉCNICAS RELATIVAS A LOS MEDIOS DE TRANSPORTE Y LOS OPERADORES DE MEDIOS DE TRANSPORTE**

#### Sección A. Operadores de medios de transporte

1. Los operadores de medios de transporte facilitarán:
  - a) las inspecciones de la carga, los contenedores y el medio de transporte;
  - b) los exámenes médicos de las personas a bordo;
  - c) la aplicación de otras medidas sanitarias de conformidad con el presente Reglamento; y
  - d) la presentación de la información pertinente a la salud pública que solicite el Estado Parte.
2. Los operadores de medios de transporte presentarán a la autoridad competente un certificado válido de exención del control de sanidad a bordo, o un certificado válido de control de sanidad a bordo o una Declaración Marítima de Sanidad o una Declaración General de Aeronave, parte sanitaria, con arreglo al presente Reglamento.

#### Sección B. Medios de transporte

1. Las medidas de control a las que sean sometidos equipajes, cargas, contenedores, medios de transporte o mercancías en virtud del presente Reglamento se aplicarán de manera adecuada para evitar en lo posible cualquier perjuicio o molestia a las personas o cualquier daño a los equipajes, las cargas, los contenedores, los medios de transporte o las mercancías. Siempre que sea posible y apropiado, las medidas de control se aplicarán cuando el medio de transporte y las bodegas estén vacíos.
2. Los Estados Partes consignarán por escrito las medidas aplicadas a una carga, un contenedor o un medio de transporte, las partes tratadas, los métodos empleados, y los motivos de su aplicación. Tratándose de aeronaves, esta información se comunicará por escrito a la persona a cargo de la aeronave, y tratándose de embarcaciones, se consignará en el certificado de control de sanidad a bordo. En el caso de otras cargas, contenedores o medios de transporte, los Estados Partes facilitarán esa información por escrito a los consignadores, consignatarios, transportistas, la persona a cargo del medio de transporte o los agentes respectivos.

## ANEXO 5

**MEDIDAS CONCRETAS RELATIVAS A LAS ENFERMEDADES  
TRANSMITIDAS POR VECTORES**

1. La OMS publicará periódicamente una lista de las zonas que son objeto de una recomendación de que se desinsecten los medios de transporte procedentes de ellas u otras medidas de lucha antivectorial. La determinación de esas zonas se hará de conformidad con los procedimientos relativos a las recomendaciones temporales o permanentes, según proceda.
2. Los medios de transporte que abandonen un punto de entrada situado en una zona que sea objeto de una recomendación de que se controlen los vectores deben ser desinsectados y mantenidos exentos de vectores. Deberán emplearse, cuando los haya, los métodos y materiales reconocidos por la Organización para estos procesos. Se dejará constancia de la presencia de vectores a bordo de un medio de transporte y de las medidas de control aplicadas para erradicarlos:
  - a) tratándose de una aeronave, en la parte sanitaria de la Declaración General de Aeronave, a menos que esa parte de la Declaración no sea exigida por la autoridad competente del aeropuerto de llegada;
  - b) tratándose de embarcaciones, en los certificados de control de sanidad a bordo; y
  - c) tratándose de otros medios de transporte, en un testimonio escrito del tratamiento realizado, que se facilitará al consignador, el consignatario, el transportista, la persona a cargo del medio de transporte o sus agentes respectivos.
3. Los Estados Partes deberán aceptar la desinsectación, la desratización y demás medidas de control de los medios de transporte que apliquen otros Estados si se han empleado los métodos y materiales recomendados por la Organización.
4. Los Estados Partes elaborarán programas para controlar los vectores capaces de transportar agentes infecciosos que supongan un riesgo para la salud pública hasta una distancia mínima de 400 metros de las zonas de las instalaciones de los puntos de entrada utilizadas para operaciones en las que intervienen viajeros, medios de transporte, contenedores, cargas y paquetes postales, que podrá ampliarse en presencia de vectores con un área de distribución mayor.
5. Si hace falta una inspección complementaria para verificar los buenos resultados de las medidas de lucha antivectorial aplicadas, la autoridad competente que haya aconsejado ese seguimiento informará de esta prescripción a las autoridades competentes del siguiente puerto o aeropuerto de escala conocido con capacidad para realizar la inspección. De tratarse de una embarcación, el dato se consignará en el certificado de control de sanidad a bordo.
6. Un medio de transporte se podrá considerar sospechoso y deberá ser inspeccionado en busca de vectores y reservorios:
  - a) si hay a bordo un posible caso de enfermedad transmitida por vectores;
  - b) si ha habido a bordo un posible caso de enfermedad transmitida por vectores durante un viaje internacional; o bien

c) si el lapso transcurrido desde su salida de una zona afectada permite que los vectores presentes a bordo puedan seguir siendo portadores de enfermedad.

7. Los Estados Partes no prohibirán el aterrizaje de una aeronave o el atraque de una embarcación en su territorio si se han aplicado las medidas de control previstas en el párrafo 3 del presente anexo o las recomendadas por la OMS. No obstante, podrá exigirse a las aeronaves o embarcaciones procedentes de una zona afectada que aterricen en los aeropuertos o se dirijan a los puertos designados por el Estado Parte para tal fin.

8. Los Estados Partes podrán aplicar medidas de lucha antivectorial a los medios de transporte procedentes de una zona afectada por una enfermedad transmitida por vectores si en su territorio se encuentran los vectores de esa enfermedad.



## ANEXO 6

**VACUNACIÓN, PROFILAXIS Y CERTIFICADOS CONEXOS**

1. Las vacunas y demás medidas profilácticas detalladas en el anexo 7 o recomendadas en el presente Reglamento serán de calidad adecuada; las vacunas y medidas profilácticas indicadas por la OMS estarán sujetas a su aprobación. A petición de la OMS, el Estado Parte le facilitará las pruebas pertinentes de la idoneidad de las vacunas y los tratamientos profilácticos administrados en su territorio de conformidad con el presente Reglamento.
2. Las personas a las que se administren vacunas u otros tratamientos profilácticos con arreglo al presente Reglamento recibirán un certificado internacional de vacunación o profilaxis (en adelante el «certificado»), conforme al modelo que figura en el presente anexo. Los certificados habrán de ajustarse en todo al modelo reproducido en este anexo.
3. Los certificados que se expidan conforme a lo dispuesto en el presente anexo sólo serán válidos si la vacuna o el tratamiento profiláctico administrados han sido aprobados por la OMS.
4. Los certificados deberán ir firmados de su puño y letra por el clínico que supervise la administración de la vacuna o el tratamiento profiláctico, que habrá de ser un médico u otro agente de salud autorizado. Los certificados han de llevar también el sello oficial del centro administrador; sin embargo, este sello oficial no podrá aceptarse en sustitución de la firma.
5. Los certificados se rellenarán por completo, en francés o en inglés. También podrá utilizarse otro idioma, además del francés o del inglés.
6. Las enmiendas o tachaduras y la omisión de cualquiera de los datos requeridos podrán acarrear la invalidez del certificado.
7. Los certificados son documentos de carácter personal; en ningún caso se podrán utilizar certificados colectivos. Los certificados de los niños se expedirán por separado.
8. Los padres o tutores deberán firmar los certificados de vacunación de los menores que no puedan escribir. Los analfabetos firmarán de la manera habitual, es decir poniendo una señal y haciendo acreditar por otra persona que esa señal es del titular del certificado.
9. El clínico supervisor que considere contraindicada una vacunación o una medida profiláctica por razones médicas facilitará al interesado una declaración escrita en francés o en inglés, y si procede en otro idioma además de uno de esos dos, de los motivos en que funde su opinión; a su llegada, las autoridades competentes deberán tomar en consideración esa declaración. El clínico supervisor y las autoridades competentes informarán a estas personas de los riesgos que puede entrañar la no vacunación y la no aplicación de medidas profilácticas de conformidad con el párrafo 4 del artículo 23.
10. Los documentos equivalentes expedidos por las Fuerzas Armadas a su personal en servicio activo se admitirán en vez de los certificados internacionales del modelo reproducido en este anexo cuando contengan:
  - a) información médica equivalente a la prescrita en ese modelo; y
  - b) una declaración en francés o en inglés y, si procede, en otro idioma además de uno de esos dos, acreditativa de la naturaleza y la fecha de la vacunación o la profilaxis practicada y de que el documento se expide de conformidad con el presente párrafo.

### MODELO DE CERTIFICADO INTERNACIONAL DE VACUNACIÓN O PROFILAXIS

Certifíquese que [nombre] ....., nacido(a) el ....., sexo .....,  
nacionalidad ....., documento nacional de identificación, si procede .....  
cuya firma aparece a continuación .....  
en la fecha indicada ha sido vacunado(a) o ha recibido tratamiento profiláctico contra:  
(nombre de la enfermedad o dolencia) .....  
de conformidad con el Reglamento Sanitario Internacional.

Vacuna o profilaxis	Fecha	Firma y título profesional del clínico supervisor	Fabricante y número de lote de la vacuna o del producto profiláctico	Validez del certificado desde ..... hasta .....	Sello oficial del centro administrador
1.					
2.					

El presente certificado sólo será válido si la vacuna o el tratamiento profiláctico administrado ha sido aprobado por la Organización Mundial de la Salud.

El presente certificado deberá ir firmado de su puño y letra por el clínico, que habrá de ser el médico o el agente de salud autorizado que haya supervisado la administración de la vacuna o el tratamiento profiláctico. El certificado ha de llevar también el sello oficial del centro administrador; sin embargo, el sello oficial no podrá aceptarse en sustitución de la firma.

Las enmiendas, tachaduras o borrados y la omisión de cualquiera de los datos requeridos podrán acarrear la invalidez del presente certificado.

La validez del presente certificado se extenderá hasta la fecha indicada para la vacunación o el tratamiento profiláctico de que se trate. El certificado deberá ser cumplimentado íntegramente en inglés o en francés. También se podrá cumplimentar, en el mismo documento, en otro idioma además de uno de los dos citados.

## ANEXO 7

**REQUISITOS CONCERNIENTES A LA VACUNACIÓN O LA PROFILAXIS  
CONTRA ENFERMEDADES DETERMINADAS**

1. Además de las recomendaciones de vacunación o profilaxis, se podrá exigir a los viajeros, como condición para su entrada en un Estado Parte, prueba de vacunación o profilaxis contra las enfermedades expresamente designadas en el presente Reglamento, que son las siguientes:

Fiebre amarilla.

2. Consideraciones y requisitos concernientes a la vacunación contra la fiebre amarilla:

*a)* A los efectos del presente anexo:

*i)* se fija en seis días el periodo de incubación de la fiebre amarilla;

*ii)* las vacunas contra la fiebre amarilla aprobadas por la OMS protegen de la infección a partir de los 10 días siguientes a su administración;

*iii)* la protección dura 10 años; y

*iv)* el certificado de vacunación contra la fiebre amarilla tendrá una validez de 10 años, a contar a partir de 10 días después de la fecha de vacunación, o, en el caso de las revacunaciones, de 10 años a contar a partir de la fecha de revacunación.

*b)* Podrá exigirse la vacunación contra la fiebre amarilla a todos los viajeros que salgan de una zona respecto de la cual la Organización haya determinado que existe riesgo de transmisión de la fiebre amarilla.

*c)* Cuando un viajero esté en posesión de un certificado de vacunación antiamarílica cuyo plazo de validez no haya empezado todavía, podrá autorizarse su salida, pero a su llegada podrán aplicársele las disposiciones del párrafo 2(*h*) del presente anexo.

*d)* No podrá tratarse como sospechoso de infección a ningún viajero que esté en posesión de un certificado válido de vacunación antiamarílica, aun cuando proceda de una zona respecto de la cual la Organización haya determinado que existe riesgo de transmisión de la fiebre amarilla.

*e)* De conformidad con el párrafo 1 del anexo 6, sólo deberán utilizarse las vacunas antiamarílicas aprobadas por la Organización.

*f)* Los Estados Partes designarán los centros concretos en que puede realizarse la vacunación contra la fiebre amarilla dentro de su territorio para garantizar la calidad y seguridad de los materiales y procedimientos utilizados.

*g)* Todos los empleados de los puntos de entrada situados en zonas respecto de las cuales la Organización haya determinado que existe riesgo de transmisión de la fiebre amarilla, y todos los tripulantes de los medios de transporte que utilicen esos puntos de entrada, deberán estar en posesión de certificados válidos de vacunación antiamarílica.

*h)* Los Estados Partes en cuyo territorio existan vectores de la fiebre amarilla podrán exigir a los viajeros procedentes de una zona respecto de la cual la Organización haya determinado que existe riesgo de transmisión de la fiebre amarilla y que no estén en posesión de un certificado válido de vacunación antiamarílica que se sometan a cuarentena hasta que el certificado sea válido, o por un máximo de seis días contados desde la fecha de la última exposición posible a la infección si este último periodo fuera más corto que el primero.

*i)* No obstante, se podrá permitir la entrada de los viajeros que posean una exención de la vacunación antiamarílica, firmada por un funcionario médico autorizado o un agente de salud autorizado, a reserva de las disposiciones del párrafo precedente de este anexo y siempre que se les facilite información sobre la protección contra los vectores de la fiebre amarilla. Si los viajeros no son sometidos a cuarentena, podrá exigírseles que informen a la autoridad competente de cualquier síntoma febril u otro y podrán ser sometidos a vigilancia.

## ANEXO 8

## MODELO DE DECLARACIÓN MARÍTIMA DE SANIDAD

Debe ser cumplimentada y presentada a las autoridades competentes por los capitanes de las embarcaciones procedentes de puertos extranjeros.

Presentada en el puerto de..... Fecha.....  
 Nombre de la embarcación de navegación marítima o interior..... Matrícula /Nº OMI.....  
 Procedencia..... Destino.....  
 (Nacionalidad)(Pabellón de la embarcación)..... Nombre y apellido del capitán.....  
 Tonelaje bruto (embarcaciones de navegación marítima).....  
 Tonelaje (embarcaciones de navegación interior).....  
 ¿Lleva a bordo certificado válido de exención del control de sanidad o de control de sanidad? Sí... No... Expedido en..... Fecha.....  
 ¿Se requiere reinspección? Sí... No...  
 ¿Ha tocado la embarcación una zona que la OMS haya declarado afectada? Sí... No...  
 Puerto y fecha de la visita.....  
 Enumere los puertos de escala desde el comienzo de la travesía internacional, o en los treinta últimos días si este periodo fuera más corto, con indicación de las fechas de salida:

.....  
 Cuando lo solicite la autoridad competente del puerto de llegada, enumere los tripulantes, pasajeros u otras personas que se hayan embarcado desde el comienzo de la travesía internacional, o en los treinta últimos días si este periodo fuera más corto, indicando todos los puertos/países visitados en ese periodo (en caso necesario, añada nuevas anotaciones a las planillas adjuntas):

- 1) Nombre..... embarcado desde: 1).....2).....3).....  
 2) Nombre..... embarcado desde: 1).....2).....3).....  
 3) Nombre..... embarcado desde: 1).....2).....3).....

Número de tripulantes a bordo.....

Número de pasajeros a bordo.....

## Cuestionario de sanidad

- 1) ¿Ha fallecido a bordo durante la travesía alguna persona por causas distintas de un accidente? Sí... No...  
 En caso afirmativo, consigne los detalles en la planilla adjunta. Nº total de defunciones .....
- 2) ¿Existe a bordo o se ha producido durante la travesía internacional algún presunto caso de enfermedad infecciosa? Sí... No... En caso afirmativo, consigne los detalles en la planilla adjunta.
- 3) ¿Ha sido mayor de lo normal/previsto el número total de pasajeros enfermos durante la travesía? Sí... No...  
 ¿Cuál es el número de personas enfermas?
- 4) ¿Hay a bordo algún enfermo en el momento actual? Sí... No... En caso afirmativo, consigne los detalles en la planilla adjunta.
- 5) ¿Se consultó a un médico? Sí... No... En caso afirmativo, consigne los detalles del dictamen médico en la planilla adjunta.
- 6) ¿Tiene usted conocimiento de alguna otra condición existente a bordo que pueda dar lugar a una infección o a la propagación de una enfermedad? Sí... No... En caso afirmativo, consigne los detalles en la planilla adjunta.
- 7) ¿Se ha adoptado a bordo alguna medida sanitaria (por ejemplo, cuarentena, aislamiento, desinfección o descontaminación)? Sí... No...  
 En caso afirmativo, especifique el tipo, el lugar y la fecha.....
- 8) ¿Se han encontrado polizones a bordo? Sí... No... En caso afirmativo, ¿dónde embarcaron (si se tiene esa información)? .....
- 9) ¿Se ha encontrado algún animal/animal de compañía enfermo a bordo? Sí... No...

**Nota:** En ausencia de un médico, el capitán deberá considerar que los siguientes síntomas son base suficiente para sospechar de la presencia de una enfermedad infecciosa:

- a) fiebre, persistente durante varios días o acompañada de i) postración; ii) disminución del nivel de conciencia; iii) inflamación ganglionar; iv) ictericia; v) tos o disnea; vi) hemorragia inusitada o vii) parálisis;
- b) con o sin fiebre: i) cualquier erupción cutánea o sarpullido agudos; ii) vómitos intensos (no debidos a mareo); iii) diarrea intensa; o iv) convulsiones recurrentes.

Los datos y respuestas que se consignan en la presente Declaración de Sanidad y en la planilla adjunta son, según mi leal saber y entender, exactos y conformes a la verdad.

Firmado .....

Capitán

Refrendado .....

Médico de a bordo (si lo hubiere)

Fecha.....

**PLANILLA ADJUNTA AL MODELO DE DECLARACIÓN MARÍTIMA DE SANIDAD**

Nombre	Clase o grado	Edad	Sexo	Nacionalidad	Puerto y fecha de embarque	Naturaleza de la enfermedad	Fecha de aparición de los síntomas	¿Notificada a un médico de puerto?	Resolución del caso*	Medicamentos administrados al paciente	Observaciones

\* Indique: 1) si el paciente ha recobrado la salud, si todavía sigue enfermo, o si ha fallecido; y 2) si el paciente sigue a bordo, si fue evacuado (dése el nombre del puerto o aeropuerto), o si ha recibido sepultura en alta mar.

## ANEXO 9

**ESTE DOCUMENTO FORMA PARTE DE LA DECLARACIÓN GENERAL  
DE AERONAVE DECRETADA POR LA ORGANIZACIÓN  
DE AVIACIÓN CIVIL INTERNACIONAL<sup>1</sup>****PARTE SANITARIA DE LA DECLARACIÓN GENERAL DE AERONAVE***Declaración de sanidad*

Personas a bordo que tienen una enfermedad distinta de los efectos del mareo o de las consecuencias de un accidente (incluso las que presenten síntomas o signos patológicos como erupciones, fiebre, escalofríos o diarrea) y enfermos desembarcados durante el viaje.....

.....

Cualquier otra circunstancia a bordo que pueda provocar la propagación de una enfermedad

.....

Detalles de todas las desinsectaciones o tratamientos sanitarios efectuados durante el viaje (lugar, fecha, hora y método). Si no se ha efectuado ninguna desinsectación durante el viaje, consígnense los detalles de la desinsectación más reciente

.....

.....

Firma, si se exige .....

Miembro de la tripulación

(Octava sesión plenaria, 23 de mayo de 2005 -  
Comisión A, tercer informe)

**WHA58.4 Resolución de Apertura de Créditos para el ejercicio 2006-2007**

La 58ª Asamblea Mundial de la Salud

1. RESUELVE abrir créditos para el ejercicio 2006-2007 por un importe de US\$ 995 315 000 con cargo al presupuesto ordinario, como sigue:

---

<sup>1</sup> Un grupo de trabajo oficioso que se reunió durante la segunda reunión del Grupo de Trabajo Intergubernamental recomendó introducir en el presente documento modificaciones que la OMS someterá a la consideración apropiada de la Organización de Aviación Civil Internacional.

<b>Sección</b>	<b>Asignación de los créditos</b>	<b>Importe</b>
		US\$
1.	Intervenciones de salud esenciales	238 343 000
2.	Políticas, sistemas y productos de salud	164 913 000
3.	Determinantes de la salud	96 156 000
4.	Recursos para la ejecución del programa	251 770 000
5.	Presencia básica de la OMS en los países	128 624 000
6.	Varios	35 509 000
	Presupuesto efectivo	915 315 000
7.	Transferencia al Fondo de Igualdad de Impuestos	80 000 000
	<b>Total</b>	<b>995 315 000</b>

2. RESUELVE financiar el presupuesto ordinario para el ejercicio 2006-2007 como sigue:

<b>Fuente de financiación</b>	<b>Importe</b>
	US\$
Ingresos varios estimados	22 200 000
Contribuciones netas de los Miembros al presupuesto ordinario <sup>1</sup>	893 115 000
Transferencia al Fondo de Igualdad de Impuestos	80 000 000
<b>Total</b>	<b>995 315 000</b>

3. RESUELVE ADEMÁS:

1) que, no obstante lo dispuesto en el párrafo 4.3 del Reglamento Financiero, el Director General podrá efectuar transferencias de créditos entre las secciones del presupuesto efectivo, siempre que el importe de las transferencias efectuadas con cargo a una sección no exceda del 10% de la dotación de ésta; todas esas transferencias constarán en el informe financiero sobre el ejercicio 2006-2007; cualquier otra transferencia que sea necesaria habrá de hacerse y notificarse con sujeción a las disposiciones del párrafo 4.3 del Reglamento Financiero;

2) que, de conformidad con las disposiciones del Reglamento Financiero, se liberarán las cantidades necesarias para atender el pago de las obligaciones contraídas entre el 1 de enero de 2006 y el 31 de diciembre de 2007, sin que su importe pueda exceder de los créditos abiertos en el párrafo 1; no obstante lo dispuesto en el presente párrafo, el Director General limitará las obligaciones que hayan de contraerse durante el ejercicio 2006-2007 al importe de las secciones 1 a 6 de la Resolución de Apertura de Créditos;

<sup>1</sup> Véase también el párrafo 3(3).



- 3) que de la cuantía de la contribución que ha de abonar cada Miembro se deducirán las cantidades abonadas en su favor en el Fondo de Iguala de Impuestos; que esa deducción se ajustará en el caso de los Miembros que gravan con impuestos los sueldos percibidos por los funcionarios de la OMS, impuestos que la Organización reembolsa a ese personal; el monto total de esos reembolsos se estima en US\$ 9 114 080, lo que eleva las contribuciones de los Miembros a un total de US\$ 902 229 080;
4. DECIDE:
- 1) que, en relación con la resolución WHA56.34 y no obstante las disposiciones del artículo 5.1 del Reglamento Financiero, una cuantía de US\$ 8 655 000 se financiará directamente con cargo a la Cuenta de Ingresos Varios para disponer de un mecanismo de ajuste en beneficio de los Estados Miembros que resulten afectados por el incremento de la cuota de contribución correspondiente al ejercicio 2006-2007 respecto de la aplicable en el ejercicio 2000-2001 y que comuniquen a la Organización su deseo de beneficiarse de ese mecanismo;
- 2) que la cuantía necesaria para efectuar los pagos relativos al plan de incentivos financieros correspondientes a 2006 y 2007, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo 6.5 del Reglamento Financiero, estimada en US\$ 1 000 000, se financiará directamente con cargo a la Cuenta de Ingresos Varios;
- 3) que el nivel del Fondo de Operaciones se mantenga en US\$ 31 000 000, como se decidió anteriormente en la resolución WHA56.32;
5. TOMA NOTA de que los gastos del presupuesto por programas para el ejercicio 2006-2007 que se financiarán con cargo a contribuciones voluntarias se estiman en US\$ 2 398 126 000, lo que eleva el total del presupuesto por programas, teniendo en cuenta los fondos de todas las procedencias, a US\$ 3 313 441 000;
6. ENCOMIA los nuevos progresos realizados por el Director General en la aplicación de un marco de gestión basado en los resultados, y apoya el examen sistemático de la totalidad de las políticas y los procedimientos administrativos y de gestión con objeto de simplificar y modificar los mecanismos de actuación de la OMS para lograr un mayor impacto manteniendo operaciones de costo más reducido;
7. PIDE al Director General:
- 1) que a partir de la 116ª reunión del Consejo Ejecutivo, y teniendo presentes el artículo XV del Reglamento Financiero (Resoluciones que implican gastos) y el artículo 13 del Reglamento Interior de la Asamblea Mundial de la Salud, prepare un informe sobre las consecuencias administrativas y financieras de toda resolución cuya adopción se proponga al Consejo Ejecutivo o a la Asamblea de la Salud, y vele por que ese informe se presente antes de que se examine la resolución propuesta;
- 2) que siga impulsando la aplicación de una disciplina financiera rigurosa promoviendo la transparencia en la asignación de los recursos a la Sede, las actividades mundiales, las regiones y los países, y eliminando la duplicación de funciones en la Organización;
- 3) que aplique los proyectos previstos de aumento de la eficiencia que se describen en el presupuesto por programas para 2006-2007, y establezca metas claras y mensurables en materia de eficiencia para el actual presupuesto y los presupuestos futuros;

- 4) que vele por la pronta aplicación de las recomendaciones de auditoría pendientes, y que proponga al Consejo Ejecutivo en su 117ª reunión un programa de seguimiento para las recomendaciones de auditoría interna y externa, con inclusión de calendarios de aplicación;
- 5) que ponga en práctica su firme compromiso de fortalecer aún más el desempeño de la Organización, en particular en el plano regional y en los países;
- 6) que proporcione orientación acerca de las prioridades relativas de la OMS cuando se soliciten contribuciones voluntarias;
- 7) que informe a la 60ª Asamblea Mundial de la Salud, por conducto del Consejo Ejecutivo, sobre los progresos realizados en la aplicación de la presente resolución.

(Octava sesión plenaria, 23 de mayo de 2005 -  
Comisión A, cuarto informe)

#### **WHA58.5 Fortalecimiento de la preparación y respuesta ante una pandemia de gripe**

La 58ª Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe sobre la preparación y respuesta ante una pandemia de gripe;<sup>1</sup>

Recordando las resoluciones WHA22.47, sobre enfermedades objeto de vigilancia: tifo transmitido por piojos, fiebre recurrente transmitida por piojos, gripe vírica y poliomielitis paralítica; WHA48.13, sobre prevención y lucha contra las enfermedades transmisibles: enfermedades infecciosas nuevas, emergentes y reemergentes; WHA56.19, sobre prevención y control de las pandemias y epidemias anuales de gripe y WHA56.28, sobre la revisión del Reglamento Sanitario Internacional; así como el programa mundial de vigilancia y control de la gripe;

Reconociendo con creciente preocupación que el brote sin precedentes y cada vez más complejo de gripe aviar H5N1 registrado en Asia representa una grave amenaza para la salud humana;

Subrayando la necesidad de que todos los países, especialmente los afectados por la gripe aviar hiperpatógena, colaboren con la OMS y con la comunidad internacional de manera abierta y transparente a fin de atenuar el riesgo de que el virus H5N1 de la gripe aviar cause una pandemia en la especie humana;

Consciente de la necesidad de encarar los escasos progresos realizados para desarrollar vacunas contra la gripe y pasar a la fase de producción;

Destacando la importancia del fortalecimiento de la vigilancia de las gripes humanas y zoonóticas en todos los países con miras a establecer un sistema de pronta alarma y respuesta oportuna ante una pandemia de gripe;

Observando las lagunas de conocimientos existentes y la necesidad de emprender nuevas investigaciones sobre diversos aspectos de la propagación de la gripe y la preparación y respuesta correspondientes;

---

<sup>1</sup> Documento A58/13.

Observando la importancia de que se refuercen los vínculos y la cooperación con los medios informativos;

Reconociendo que hay que mejorar la comunicación con el público para fomentar la toma de conciencia sobre la gravedad de la amenaza que representa una pandemia de gripe y sobre las medidas básicas de higiene que los ciudadanos pueden y deben adoptar para reducir su riesgo de contraer y transmitir la gripe;

Subrayando la necesidad de que se refuerce la colaboración en materia de gripes humanas y zoonóticas con las organizaciones responsables de la salud animal y humana en los planos local, nacional e internacional;

Consciente de la necesidad de ampliar la disponibilidad de la vacuna contra la gripe de modo que la protección frente a una pandemia pueda extenderse a las poblaciones de un mayor número de países, prestando especial atención a las necesidades de los países en desarrollo;

Reconociendo la necesidad de prepararse para la cooperación internacional durante las fases iniciales de una pandemia, sobre todo si no hubiera reservas suficientes de vacuna y medicamentos antivirales;

Reconociendo además que los medicamentos antivirales contra la gripe serán un componente importante de cualquier estrategia de contención, si bien se requieren nuevos estudios para determinar la forma apropiada de usarlos con fines de contención;

Reconociendo también la falta de una reserva mundial de esos agentes y el hecho de que son pocos los países que han establecido reservas nacionales,

1. INSTA a los Estados Miembros:

- 1) a que desarrollen y apliquen planes nacionales de preparación y respuesta ante una pandemia de gripe que se centren en limitar el impacto sanitario y los trastornos económicos y sociales;
- 2) a que desarrollen y fortalezcan la capacidad nacional de vigilancia y de laboratorio para hacer frente a las gripes humanas y zoonóticas;
- 3) a que alcancen la meta establecida en la resolución WHA56.19 (Prevención y control de las pandemias y epidemias anuales de gripe) para aumentar la cobertura de vacunación de todas las personas en situación de alto riesgo, y poder disponer así de una mayor capacidad mundial de producción de vacunas ante una pandemia de gripe;
- 4) a que se planteen seriamente la posibilidad de desarrollar capacidad interna de producción de vacuna antigripal, teniendo en cuenta las necesidades anuales de vacuna, o bien colaboren con los Estados vecinos para establecer estrategias regionales de producción de vacuna;
- 5) a que garanticen la notificación rápida y transparente de los brotes de gripes humanas y zoonóticas a las oficinas regionales de la OMS, a la FAO, el *Office international des Epizooties* y los países vecinos, sobre todo cuando estén implicadas nuevas cepas, y a que faciliten el rápido intercambio de muestras clínicas y virus a través de la Red Mundial OMS de Vigilancia de la Gripe;

- 6) a que informen con claridad a los trabajadores de salud y al público en general de la amenaza potencial que representa una pandemia de gripe y hagan un uso eficaz de los medios informativos y otros canales de comunicación apropiados, y a que eduquen al público acerca de las prácticas higiénicas más eficaces para evitar la infección por el virus gripal;
- 7) a que fortalezcan los vínculos y la cooperación entre las autoridades nacionales responsables de la salud, la agricultura y otros sectores pertinentes a fin de prepararse para los brotes de gripe aviar hiperpatógena, incluida la movilización de recursos, y responder conjuntamente a ellos;
- 8) a que presten apoyo a un programa internacional de investigaciones encaminadas a reducir la transmisión y el impacto de los virus gripales pandémicos, desarrollen vacunas y medicamentos antivirales más eficaces, e impulsen entre diversos grupos de población, en especial personas inmunodeprimidas como las infectadas por el VIH y los pacientes de SIDA, políticas y estrategias de vacunación, en estrecha consulta con las comunidades interesadas;
- 9) a que contribuyan en lo posible con sus competencias y recursos a reforzar las programas de la OMS, las actividades bilaterales con países y otros esfuerzos internacionales de preparación ante una gripe pandémica;
- 10) a que adopten todas las medidas necesarias para que, en caso de ocurrir una pandemia mundial, se provea de un suministro oportuno y suficiente de vacunas y medicamentos antivirales y se aproveche plenamente la flexibilidad prevista en el Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio;

2. PIDE al Director General:

- 1) que siga reforzando la vigilancia mundial de la gripe, en particular la Red Mundial OMS de Vigilancia de la Gripe, como un componente crucial de la preparación para las epidemias estacionales y las pandemias de gripe;
- 2) que busque soluciones junto con otros asociados internacionales y nacionales, incluido el sector privado, para corregir la actual escasez mundial de vacunas contra la gripe y medicamentos antivirales, tanto para epidemias como para pandemias, incluidas estrategias de vacunación que permitan economizar antígeno, y el desarrollo y autorización de comercialización de nuevos tipos de vacuna que ahorren antígeno;
- 3) que proporcione a los Estados Miembros apoyo técnico y formación a fin de desarrollar estrategias de promoción de la salud en previsión de las pandemias de gripe y durante las mismas;
- 4) que elabore y coordine, en colaboración con asociados públicos y privados, una agenda internacional de investigaciones sobre la gripe pandémica;
- 5) que evalúe las posibilidades de usar las reservas de medicamentos antivirales para contener un brote inicial de gripe y para atenuar o prevenir su propagación internacional, y, si procede, que desarrolle un marco operacional para su distribución;
- 6) que evalúe los beneficios potenciales de las medidas de protección personal, incluido el uso de mascarillas, para limitar la transmisión en diferentes entornos, sobre todo en los contextos de atención sanitaria;

- 7) que siga desarrollando los planes y la capacidad de la OMS para responder a una pandemia de gripe y contribuir a la prestación de apoyo técnico, creación de capacidad y transferencia de tecnología a los países en desarrollo en relación con las vacunas y los medios de diagnóstico de la gripe H5N1, y vele por una comunicación clara con los Estados Miembros;
- 8) que establezca iniciativas conjuntas para estrechar la colaboración con asociados nacionales e internacionales, en particular con la FAO y con el *Office international des Epizooties*, por lo que se refiere a la detección precoz, la notificación y la investigación de los brotes de gripe con potencial pandémico, así como a la coordinación de las investigaciones sobre los contactos hombre-animal;
- 9) que informe a la 59ª Asamblea Mundial de la Salud, por conducto del Consejo Ejecutivo, sobre los progresos realizados en la aplicación de la presente resolución.

(Octava sesión plenaria, 23 de mayo de 2005 -  
Comisión A, cuarto informe)

#### **WHA58.6      Situación sanitaria en el territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental, y en el Golán sirio ocupado**

La 58ª 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;<sup>1</sup>

Expresando su preocupación por el deterioro de las condiciones económicas y sanitarias, así como por la crisis humanitaria resultante de la continua ocupación y las graves restricciones impuestas por Israel, la potencia ocupante;

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;

Deplorando el impacto en el medio ambiente de Palestina, y en particular en sus recursos hídricos, de la eliminación de desechos israelíes en la Ribera Occidental;

Preocupada por los posibles efectos sanitarios para el pueblo palestino de la utilización por Israel del «aparato de rayos X de onda reforzada» en los pasos fronterizos palestinos,

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;

---

<sup>1</sup> Documento A58/24.

2. PIDE que Israel ponga fin al vertido de desechos en el territorio palestino ocupado y anule esa práctica;
3. EXPRESA su gratitud a los Estados Miembros y a las organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales por su continuo apoyo para atender las necesidades sanitarias del pueblo palestino;
4. MANIFIESTA su profundo reconocimiento al Director General por sus esfuerzos para prestar la necesaria asistencia al pueblo palestino, el resto de la población árabe de los territorios ocupados, y a otros pueblos de la región;
5. PIDE al Director General:
  - 1) que presente un informe de investigación sobre la situación sanitaria y económica en el territorio palestino ocupado;
  - 2) que emprenda sin demora una evaluación independiente de los efectos sanitarios de la utilización del «aparato de rayos X de onda reforzada» por Israel en los pasos fronterizos palestinos;
  - 3) que adopte medidas urgentes, en cooperación con los Estados Miembros, para apoyar al Ministerio de Salud de Palestina en su empeño por superar las dificultades actuales y prestarle ayuda durante la retirada anunciada por Israel de la Faja de Gaza y partes de la Ribera Occidental, y después de ella, en particular para garantizar la libre circulación de todo el personal sanitario y los pacientes tanto dentro como fuera del territorio palestino, incluida Jerusalén oriental, así como el abastecimiento normal de suministros médicos a los locales médicos palestinos;
  - 4) que preste asistencia técnica relacionada con la salud a la población árabe del Golán sirio ocupado;
  - 5) que siga proporcionando la asistencia técnica necesaria para subvenir a las necesidades sanitarias del pueblo palestino, incluidas las personas con discapacidades y traumatismos;
  - 6) que apoye el desarrollo del sistema de salud en Palestina, incluso de los recursos humanos;
  - 7) que informe sobre la aplicación de la presente resolución a la 59ª Asamblea Mundial de la Salud.

(Octava sesión plenaria, 23 de mayo de 2005 -  
Comisión B, primer informe)

**WHA58.7      Miembros con atrasos de contribuciones de importancia bastante para  
que esté justificado aplicar el Artículo 7 de la Constitución**

La 58ª Asamblea Mundial de la Salud,

Visto el tercer informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 58ª Asamblea Mundial de la Salud, acerca de los arreglos especiales para la liquidación de

atrasos: Miembros con atrasos de contribuciones de importancia bastante para que esté justificado aplicar el Artículo 7 de la Constitución;<sup>1</sup>

Enterada de que, en el momento de la apertura de la 58ª Asamblea Mundial de la Salud, continuaba suspendido el derecho de voto del Afganistán, Antigua y Barbuda, la Argentina, Armenia, el Chad, las Comoras, Georgia, Guinea-Bissau, el Iraq, Kirguistán, Liberia, Nauru, 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 dichos Miembros se hayan reducido, en la actual Asamblea o en otras futuras, a un nivel inferior a la cuantía que justifica la aplicación del Artículo 7 de la Constitución;

Tomando nota de que el Uruguay tenía en el momento de la apertura de la 58ª Asamblea Mundial de la Salud atrasos de contribuciones de importancia bastante para que, según lo dispuesto en el Artículo 7 de la Constitución, la Asamblea de la Salud deba examinar la procedencia de suspender o no el derecho de voto de ese Miembro en la fecha de apertura de la 59ª Asamblea Mundial de la Salud,

RESUELVE:

- 1) que, de acuerdo con la declaración de principios adoptada en la resolución WHA41.7, si en la fecha de apertura de la 59ª Asamblea Mundial de la Salud el Uruguay sigue con atrasos de contribuciones de importancia bastante para que esté justificado aplicar el Artículo 7 de la Constitución, se le suspenda el derecho de voto a partir de dicha apertura;
- 2) que cualquier suspensión que entre en vigor a tenor del párrafo precedente continúe en la 59ª Asamblea Mundial de la Salud y en las subsiguientes, hasta que los atrasos de ese país 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, 23 de mayo de 2005 -  
Comisión B, primer informe)

## **WHA58.8      Atrasos en el pago de las contribuciones: Georgia**

La 58ª Asamblea Mundial de la Salud,

Visto el tercer informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 58ª de la Asamblea Mundial de la Salud, acerca de los arreglos especiales para la liquidación de atrasos: Miembros con atrasos de contribuciones de importancia bastante para que esté justificado aplicar el Artículo 7 de la Constitución,<sup>1</sup> en lo que respecta a la solicitud de Georgia para la liquidación de sus contribuciones pendientes, y los términos de esa propuesta presentados en el informe sobre los arreglos especiales para la liquidación de atrasos, anexo al tercer informe,

1. DECIDE restablecer el derecho de voto de Georgia en la 58ª Asamblea Mundial de la Salud;

---

<sup>1</sup> Documento A58/43 Rev.1.

2. ACEPTA que Georgia pague sus contribuciones pendientes, que totalizan US\$ 4 439 163, en 15 anualidades pagaderas en cada uno de los años 2006 a 2020, según se indica a continuación, con sujeción a lo dispuesto en el párrafo 6.4 del Reglamento Financiero, además de las contribuciones anuales correspondientes a ese periodo:

	US\$
2006	88 785
2007	88 785
2008	133 175
2009	221 960
2010	221 960
2011	221 960
2012	221 960
2013	221 960
2014	355 130
2015	443 915
2016	443 915
2017	443 915
2018	443 915
2019	443 915
2020	443 913
Total	<b>4 439 163</b>

3. DECIDE que, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 7 de la Constitución, el derecho de voto quedará automáticamente suspendido de nuevo si Georgia no cumple con lo dispuesto en el párrafo 2 *supra*;

4. PIDE al Director General que informe a la 59ª Asamblea Mundial de la Salud sobre la situación a este respecto;

5. PIDE al Director General que comunique la presente resolución al Gobierno de Georgia.

(Octava sesión plenaria, 23 de mayo de 2005 -  
Comisión B, primer informe)

## **WHA58.9      Atrasos en el pago de las contribuciones: Iraq**

La 58ª Asamblea Mundial de la Salud,

Visto el tercer informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 58ª de la Asamblea Mundial de la Salud, acerca de los arreglos especiales para la liquidación de atrasos: Miembros con atrasos de contribuciones de importancia bastante para que esté justificado aplicar el Artículo 7 de la Constitución,<sup>1</sup> en lo que respecta a la solicitud del Iraq para la liquidación de sus contribuciones pendientes, y los términos de esa propuesta presentados en el informe sobre los arreglos especiales para la liquidación de atrasos, anexo al tercer informe,

<sup>1</sup> Documento A58/43 Rev.1.



1. DECIDE restablecer el derecho de voto del Iraq en la 58ª Asamblea Mundial de la Salud;
2. ACEPTA que el Iraq pague sus contribuciones pendientes, que totalizan US\$ 6 398 801, en 15 anualidades pagaderas en cada uno de los años 2006 a 2020, según se indica a continuación, con sujeción a lo dispuesto en el párrafo 6.4 del Reglamento Financiero, además de las contribuciones anuales correspondientes a ese periodo:

	US\$
2006	426 579
2007	426 579
2008	426 579
2009	426 579
2010	426 579
2011	426 579
2012	426 579
2013	426 579
2014	426 579
2015	426 579
2016	426 579
2017	426 579
2018	426 579
2019	426 579
2020	426 695
Total	<b>6 398 801</b>

3. DECIDE que, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 7 de la Constitución, el derecho de voto quedará automáticamente suspendido de nuevo si el Iraq no cumple con lo dispuesto en el párrafo 2 *supra*;
4. PIDE al Director General que informe a la 59ª Asamblea Mundial de la Salud sobre la situación a este respecto;
5. PIDE al Director General que comunique la presente resolución al Gobierno del Iraq.

(Octava sesión plenaria, 23 de mayo de 2005 -  
Comisión B, primer informe)

#### **WHA58.10      Atrasos en el pago de las contribuciones: República de Moldova**

La 58ª Asamblea Mundial de la Salud,

Visto el tercer informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 58ª de la Asamblea Mundial de la Salud, acerca de los arreglos especiales para la liquidación de atrasos: Miembros con atrasos de contribuciones de importancia bastante para que esté justificado aplicar el Artículo 7 de la Constitución,<sup>1</sup> en lo que respecta a la solicitud de la República de Mol-

---

<sup>1</sup> Documento A58/43 Rev.1.

dova para la liquidación de sus contribuciones pendientes, y los términos de esa propuesta presentados en el informe sobre los arreglos especiales para la liquidación de atrasos, anexo al tercer informe,

1. DECIDE restablecer el derecho de voto de la República de Moldova en la 58ª Asamblea Mundial de la Salud;

2. ACEPTA que la República de Moldova pague sus contribuciones pendientes, que totalizan US\$ 2 950 023, en 15 anualidades pagaderas en cada uno de los años 2006 a 2020, según se indica a continuación, con sujeción a lo dispuesto en el párrafo 6.4 del Reglamento Financiero, además de las contribuciones anuales correspondientes a ese periodo:

	US\$
2006	245 000
2007	200 000
2008	200 000
2009	192 088
2010	192 085
2011	192 085
2012	192 085
2013	192 085
2014	192 085
2015	192 085
2016	192 085
2017	192 085
2018	192 085
2019	192 085
2020	192 085
Total	<b>2 950 023</b>

3. DECIDE que, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 7 de la Constitución, el derecho de voto quedará automáticamente suspendido de nuevo si la República de Moldova no cumple con lo dispuesto en el párrafo 2 *supra*;

4. PIDE al Director General que informe a la 59ª Asamblea Mundial de la Salud sobre la situación a este respecto;

5. PIDE al Director General que comunique la presente resolución al Gobierno de la República de Moldova.

(Octava sesión plenaria, 23 de mayo de 2005 -  
Comisión B, primer informe)

## **WHA58.11      Atrasos en el pago de las contribuciones: Tayikistán**

La 58ª Asamblea Mundial de la Salud,

Visto el tercer informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 58ª de la Asamblea Mundial de la Salud, acerca de los arreglos especiales para la liquidación de atrasos: Miembros con atrasos de contribuciones de importancia bastante para que esté justifi-

cado aplicar el Artículo 7 de la Constitución,<sup>1</sup> en lo que respecta a la solicitud de Tayikistán para la liquidación de sus contribuciones pendientes, y los términos de esa propuesta presentados en el informe sobre los arreglos especiales para la liquidación de atrasos, anexo al tercer informe,

1. DECIDE restablecer el derecho de voto de Tayikistán en la 58ª Asamblea Mundial de la Salud;
2. ACEPTA que Tayikistán pague sus contribuciones pendientes, que totalizan US\$ 514 604, en 10 anualidades pagaderas en cada uno de los años 2006 a 2015, según se indica a continuación, con sujeción a lo dispuesto en el párrafo 6.4 del Reglamento Financiero, además de las contribuciones anuales correspondientes a ese periodo:

	US\$
2006	51 460
2007	51 460
2008	51 460
2009	51 460
2010	51 460
2011	51 460
2012	51 460
2013	51 460
2014	51 460
2015	51 464
Total	<b>514 604</b>

3. DECIDE que, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 7 de la Constitución, el derecho de voto quedará automáticamente suspendido de nuevo si Tayikistán no cumple con lo dispuesto en el párrafo 2 *supra*;
4. PIDE al Director General que informe a la 59ª Asamblea Mundial de la Salud sobre la situación a este respecto;
5. PIDE al Director General que comunique la presente resolución al Gobierno de Tayikistán.

(Octava sesión plenaria, 23 de mayo de 2005 -  
Comisión B, primer informe)

## **WHA58.12 Sueldo de los titulares de puestos sin clasificar y del Director General**

La 58ª Asamblea Mundial de la Salud,

Enterada de las recomendaciones del Consejo Ejecutivo acerca de la remuneración de los titulares de puestos sin clasificar y del Director General,

---

<sup>1</sup> Documento A58/43 Rev.1.

1. FIJA el sueldo anual de los Subdirectores Generales y los Directores Regionales en US\$ 172 860 que, una vez deducidas las contribuciones del personal, dejarán un sueldo neto modificado de US\$ 117 373 (con familiares a cargo) o de US\$ 106 285 (sin familiares a cargo);
2. FIJA el sueldo anual del Director General en US\$ 233 006 que, una vez deducida la contribución del personal, dejará un sueldo neto modificado de US\$ 154 664 (con familiares a cargo) o US\$ 137 543 (sin familiares a cargo);
3. RESUELVE que los citados ajustes de la remuneración surtan efecto a partir del 1 de enero de 2005.

(Octava sesión plenaria, 23 de mayo de 2005 -  
Comisión B, primer informe)

### **WHA58.13      Seguridad de la sangre: propuesta para el establecimiento del Día Mundial del Donante de Sangre**

La 58ª Asamblea Mundial de la Salud,

Recordando la resolución WHA28.72, en la que se pedía el establecimiento de servicios nacionales de transfusión basados en donaciones voluntarias no remuneradas;

Habiendo examinado el informe sobre la seguridad de la sangre;<sup>1</sup>

Alarmada por la carencia crónica de sangre y productos sanguíneos seguros, especialmente en los países de ingresos bajos y medianos;

Consciente de que para prevenir la transmisión del VIH y otros patógenos transmitidos por la sangre a través de la transfusión de sangre contaminada y de productos sanguíneos contaminados es necesario que la sangre se obtenga sólo de donantes que presenten el menor riesgo posible de ser portadores de esos agentes infecciosos;

Reconociendo que la donación de sangre voluntaria y no remunerada es la piedra angular de un suministro de sangre seguro y suficiente a nivel nacional que permita atender a las necesidades de transfusión de todos los pacientes;

Tomando nota de las reacciones positivas suscitadas por el Día Mundial del Donante de Sangre, celebrado el 14 de junio de 2004 con el propósito de promover la donación de sangre voluntaria y no remunerada,

1. ACUERDA instituir el Día Mundial del Donante de Sangre, que se celebrará el 14 de junio de cada año;
2. RECOMIENDA que ese día del donante de sangre forme parte integrante del programa nacional para atraer donantes de sangre;

---

<sup>1</sup> Documento A58/38.

3. INSTA a los Estados Miembros:

- 1) a que promuevan y apoyen la celebración anual del Día Mundial del Donante de Sangre;
- 2) a que establezcan sistemas, o fortalezcan los sistemas existentes, para atraer y retener donantes de sangre voluntarios y no remunerados, y para aplicar criterios rigurosos en la selección de donantes;
- 3) a que adopten disposiciones legislativas, cuando sea necesario, para eliminar la donación de sangre remunerada, salvo en unas pocas situaciones de necesidad médica y, en esos casos, requiriendo el consentimiento informado del receptor de la transfusión;
- 4) a que proporcionen fondos suficientes para que se disponga de servicios de donación de sangre de alta calidad y se amplíen esos servicios hasta atender las necesidades de los pacientes;
- 5) a que fomenten la colaboración multisectorial entre los ministerios gubernamentales, los servicios de transfusión sanguínea, los órganos profesionales, las organizaciones no gubernamentales, la sociedad civil y los medios de comunicación, con miras a impulsar la donación de sangre voluntaria y no remunerada;
- 6) a que velen por que se haga un uso adecuado de la transfusión sanguínea en la práctica clínica con el fin de evitar el abuso de la transfusión de sangre, que puede provocar la escasez de sangre y, consiguientemente, alentar la donación remunerada;
- 7) a que presten apoyo a la plena aplicación de programas de sangre sostenibles, coordinados a nivel nacional y bien organizados, con sistemas de regulación apropiados mediante, en particular:
  - a) el compromiso y el apoyo gubernamentales en favor de un programa nacional de sangre dotado de sistemas de gestión de la calidad, por medio de un marco legal, un plan y una política nacionales de seguridad de la sangre, y de los recursos adecuados
  - b) la organización, la gestión y la infraestructura que requiere un servicio de transfusión de sangre sostenible
  - c) el acceso equitativo a la sangre y los productos sanguíneos
  - d) el recurso a donantes de sangre voluntarios, no remunerados, de poblaciones de bajo riesgo
  - e) la verificación y el procesamiento adecuados de toda la sangre donada y todos los productos sanguíneos donados
  - f) el uso clínico apropiado de la sangre y los productos sanguíneos;
- 8) a que establezcan un proceso de calidad para la formulación de políticas y la adopción de decisiones relativas a la disponibilidad y la seguridad de la sangre sobre la base de consideraciones éticas, la transparencia, la evaluación de las necesidades nacionales, las pruebas científicas y el análisis de los beneficios respecto de los riesgos;

- 9) a que difundan la información a nivel nacional e internacional con el fin de aclarar las bases científicas, económicas y sociales de las decisiones en materia de política nacional en relación con la disponibilidad y la seguridad de la sangre;
- 10) a que refuercen las alianzas de todos los niveles con el fin de llevar a cabo las actividades aquí recomendadas;
4. HACE UN LLAMAMIENTO a las organizaciones internacionales y los órganos interesados en la seguridad de la sangre a nivel mundial para que colaboren en la promoción y el respaldo del Día Mundial del Donante de Sangre;
5. INVITA a los organismos donantes a que faciliten fondos suficientes a las iniciativas encaminadas a promover la donación de sangre voluntaria y no remunerada;
6. PIDE al Director General:
  - 1) que colabore con otras organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, organismos multilaterales y bilaterales y organizaciones no gubernamentales para promover el Día Mundial del Donante de Sangre;
  - 2) que colabore con las organizaciones interesadas para prestar apoyo a los Estados Miembros en el reforzamiento de su capacidad para detectar en toda la sangre donada las principales enfermedades infecciosas con el fin de velar por que toda la sangre obtenida y transfundida sea segura.

(Octava sesión plenaria, 23 de mayo de 2005 -  
Comisión B, primer informe)

## **WHA58.14      Financiación sostenible de la prevención y el control de la tuberculosis**

La 58ª Asamblea Mundial de la Salud,

Visto el informe sobre financiación sostenible de la prevención y el control de la tuberculosis;<sup>1</sup>

Consciente de la necesidad de reducir la carga mundial de la tuberculosis, y de esa manera disminuir asimismo los obstáculos al desarrollo socioeconómico;

Observando con inquietud el aumento del número de casos de tuberculosis polifarmacorresistente, y el agravamiento de la morbilidad y la mortalidad entre los pacientes de tuberculosis VIH-positivos, especialmente en la Región de África;

Celebrando los progresos realizados para alcanzar los objetivos mundiales de control de la tuberculosis para 2005 después del establecimiento de la iniciativa Alto a la Tuberculosis<sup>2</sup> en respuesta a la resolución WHA51.13;

---

<sup>1</sup> Documento A58/7.

<sup>2</sup> Llamada hoy alianza Alto a la Tuberculosis.

Observando la necesidad de reforzar el desarrollo de los sistemas de salud para llevar a cabo con éxito las actividades de control de la tuberculosis;

Subrayando la importancia de que los diversos dispensadores de atención sanitaria participen en la prestación de asistencia antituberculosa aplicando las prácticas internacionales de conformidad con la estrategia de tratamiento breve bajo observación directa (DOTS);

Preocupada por que la falta de compromiso con una financiación sostenida de la lucha antituberculosa dificultará la planificación racional a largo plazo necesaria para lograr el objetivo de desarrollo relativo a la tuberculosis acordado internacionalmente que figura en la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas;

Alentando el establecimiento de un plan mundial para el periodo 2006-2015 en el que se aborde la necesidad de financiación sostenida para lograr el objetivo de desarrollo relativo a la tuberculosis acordado internacionalmente que figura en la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas,

1. ALIENTA a todos los Estados Miembros:

- 1) a que estimen el total de recursos necesarios para prevenir y controlar la tuberculosis, incluidas la tuberculosis relacionada con el VIH y la tuberculosis polifarmacorresistente, a medio plazo, y de los recursos disponibles de procedencia nacional e internacional, con el fin de determinar el déficit de financiación;
- 2) a que cumplan con los compromisos asumidos cuando adoptaron la resolución WHA53.1, y con ella la Declaración de Amsterdam para Detener la Tuberculosis, incluido el compromiso de velar por que se disponga de recursos suficientes de procedencia nacional y exterior para lograr el objetivo de desarrollo relativo a la tuberculosis acordado internacionalmente que figura en la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas;
- 3) a que refuercen la integración de los asociados financieros, operativos y sociales a través del establecimiento de alianzas nacionales de Alto a la Tuberculosis en cada país, y velen por que esas alianzas de nivel de país sirvan de vehículo de apoyo a la aplicación de planes a largo plazo para la expansión del DOTS por conducto de los comités nacionales de coordinación interinstitucional;
- 4) a que velen por que todos los pacientes tuberculosos tengan acceso a una atención conforme a las normas reconocidas universalmente, basada en el diagnóstico, el tratamiento y la notificación apropiados de forma coherente con la estrategia DOTS, promoviendo la oferta y la demanda;
- 5) a que refuercen la prevención de la tuberculosis y la movilización social contra la tuberculosis;
- 6) a que establezcan vínculos de colaboración entre los programas contra la tuberculosis y contra el VIH, con el fin de afrontar más eficazmente la doble epidemia de tuberculosis y VIH;
- 7) a que integren plenamente la prevención y el control de la tuberculosis en sus planes de desarrollo sanitario;

2. PIDE al Director General:

- 1) que intensifique la prestación de apoyo a los Estados Miembros para que desarrollen la capacidad y mejoren el desempeño de los programas nacionales de control de la tuberculosis dentro del contexto más amplio del fortalecimiento de los sistemas de salud a fin de:
  - a) acelerar el adelanto hacia el cumplimiento del objetivo mundial de detectar el 70% de los nuevos casos infecciosos y tratar con éxito el 85% de los casos detectados, e informar a la Asamblea de la Salud en 2007 acerca de los progresos realizados hasta el final de 2005;
  - b) mantener el logro de ese objetivo para alcanzar el objetivo de desarrollo relativo a la tuberculosis acordado internacionalmente que figura en la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas;
- 2) que refuerce la cooperación con los Estados Miembros con miras a mejorar la colaboración entre los programas antituberculosos y los de lucha contra el VIH a fin de:
  - a) aplicar una estrategia ampliada con miras a controlar la tuberculosis relacionada con el VIH;
  - b) potenciar los programas de lucha contra el VIH/SIDA, incluida la administración de tratamiento antirretroviral a los pacientes de tuberculosis que además están infectados por el VIH;
- 3) que aplique y refuerce las estrategias de control de la tuberculosis polifarmacorresistente y el tratamiento de las personas que la sufren;
- 4) que desempeñe un papel rector, en cooperación con las autoridades sanitarias nacionales, en la colaboración con los asociados a fin de reforzar y prestar apoyo a los mecanismos destinados a facilitar la financiación sostenible del control de la tuberculosis;
- 5) que refuerce el apoyo de la OMS a la alianza Alto a la Tuberculosis en sus esfuerzos por lograr el objetivo de desarrollo relativo a la tuberculosis acordado internacionalmente que figura en la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas y proporcione periódicamente informes sobre los progresos realizados en el logro de los objetivos;
- 6) que, en la sesión plenaria de alto nivel sobre los resultados de la Cumbre del Milenio que celebrará la Asamblea General de las Naciones Unidas para examinar los progresos realizados en el cumplimiento de los compromisos asumidos en la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, recomiende que la meta 8 del objetivo 6 haga mención específica de la tuberculosis, en lugar de incluirla entre otras enfermedades;
- 7) que promueva la investigación y el desarrollo de nuevos instrumentos de control en el marco del plan mundial para detener la tuberculosis.

(Novena sesión plenaria, 25 de mayo de 2005 -  
Comisión A, quinto informe)



**WHA58.15 Estrategia mundial de inmunización**

La 58ª Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe sobre el proyecto de estrategia de inmunización;<sup>1</sup>

Alarmada porque a nivel mundial y en algunas regiones la cobertura de inmunización sólo ha registrado un incremento marginal desde principios del decenio de 1990, y porque en 2003 más de 27 millones de niños en todo el mundo no fueron inmunizados durante su primer año de vida;

Reconociendo que cada año 1,4 millones de niños menores de cinco años mueren de enfermedades que pueden prevenirse mediante las vacunas actualmente disponibles;

Reconociendo asimismo que cada año otros 2,6 millones de niños menores de cinco años mueren de enfermedades que podrían prevenirse mediante nuevas vacunas;

Agradeciendo las contribuciones de la OMS, el UNICEF, la Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización (GAVI) y todos los asociados en el reforzamiento de los servicios de inmunización, la ampliación de la cobertura de inmunización y la introducción de vacunas nuevas e infrautilizadas en los países en desarrollo;

Acogiendo con beneplácito los logros de las iniciativas de lucha acelerada contra la poliomielitis, el sarampión y el tétanos materno y neonatal en la inmunización de poblaciones a las que no se había tenido acceso, y observando que esas iniciativas han establecido amplias redes que pueden ser aprovechadas o ampliadas para la vigilancia de otras tendencias relacionadas con la morbilidad y la salud;

Preocupada porque los programas nacionales de inmunización sufren limitaciones financieras, estructurales o administrativas que les impiden llegar a todas las personas que requieren inmunización, en particular los niños y las mujeres, utilizar suficientemente muchas de las vacunas actuales e incorporar ampliamente las nuevas vacunas;

Destacando la necesidad de que todos los países se esfuercen por lograr el objetivo de desarrollo acordado internacionalmente incluido en la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas de reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de cinco años;

Recordando la meta adoptada en el vigésimo séptimo periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la infancia (2002) de garantizar la inmunización del 90% de los niños menores de un año a escala nacional, con una cobertura de al menos un 80% en cada distrito o unidad administrativa equivalente;<sup>2</sup>

Reconociendo que en la resolución WHA53.12 se hace hincapié en la inmunización como un factor principal de promoción de la salud infantil;

---

<sup>1</sup> Véase el anexo.

<sup>2</sup> Resolución S-27/2 de la Asamblea General de las Naciones Unidas, anexo.

Habiendo examinado el proyecto de estrategia mundial de inmunización,<sup>1</sup>

1. ACOGE CON AGRADO la Visión y Estrategia Mundial de Inmunización;
2. INSTA a los Estados Miembros:
  - 1) a que alcancen las metas de inmunización establecidas en el periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la infancia;
  - 2) a que adopten la Visión y Estrategia Mundial de Inmunización como marco para fortalecer los programas nacionales de inmunización entre 2006 y 2015, a fin de lograr un acceso más amplio y equitativo a la inmunización, mejorar el acceso a las vacunas actuales y futuras, y ampliar los beneficios de la vacunación vinculada con otras intervenciones sanitarias a otros grupos de edad, además de los lactantes;
  - 3) a que velen por que la inmunización siga figurando entre las prioridades nacionales en materia de salud y esté respaldada por procesos sistemáticos de planificación, aplicación, vigilancia y evaluación, y por un compromiso de financiación a largo plazo;
3. PIDE al Director General:
  - 1) que movilice recursos para promover la disponibilidad y asequibilidad en los países de nuevas vacunas que se obtengan en el futuro, basándose para ello en la información aportada en los perfiles epidemiológicos;
  - 2) que colabore estrechamente con el UNICEF, la Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización (GAVI) y otros asociados para prestar apoyo a los Estados Miembros en la aplicación de la Visión y Estrategia Mundial de Inmunización;
  - 3) que fortalezca las relaciones a nivel mundial, regional y subregional con el UNICEF, la GAVI y otros asociados para movilizar los recursos que necesitan los países, en particular los países en desarrollo, para aplicar la Visión y Estrategia Mundial de Inmunización;
  - 4) que informe cada tres años a la Asamblea de la Salud sobre los progresos realizados en el logro de las metas mundiales de inmunización, incluidas las establecidas en el periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la infancia.

(Novena sesión plenaria, 25 de mayo de 2005 -  
Comisión A, quinto informe)

## **WHA58.16 Promoción de un envejecimiento activo y saludable**

La 58ª Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el documento sobre el Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento: informe sobre su ejecución;<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Documento WHO/IVB/05.05.

<sup>2</sup> Documento A58/19.

Tomando nota de que en 2025 habrá más de 1000 millones de adultos mayores de 60 años, en su mayor parte en el mundo en desarrollo, y de que está previsto que esa cifra se duplique para 2050, lo que aumentará las demandas que soportan los sistemas de salud y los servicios sociales en todo el mundo;

Recordando la resolución WHA52.7 sobre envejecimiento activo, en la que se pedía a todos los Estados Miembros que se aplicaran medidas que aseguren a la creciente población de ciudadanos de edad avanzada el grado máximo de salud y bienestar que se pueda lograr y se dieran los pasos necesarios con ese fin;

Recordando también la resolución 58/134 de la Asamblea General de las Naciones Unidas, de 22 de diciembre de 2003, en la que se pedía a las organizaciones y los órganos del sistema de las Naciones Unidas y a los organismos especializados que integraran la cuestión del envejecimiento, con una perspectiva de género, en sus programas de trabajo;

Recordando asimismo la resolución 59/150 de la Asamblea General de las Naciones Unidas, en la que se exhortaba a los gobiernos, las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, las organizaciones no gubernamentales y el sector privado a que incorporaran de manera adecuada en sus programas y proyectos, especialmente en el nivel de los países, los problemas que plantea el envejecimiento de la población y las preocupaciones de las personas de edad, y se invitaba a los Estados Miembros a que proporcionaran, cuando fuera posible, información que pudiera incluirse en la base de datos de las Naciones Unidas sobre el envejecimiento;

Reconociendo el marco normativo sobre el envejecimiento activo, aportación de la OMS a la Segunda Asamblea Mundial de las Naciones Unidas sobre el Envejecimiento, y su enfoque conceptual en relación con la formulación de políticas intersectoriales integradas sobre el envejecimiento;<sup>1</sup>

Consciente del importante papel de la OMS en la aplicación de los objetivos del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, 2002, en particular la Orientación Prioritaria II (El fomento de la salud y el bienestar en la vejez);

Reconociendo las contribuciones que las personas mayores hacen al desarrollo, y la importancia que tienen la educación a lo largo de toda la vida y la participación activa en la comunidad para esas personas;

Destacando el importante papel que desempeñan las políticas y los programas de salud pública para permitir que las personas de edad, cuyo número aumenta rápidamente en los países tanto desarrollados como en desarrollo, gocen de buena salud y sigan contribuyendo de manera intensa y crucial al bienestar de sus familias, comunidades y sociedades;

Destacando también la importancia de poner en marcha servicios de atención, incluidos servicios de ciber salud, que permitan a las personas de edad permanecer en el hogar el mayor tiempo posible;

Subrayando la necesidad de incorporar una perspectiva de género a las políticas y los programas relacionados con el envejecimiento activo y saludable;

---

<sup>1</sup> Documento WHO/NMH/NPH/02.8.

Acogiendo favorablemente la importancia especial que concede la OMS a la atención primaria de salud, por ejemplo con el desarrollo de la atención primaria sensible a las necesidades de los mayores,

1. INSTA a los Estados Miembros:

- 1) a que elaboren, apliquen y evalúen políticas y programas que promuevan un envejecimiento activo y saludable y el mayor grado posible de salud y bienestar para sus ciudadanos de edad avanzada;
- 2) a que consideren que la situación de las personas mayores es parte integrante de sus esfuerzos por alcanzar los objetivos de desarrollo acordados internacionalmente incluidos en la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, y a que movilicen voluntad política y recursos financieros con ese propósito;
- 3) a que adopten medidas para velar por que las políticas, los planes y los programas que tengan en cuenta los aspectos de género reconozcan y atiendan los derechos y las necesidades amplias en materia de salud, servicios sociales y desarrollo de los hombres y las mujeres de edad avanzada, prestando especial atención a los socialmente excluidos, los que padecen discapacidades y los que no pueden atender sus necesidades básicas;
- 4) a que tomen disposiciones y alienten la adopción de medidas para velar por que se pongan recursos a disposición de las personas o entidades jurídicas que se ocupan de las personas de edad avanzada;
- 5) a que presten especial atención a la función primordial que desempeñan las personas de edad, sobre todo las mujeres, como proveedores de atención en sus familias y la comunidad, y en particular a las cargas que les ha impuesto la pandemia de VIH/SIDA;
- 6) a que consideren la posibilidad de establecer un marco jurídico apropiado, poner en vigor leyes y reforzar las acciones legales y las iniciativas comunitarias encaminadas a eliminar los malos tratos económicos, físicos y mentales a las personas mayores;
- 7) a que elaboren, utilicen y mantengan sistemas de suministro de datos, a lo largo del ciclo vital, desglosados por edades y sexos, sobre los determinantes intersectoriales de la salud y el estado de salud para basar en ellos la planificación, la ejecución, el seguimiento y la evaluación de intervenciones de política sanitaria basadas en datos científicos dirigidas a las personas de edad;
- 8) a que adopten medidas e incentivos en las esferas de la educación y la contratación, teniendo en cuenta las circunstancias particulares de los países en desarrollo, para garantizar la disponibilidad de personal de salud suficiente para atender las necesidades de las personas de edad;
- 9) a que fortalezcan las actividades nacionales a fin de garantizar recursos suficientes para cumplir los compromisos respecto de la aplicación del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, 2002, y los planes de acción regionales conexos sobre la salud y el bienestar de las personas de edad;
- 10) a que desarrollen la atención de salud de las personas de edad avanzada en el marco de la atención primaria de los sistemas nacionales de salud existentes;

- 11) a que, cuando elaboren informes sobre la salud en los países, den cuenta de los progresos realizados en relación con la situación de las personas mayores y con los programas de envejecimiento activo y saludable;
  - 12) a que apoyen la labor de promoción de la OMS respecto del envejecimiento activo y saludable mediante nuevas alianzas multisectoriales con organizaciones intergubernamentales, no gubernamentales, del sector privado y de voluntarios;
2. PIDE a la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud que estudie la posibilidad de incluir las cuestiones relativas al envejecimiento activo y saludable a lo largo de todo el ciclo vital entre sus recomendaciones de política;
  3. PIDE al Director General:
    - 1) que fomente la toma de conciencia respecto del reto que supone el envejecimiento de las sociedades, las necesidades sanitarias y sociales de las personas de edad y la contribución de las personas mayores a la sociedad, incluso trabajando con los Estados Miembros y los empleadores de los sectores no gubernamental y privado;
    - 2) que preste apoyo a los Estados Miembros en sus esfuerzos por cumplir los compromisos contraídos en relación con las metas y los resultados de las conferencias y cumbres pertinentes de las Naciones Unidas, en particular la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, en lo que atañe a las necesidades sanitarias y sociales de las personas de edad, en colaboración con los asociados pertinentes;
    - 3) que siga haciendo especial hincapié, resaltando cuando proceda las estructuras comunitarias existentes, en una atención primaria de salud apropiada, accesible y disponible para las personas mayores, fortaleciendo con ello la capacidad de éstas para seguir siendo recursos primordiales para sus familias, la economía, la comunidad y la sociedad durante el mayor tiempo posible;
    - 4) que preste apoyo a los Estados Miembros, mediante la promoción de investigaciones y el fortalecimiento de la capacidad de promoción sanitaria y estrategias, políticas e intervenciones de prevención de enfermedades a lo largo de todo el ciclo vital, en sus esfuerzos por desarrollar una atención integrada para las personas de edad, incluido el apoyo a los proveedores de atención tanto formales como informales;
    - 5) que emprenda iniciativas para mejorar el acceso de las personas de edad a información pertinente y a servicios de atención sanitaria y sociales, en particular con el fin de reducir su riesgo de infección por el VIH, mejorar la calidad de vida y la dignidad de las que viven con el VIH/SIDA, y ayudarles a prestar apoyo a los miembros de su familia afectados por el VIH/SIDA, así como a sus nietos huérfanos;
    - 6) que preste apoyo a los Estados Miembros que lo soliciten en la organización, el uso y el mantenimiento de sistemas para proporcionar información, a lo largo de todo el ciclo vital, desglosados por edades y sexos, situación sanitaria e información intersectorial seleccionada, sobre los factores determinantes de la salud, que sirvan de base para la planificación, la ejecución, el seguimiento y la evaluación de intervenciones de política sanitaria basadas en datos científicos dirigidas a las personas de edad;

- 7) que fortalezca la capacidad de la OMS para incorporar las actividades relacionadas con la cuestión del envejecimiento en todos sus programas y actividades en todos los niveles y que facilite el papel de las oficinas regionales de la OMS en la ejecución de los planes de acción regionales de las Naciones Unidas sobre el envejecimiento;
- 8) que coopere con otros organismos y organizaciones del sistema de las Naciones Unidas con el fin de garantizar la acción internacional en favor de un envejecimiento activo y saludable;
- 9) que informe a la 60ª Asamblea Mundial de la Salud, por conducto del Consejo Ejecutivo, sobre los progresos realizados en la aplicación de la presente resolución.

(Novena sesión plenaria, 25 de mayo de 2005 -  
Comisión B, segundo informe)

#### **WHA58.17      Migración internacional del personal sanitario: un reto para los sistemas de salud de los países en desarrollo**

La 58ª Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe sobre la migración internacional del personal sanitario: un reto para los sistemas de salud de los países en desarrollo;<sup>1</sup>

Preocupada por el hecho de que la migración y la contratación de personal sanitario, particularmente el que tiene alto nivel de preparación y especialización, de países en desarrollo a países desarrollados siguen suponiendo un gran reto para los sistemas de salud de los países en desarrollo;

Recordando las peticiones formuladas al Director General en la resolución WHA57.19 y tomando nota con satisfacción de que el Director General ha adoptado medidas para atender algunas de ellas;

Observando que hay otros aspectos relacionados con la migración internacional del personal sanitario, en el contexto de la resolución WHA57.19, que requieren más atención del Director General;

Teniendo presente el debate de alto nivel que tendrá lugar durante la Asamblea General de las Naciones Unidas en 2006 sobre el tema de la migración internacional,

1. EXPRESA SU AGRADECIMIENTO al Director General por las medidas que ha adoptado para atender algunas de las peticiones que se le formularon en la resolución WHA57.19;
2. PIDE al Director General:
  - 1) que intensifique sus esfuerzos por aplicar plenamente la resolución WHA57.19;
  - 2) que fortalezca el programa de la OMS sobre recursos humanos para la salud asignándole recursos en cantidad suficiente, en particular recursos financieros y humanos;

---

<sup>1</sup> Documento A58/23, sección F.

3) que informe a la 59ª Asamblea Mundial de la Salud sobre la aplicación de la presente resolución;

3. DECIDE incluir un punto sustantivo en el orden del día de la 59ª Asamblea Mundial de la Salud titulado «Migración internacional del personal sanitario: un reto para los sistemas de salud de los países en desarrollo».

(Novena sesión plenaria, 25 de mayo de 2005 -  
Comisión B, segundo informe)

**WHA58.18 Informe financiero interino no comprobado sobre las cuentas de la OMS en 2004**

La 58ª Asamblea Mundial de la Salud,

Visto el informe financiero interino no comprobado sobre el año 2004;<sup>1</sup>

Habiendo tomado nota del primer informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 58ª Asamblea Mundial de la Salud;<sup>2</sup>

ACEPTA el informe financiero interino no comprobado del Director General sobre el año 2004.

(Novena sesión plenaria, 25 de mayo de 2005 -  
Comisión B, tercer informe)

**WHA58.19 Contribuciones para 2006-2007**

La 58ª Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe del Director General;<sup>3</sup>

ADOPTA la siguiente escala de contribuciones de los Miembros para el bienio 2006-2007, que refleja la más reciente escala de cuotas de las Naciones Unidas disponible:

<b>Miembros y Miembros Asociados</b>	<b>Escala de la OMS para 2006-2007 %</b>
Afganistán	0,00200
Albania	0,00500
Alemania	8,66230
Andorra	0,00500
Angola	0,00100

<sup>1</sup> Documentos A58/26 y Corr.1 y A58/26 Add.1.

<sup>2</sup> Documento A58/27.

<sup>3</sup> Documento A58/30.

<b>Miembros y Miembros Asociados</b>	<b>Escala de la OMS para 2006-2007 %</b>
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
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



<b>Miembros y Miembros Asociados</b>	<b>Escala de la OMS para 2006-2007 %</b>
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
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

<b>Miembros y Miembros Asociados</b>	<b>Escala de la OMS para 2006-2007 %</b>
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
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 Centrafricana	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

<b>Miembros y Miembros Asociados</b>	<b>Escala de la OMS para 2006-2007 %</b>
República Popular Democrática de Corea	0,01000
República Unida de Tanzania	0,00600
Rumania	0,06000
Rwanda	0,00100
Saint Kitts y Nevis	0,00100
Samoa	0,00100
San Marino	0,00300
San Vicente 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
Uzbekistán	0,01400
Vanuatu	0,00100
Venezuela (República Bolivariana de)	0,17100
Viet Nam	0,02100
Yemen	0,00600
Zambia	0,00200
Zimbabwe	0,00700
<b>Total</b>	<b>100,00000</b>

(Novena sesión plenaria, 25 de mayo de 2005 -  
Comisión B, tercer informe)

**WHA58.20      Modificaciones del Reglamento Financiero y las Normas de Gestión Financiera**

La 58ª Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe sobre las modificaciones del Reglamento Financiero y las Normas de Gestión Financiera,<sup>1</sup>

1. APRUEBA las modificaciones del Reglamento Financiero, con efecto a partir del 1 de enero de 2006;<sup>2</sup>
2. AUTORIZA, con carácter provisional, que al final del ejercicio 2006-2007 las obligaciones pendientes correspondientes al ejercicio 2004-2005 sean canceladas y se acrediten a la Cuenta de Ingresos Varios.

(Novena sesión plenaria, 25 de mayo de 2005 -  
Comisión B, tercer informe)

**WHA58.21      Fondo para la Gestión de Bienes Inmuebles**

La 58ª Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe del Director General sobre la utilización del Fondo para la Gestión de Bienes Inmuebles a fin de construir oficinas de Representantes de la OMS en la Región del Mediterráneo Oriental;<sup>3</sup>

Tomando nota de que resulta difícil encontrar locales adecuados para las oficinas de los Representantes de la OMS en la Región del Mediterráneo Oriental a un costo razonable, que sean seguras, estén protegidas y permitan que los funcionarios puedan realizar su labor común con eficiencia,

1. EXPRESA su reconocimiento a los gobiernos que han facilitado terrenos en sus países y a los que han prometido aportar contribuciones en efectivo para prestar asistencia en la construcción de oficinas de los Representantes de la OMS;
2. AUTORIZA al Director General:
  - 1) a llevar adelante el reacondicionamiento o la construcción de locales adecuados para las oficinas de los Representantes de la OMS en el Iraq, en Jordania y en Túnez;
  - 2) a utilizar la suma de US\$ 1,5 millones prevista en el proyecto de presupuesto por programas para 2006-2007 en la partida relativa al Fondo para la Gestión de Bienes Inmuebles para la Región del Mediterráneo Oriental a fin de contribuir a sufragar el reacondicionamiento o la construcción de locales adecuados para las oficinas de los Representantes de la OMS en el Iraq, Jordania y Túnez.

(Novena sesión plenaria, 25 de mayo de 2005 -  
Comisión B, tercer informe)

---

<sup>1</sup> Documento A58/32.

<sup>2</sup> Véase el documento EB115/2005/REC/1, anexo 2, apéndice 1.

<sup>3</sup> Documento A58/33.

**WHA58.22 Prevención y control del cáncer**

La 58ª Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe sobre prevención y control del cáncer;<sup>1</sup>

Recordando las resoluciones WHA51.18 y WHA53.17, sobre prevención y control de las enfermedades no transmisibles, WHA57.17, relativa a la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud, WHA56.1, sobre control del tabaco, WHA57.12, sobre la estrategia de salud reproductiva, incluido el control del cáncer cervicouterino, y WHA57.16, sobre promoción de la salud y modos de vida sanos;

Reconociendo el sufrimiento de los pacientes de cáncer y de sus familias, y la medida en que el cáncer supone una amenaza para el desarrollo cuando afecta a los miembros de la sociedad económicamente activos;

Alarmada por la tendencia al alza de los factores de riesgo de cáncer, del número de casos nuevos de cáncer y de la morbilidad y la mortalidad debidas al cáncer en todo el mundo, en particular en los países en desarrollo;

Reconociendo que muchos de esos casos de cáncer y de esas muertes se podrían prevenir, y que la administración de atención paliativa a todas las personas que lo necesitan es una urgente responsabilidad humanitaria;

Reconociendo que las técnicas de diagnóstico y tratamiento del cáncer están muy desarrolladas y que muchos casos de cáncer pueden curarse, sobre todo si se detectan más tempranamente;

Reconociendo que el consumo de tabaco es la causa de cáncer que mejor podría evitarse en todo el mundo y que en todos los lugares, con independencia del nivel de recursos, es posible aplicar eficazmente medidas de control, por ejemplo, de índole legislativa y educativa y de promoción de los entornos sin humo, así como de tratamiento de la dependencia del tabaco;

Reconociendo que entre todas las localizaciones del cáncer, el cáncer cervicouterino, que causa el 11% de todas las muertes por cáncer entre las mujeres de los países en desarrollo, es uno de los que ofrece más posibilidades de detección precoz y curación, que se dispone de intervenciones costoeficaces para la detección precoz que aún no se utilizan de forma generalizada, y que el control del cáncer cervicouterino contribuirá al logro de objetivos y metas internacionales de desarrollo relacionados con la salud reproductiva;

Reconociendo el valor del manejo multidisciplinario y la importancia de la cirugía, la radioterapia, la quimioterapia, los cuidados paliativos y otros métodos en el tratamiento del cáncer;

Reconociendo la contribución del CIIC, a lo largo de 40 años, a la investigación de la etiología y la prevención del cáncer, terreno en el que ha aportado pruebas científicas sobre la prevalencia y la incidencia del cáncer a nivel mundial, las causas de cáncer, los mecanismos de la carcinogénesis y las estrategias eficaces de prevención y detección precoz de la enfermedad;

---

<sup>1</sup> Documento A58/16.

Consciente de que se requiere una planificación y una priorización meticolosas del uso de los recursos si se desea emprender actividades eficaces para reducir la carga del cáncer;

Reconociendo la importancia de una financiación adecuada para los programas de prevención, control y atención paliativa del cáncer, sobre todo en los países en desarrollo;

Alentada por las perspectivas que ofrecen las alianzas establecidas con organizaciones internacionales y nacionales en el marco de la Alianza Mundial para el Control del Cáncer, y con otros organismos como, por ejemplo, las organizaciones de pacientes;

Reconociendo el apoyo prestado por el OIEA para combatir el cáncer, y acogiendo con agrado la iniciativa de este organismo de establecer el Programa de Acción para el Tratamiento del Cáncer, así como las actividades de investigación llevadas a cabo por los institutos nacionales del cáncer en diversos Estados Miembros,

1. INSTA a los Estados Miembros:

- 1) a que colaboren con la Organización en la elaboración de programas integrales de control del cáncer, y en el reforzamiento de los existentes, adaptados al contexto socioeconómico y encaminados a reducir la incidencia del cáncer y la mortalidad que causa, y a mejorar la calidad de vida de los pacientes de cáncer y sus familias, en particular mediante la aplicación sistemática, escalonada y equitativa de estrategias de prevención, detección precoz, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y atención paliativa basadas en datos científicos, y a que evalúen las repercusiones de esos programas;
- 2) a que fijen prioridades basándose en la carga nacional de cáncer, la disponibilidad de recursos y la capacidad de los sistemas de salud para ejecutar programas de prevención, control y atención paliativa del cáncer;
- 3) a que integren en sus actuales sistemas de salud unos programas nacionales de control del cáncer que establezcan objetivos mensurables y orientados a la obtención de resultados a plazo corto, medio y largo, como se recomienda en el anexo a la presente resolución, identifiquen medidas sostenibles basadas en datos científicos que abarquen todas las fases de la atención, y hagan el mejor uso posible de los recursos en beneficio de toda la población, insistiendo en el papel eficaz que cumple la atención primaria de salud en la promoción de las estrategias de prevención;
- 4) a que fomenten y formulen políticas tendentes a reforzar y mantener los equipos técnicos de diagnóstico y tratamiento del cáncer en los hospitales que presten servicios oncológicos y otros servicios pertinentes;
- 5) a que presten especial atención a los cánceres relacionados con exposiciones evitables, en particular la exposición a sustancias químicas y humo de tabaco en el lugar de trabajo y en el entorno, a algunos agentes infecciosos, y a las radiaciones ionizantes y solares;
- 6) a que alienten las investigaciones científicas necesarias para ampliar los conocimientos acerca de la carga y las causas del cáncer humano, otorgando prioridad a los tumores que, como el cáncer cervicouterino y el cáncer de la boca, tienen una alta incidencia en los entornos de bajos recursos y se pueden combatir con intervenciones costoeficaces;

- 7) a que den prioridad también a las investigaciones sobre estrategias de prevención, detección precoz y tratamiento del cáncer, incluidos, cuando proceda, los medicamentos y terapias tradicionales, incluso para los cuidados paliativos;
- 8) a que enfoquen las fases de planificación, aplicación y evaluación del control del cáncer de manera que participen todas las partes interesadas en representación de organizaciones gubernamentales, no gubernamentales y comunitarias, incluidas las representantes de los pacientes y sus familias;
- 9) a que posibiliten el acceso a una información apropiada en relación con los procedimientos y opciones de prevención, diagnóstico y tratamiento, especialmente a los pacientes de cáncer, y con los cuidados paliativos;
- 10) a que establezcan sistemas de información apropiados, con inclusión de indicadores de resultados y de funcionamiento de los procesos, que presten apoyo a la planificación, el monitoreo y la evaluación de los programas de prevención, control y atención paliativa del cáncer;
- 11) a que evalúen periódicamente el desempeño de los programas de prevención y control del cáncer de modo que los países puedan mejorar la efectividad y la eficiencia de sus programas;
- 12) a que participen activamente en la aplicación de las estrategias integrales de la OMS de promoción de la salud y prevención focalizadas en los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles, incluido el cáncer, como por ejemplo el tabaco, las dietas malsanas, el uso nocivo del alcohol y la exposición a agentes biológicos, químicos y físicos de actividad cancerígena conocida, y a que consideren la firma, ratificación, aceptación, aprobación, confirmación oficial o adhesión al Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco;
- 13) a que mejoren el acceso a tecnologías apropiadas, con el apoyo de la OMS, para el diagnóstico y el tratamiento del cáncer, a fin de promover un diagnóstico y un tratamiento precoces, especialmente en los países en desarrollo;
- 14) a que determinen normas mínimas costoeficaces, adaptadas a las situaciones locales, para el tratamiento y la atención paliativa del cáncer que utilicen las estrategias de la OMS de provisión nacional de medicamentos esenciales, técnicas, pruebas de diagnóstico y vacunas, teniendo en cuenta en el caso de la atención paliativa las recomendaciones de la Segunda Cumbre Mundial de Asociaciones Nacionales de Cuidados Terminales y Paliativos (Seúl, 2005);
- 15) a que velen por que en la práctica médica se disponga de analgésicos opioides, de conformidad con los tratados internacionales y las recomendaciones de la OMS y de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes y con sujeción a un sistema eficaz de vigilancia y control;
- 16) a que velen, cuando proceda, por la seguridad y la eficacia documentadas y basadas en pruebas científicas de los medicamentos y terapias tradicionales disponibles;
- 17) a que desarrollen y fortalezcan la infraestructura de los sistemas de salud, particularmente en relación con los recursos humanos, a fin de crear una capacidad adecuada para la eficaz ejecución de los programas de prevención y control del cáncer, incluido un sistema de registro del cáncer;

18) a que asignen alta prioridad a la planificación y ejecución de actividades de control del cáncer de los grupos de alto riesgo, en particular los familiares de pacientes y las personas que han experimentado una exposición larga y muy intensa a agentes carcinógenos;

2. PIDE al Director General:

1) que amplíe las actividades y la capacidad de la OMS respecto de la prevención y el control del cáncer y que promueva unas estrategias de prevención y control del cáncer eficaces e integrales en el contexto de la estrategia mundial de prevención y control de las enfermedades no transmisibles, la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud, y la resolución WHA57.16, sobre promoción de la salud y modos de vida sanos, prestando especial atención a los países poco desarrollados;

2) que preste apoyo técnico a los Estados Miembros en el establecimiento de prioridades para los programas de prevención, control y atención paliativa del cáncer;

3) que refuerce la participación de la OMS en las alianzas internacionales y la colaboración con los Estados Miembros, con otros órganos del sistema de las Naciones Unidas y con las partes interesadas de una amplia variedad de sectores y disciplinas conexos con el fin de promover un planteamiento integral del control del cáncer y de movilizar recursos y crear capacidad al respecto;

4) que siga elaborando la estrategia de la OMS para la formulación y el perfeccionamiento de los programas de prevención y control del cáncer mediante el acopio, el análisis y la difusión de experiencias nacionales al respecto, y dando orientación apropiada a los Estados Miembros que lo soliciten;

5) que contribuya a la elaboración de recomendaciones sobre el diagnóstico precoz del cáncer, especialmente para definir las poblaciones objetivo que deberían beneficiarse de ese diagnóstico y atenderlas;

6) que considere la posibilidad de asignar recursos adicionales para que los conocimientos que rindan las investigaciones se traduzcan en medidas de salud pública eficaces y eficientes para la prevención y el control del cáncer;

7) que promueva las investigaciones sobre la costoeficacia de distintas estrategias de prevención y tratamiento de diversos tipos de cáncer;

8) que promueva y preste apoyo a las investigaciones de evaluación de las intervenciones de bajo costo que resulten asequibles y sostenibles en los países de bajos ingresos;

9) que promueva las investigaciones para la obtención de una vacuna eficaz contra el cáncer cervicouterino;

10) que apoye el mayor desarrollo y ampliación de un programa de investigaciones en el CIIC y otros órganos, que sea apropiado para formular políticas y estrategias integradas de control del cáncer, y promueva y apoye programas técnicos y médicos para el tratamiento del cáncer;

11) que promueva la elaboración de principios rectores sobre la atención paliativa de los pacientes de cáncer, incluidos los aspectos éticos;



- 12) que proporcione recursos adecuados y asuma funciones de liderazgo para apoyar al Programa Internacional de Seguridad de las Sustancias Químicas a fin de que éste desempeñe un papel activo en los mecanismos multisectoriales internacionales encargados de la seguridad de las sustancias químicas, incluido el apoyo a la creación de capacidad nacional en materia de seguridad de las sustancias químicas;
- 13) que apoye y fortalezca los mecanismos para transferir a los países en desarrollo competencias técnicas en materia de prevención y control del cáncer, incluidas la vigilancia, el cribado y la investigación;
- 14) que preste asesoramiento a los Estados Miembros, en especial a los países en desarrollo, para que establezcan o mantengan un registro nacional del cáncer en el que se indique el tipo de cáncer, su localización y su distribución geográfica;
- 15) que colabore con los Estados Miembros en sus esfuerzos encaminados a establecer institutos nacionales del cáncer;
- 16) que estudie mecanismos apropiados para financiar adecuadamente los programas de prevención, control y atención paliativa del cáncer, en especial en los países en desarrollo;
- 17) que estudie la viabilidad de crear un programa conjunto entre la OMS y el OIEA para la prevención, el control, el tratamiento y la investigación del cáncer;
- 18) que examine con la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes la viabilidad de un posible mecanismo de asistencia que pudiera facilitar el tratamiento apropiado del dolor utilizando analgésicos opioides;
- 19) que examine todas las oportunidades de mejorar la accesibilidad, la asequibilidad y la disponibilidad de fármacos para quimioterapia, particularmente en los países en desarrollo, destinados al tratamiento de los tipos de cáncer relacionados con el VIH/SIDA;
- 20) que informe periódicamente a la Asamblea de la Salud sobre la aplicación de la presente resolución.

## ANEXO

### **PROGRAMAS NACIONALES DE CONTROL DEL CÁNCER: RECOMENDACIONES PARA DEFINIR OBJETIVOS ORIENTADOS A LA OBTENCIÓN DE RESULTADOS**

Se propone a las autoridades nacionales de salud la consideración de los siguientes objetivos orientados a la obtención de resultados para sus programas de control del cáncer, según el tipo de cáncer:

- tumores prevenibles (por ejemplo, del pulmón, colorrectales, de la piel y del hígado): evitar o reducir la exposición a factores de riesgo (por ejemplo, consumo de tabaco, dietas malsanas, uso nocivo del alcohol, sedentarismo, exposición excesiva a la luz solar, agentes transmisibles, incluidos el virus de la hepatitis B y los trematodos hepáticos, y la exposición profesional), para limitar así la incidencia de esos cánceres;

- cánceres susceptibles de detección y tratamiento tempranos (por ejemplo, de la boca, cervicouterino, de mama y de próstata): reducir la demora en la consulta médica y garantizar un tratamiento apropiado, con el fin de aumentar la supervivencia, reducir la mortalidad y mejorar la calidad de vida;
- cánceres generalizados con posibilidades de curación o de que se prolongue considerablemente la vida del paciente (por ejemplo, leucemia aguda en la infancia): proporcionar una atención apropiada con el fin de aumentar la supervivencia, reducir la mortalidad y mejorar la calidad de vida;
- cánceres avanzados: mejorar el alivio del dolor y otros síntomas y mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias.

(Novena sesión plenaria, 25 de mayo de 2005 -  
Comisión B, tercer informe)

### **WHA58.23      Discapacidad, incluidos la prevención, el tratamiento y la rehabilitación**

La 58ª Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe sobre la discapacidad, incluidos la prevención, el tratamiento y la rehabilitación;<sup>1</sup>

Enterada de que unos 600 millones de personas viven con algún tipo de discapacidad;

Consciente de la magnitud mundial de las necesidades en materia de salud y rehabilitación de las personas con discapacidad y del costo que supone su exclusión de la sociedad;

Preocupada por el rápido aumento del número de personas con discapacidad que han traído consigo el crecimiento de la población, el crecimiento de la población que envejece, las enfermedades crónicas, la malnutrición, las lesiones causadas por las minas terrestres, las guerras, la violencia, en especial la violencia doméstica, el SIDA, la degradación ambiental, el tránsito rodado, los accidentes domésticos, las actividades recreativas y laborales, y otras causas a menudo relacionadas con la pobreza;

Subrayando que el 80% de las personas con discapacidad, particularmente en la población infantil, viven en países de bajos ingresos y que la pobreza limita aún más el acceso a servicios básicos de salud, incluidos los servicios de rehabilitación;

Reconociendo la importante contribución que las personas con discapacidades aportan a la sociedad, y que la asignación de recursos a su rehabilitación constituye una inversión;

Reconociendo la importancia que reviste una información fiable sobre diversos aspectos de la prevención, rehabilitación y atención de las discapacidades, así como la necesidad de invertir en los servicios de salud y rehabilitación requeridos para asegurar la igualdad de oportunidades y una buena calidad de vida a las personas con discapacidad;

---

<sup>1</sup> Documento A58/17.

Recordando las Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad;<sup>1</sup>

Recordando la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, ratificada oficialmente en la 54ª Asamblea Mundial de la Salud en 2001;<sup>2</sup>

Recordando asimismo el Programa de Acción Mundial de las Naciones Unidas para los Impedidos, en el que se indica, entre otras cosas, que el ámbito de responsabilidad de la OMS abarca la prevención de la discapacidad y la rehabilitación médica;<sup>3</sup>

Habida cuenta del Decenio de África para las Personas con Discapacidad (2000-2009), el Decenio de Asia y el Pacífico de las Personas con Discapacidad (1993-2002), el Nuevo Decenio de Asia y el Pacífico de las Personas con Discapacidad (2003-2012) y el Año Europeo de las Personas con Discapacidades (2003);

Recordando las resoluciones de la Asamblea General de las Naciones Unidas 56/168, de 19 de diciembre de 2001, 57/229, de 18 de diciembre de 2002, y 58/246, de 23 de diciembre de 2003;

Consciente de que los objetivos de desarrollo acordados internacionalmente que figuran en la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas no se podrán alcanzar si no se abordan las cuestiones relacionadas con la salud y la rehabilitación de las personas con discapacidad;

Reconociendo la importancia de la pronta conclusión de la Convención internacional amplia e integral de las Naciones Unidas para promover y proteger los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad;<sup>4</sup>

1. INSTA a los Estados Miembros:

- 1) a que refuercen los programas, políticas y estrategias nacionales encaminados a aplicar las Normas Uniformes de las Naciones Unidas sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad;
- 2) a que sensibilicen al público general acerca de la importancia de la cuestión de la discapacidad y a que coordinen los esfuerzos de todos los sectores de la sociedad por participar en las actividades de prevención de la discapacidad;
- 3) a que desarrollen su base de conocimientos a fin de promover y proteger los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad y de garantizar su plena integración en la sociedad, en particular alentando la capacitación y protegiendo el empleo;
- 4) a que adopten todas las medidas necesarias para reducir los factores de riesgo que contribuyen a la discapacidad durante el embarazo y la infancia;

---

<sup>1</sup> Adoptadas por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su resolución 48/96.

<sup>2</sup> Resolución WHA54.21.

<sup>3</sup> Resolución 37/52 de la Asamblea General de las Naciones Unidas.

<sup>4</sup> Resolución 56/168 de la Asamblea General de las Naciones Unidas.

- 5) a que promuevan la intervención e identificación tempranas en los casos de discapacidad, en especial durante el embarazo y entre los niños, y la plena accesibilidad física, informativa y económica en todas las esferas de la vida, incluidos los servicios de salud y de rehabilitación, con el fin de garantizar la plena participación y la igualdad de las personas con discapacidad;
- 6) a que apliquen, según corresponda, programas de asesoramiento a las familias, inclusive pruebas prenupciales confidenciales para detectar enfermedades como la anemia y la talasemia, así como orientación preventiva para los matrimonios entre familiares;
- 7) a que promuevan y fortalezcan programas comunitarios de rehabilitación vinculados a la atención primaria de salud e integrados en el sistema de salud;
- 8) a que faciliten el acceso a tecnologías de asistencia apropiadas y promuevan su desarrollo y el de otros medios que alienten la incorporación de las personas con discapacidades a la sociedad;
- 9) a que incluyan un componente de discapacidad en sus políticas y programas de salud, en particular en las esferas de la salud del niño y del adolescente, la salud sexual y reproductiva, la salud mental, el envejecimiento, el VIH/SIDA y enfermedades crónicas tales como la diabetes mellitus, las enfermedades cardiovasculares y el cáncer;
- 10) a que coordinen las políticas y programas relativos a la discapacidad con los relativos al envejecimiento, cuando proceda;
- 11) a que garanticen la igualdad entre los sexos en todas las medidas, haciendo especial hincapié en las mujeres y niñas con discapacidad, que suelen sufrir desventajas sociales, culturales y económicas;
- 12) a que participen de forma activa y constructiva en el proceso de elaboración de la Convención internacional amplia e integral de las Naciones Unidas para promover y proteger los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad,<sup>1</sup> de modo que pueda ser adoptada, lo antes posible, por la Asamblea General con carácter prioritario;
- 13) a que investiguen y pongan en práctica, bajo sus condiciones específicas, las medidas más eficaces para prevenir las discapacidades, con la participación de otros sectores de la comunidad;
- 14) a que garanticen la prestación de atención médica apropiada y eficaz a las personas con necesidades especiales y a que faciliten su acceso a esa atención, inclusive a prótesis, sillas de ruedas, ayudas para la conducción y otros dispositivos;
- 15) a que investiguen y pongan en práctica las medidas más eficaces para prevenir las discapacidades en colaboración con las comunidades y otros sectores;

---

<sup>1</sup> Resolución 56/168 de la Asamblea General de las Naciones Unidas.

2. PIDE al Director General:

- 1) que intensifique la colaboración dentro de la Organización para trabajar en pro de un mejoramiento de la calidad de vida y la promoción de los derechos y la dignidad de las mujeres, hombres, niños y niñas con discapacidad, entre otras cosas incluyendo en todas sus esferas de trabajo información y análisis estadísticos desglosados por sexos;
- 2) que preste apoyo a los Estados Miembros para fortalecer los programas nacionales de rehabilitación y aplicar las Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad, de las Naciones Unidas;
- 3) que preste apoyo a los Estados Miembros para reunir datos más fiables sobre todos los aspectos pertinentes, con inclusión de la costoeficacia de las intervenciones de prevención, rehabilitación y atención de las discapacidades, y para evaluar las posibilidades de utilizar los recursos nacionales e internacionales disponibles para la prevención, rehabilitación y atención de las discapacidades;
- 4) que intensifique la colaboración con el sistema de las Naciones Unidas, así como con los Estados Miembros, entidades docentes, el sector privado y organizaciones no gubernamentales, incluidas las asociaciones de personas con discapacidad;
- 5) que contribuya apropiadamente a la labor del Comité Especial encargado de elaborar una convención de las Naciones Unidas amplia e integral para promover y proteger los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad;
- 6) que organice una reunión de expertos para examinar las necesidades en materia de salud y rehabilitación de las personas con discapacidad;
- 7) que promueva estudios de incidencia y prevalencia de las discapacidades como base para la formulación de estrategias de prevención, tratamiento y rehabilitación;
- 8) que prepare un informe mundial sobre discapacidad y rehabilitación basado en las mejores pruebas científicas disponibles;
- 9) que promueva el conocimiento cabal de la contribución que las personas con discapacidades pueden aportar a la sociedad;
- 10) que preste apoyo a los Estados Miembros en la adopción de las medidas necesarias para reducir los factores de riesgo que llevan a la discapacidad;
- 11) que informe a la 60ª Asamblea Mundial de la Salud, por conducto del Consejo Ejecutivo, sobre la marcha de la aplicación de la presente resolución.

(Novena sesión plenaria, 25 de mayo de 2005 -  
Comisión B, tercer informe)

**WHA58.24      Sostenimiento de la eliminación de los trastornos por carencia de yodo**

La 58ª Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo tomado nota del informe de la OMS sobre la situación mundial en relación con el yodo;<sup>1</sup>

Afirmando la prioridad que se otorga a la prevención y el control de los trastornos por carencia de yodo en las resoluciones WHA49.13 y WHA52.24, y la meta de eliminación fijada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su vigésimo séptimo periodo extraordinario de sesiones sobre la infancia (2002);<sup>2</sup>

Preocupada por que los trastornos por carencia de yodo siguen suponiendo una grave amenaza para la salud pública, puesto que causan lesiones cerebrales invisibles a centenares de millones de niños, así como afecciones visibles tales como bocio, cretinismo, muerte prenatal, aborto y deficiencias físicas;

Observando que la batalla mundial contra los trastornos por carencia de yodo mediante la yodación universal de la sal constituye una de las intervenciones más costoeficaces, y contribuye al desarrollo económico y social;

Reconociendo que la opción definitiva de las medidas que hayan de adoptarse siempre debería definirse teniendo en cuenta el grado de carencia de yodo, con el fin de manejar el riesgo de una ingesta de yodo excesiva por las poblaciones más sensibles, a saber, los niños;

Tomando nota de la resolución WHA57.17, sobre la Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud, y de la necesidad de que las medidas relativas a la carencia de yodo sean compatibles con la recomendación de la estrategia de limitar el consumo de sal (sódica) de toda procedencia;

Reconociendo que en el último decenio 2000 millones de personas han adoptado el uso de sal yodada, pero que pese a ese importante progreso un tercio de la población del mundo sigue estando en riesgo, en su mayoría en las zonas más pobres y económicamente menos adelantadas;

Consciente de que es necesaria una solución sostenible tal como la yodación universal de la sal para mantener la ingesta regular de yodo en cantidades ínfimas, puesto que los trastornos por su carencia no se pueden erradicar y la interrupción de la ingesta regular favorece su reaparición;

Convencida de que las actividades de control sólo serán sostenibles si existe comunicación y se educa al público, con el fin de mantener el uso persistente de sal yodada y evitar la reaparición de los trastornos por carencia debido a la falta de estrategias de control a largo plazo;

Aplaudiendo el establecimiento en 2002 de la Red para la Eliminación Sostenible de la Carencia de Yodo como modelo de colaboración publicoprivada entre partes interesadas en pro de un esfuerzo

---

<sup>1</sup> *Iodine status worldwide: WHO Global Database on Iodine Deficiency*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004.

<sup>2</sup> Resolución S-27/2 de la Asamblea General de las Naciones Unidas, anexo.

mundial, entre cuyos miembros fundadores se cuentan varias asociaciones salinas, organismos internacionales de desarrollo y Kiwanis International,

1. INSTA a los Estados Miembros:

- 1) a que refuercen su compromiso con la eliminación sostenida de los trastornos por carencia de yodo en el marco de sus programas de salud ordinarios y de sus actividades de lucha contra la pobreza, inclusive mediante la yodación universal de la sal;
- 2) a que adopten medidas urgentes para atender al tercio restante de la población mundial, que en su mayoría forma parte de los grupos más pobres y económicamente más desfavorecidos;
- 3) a que incluyan la promoción de la salud en sus estrategias de control, para que el uso de sal yodada sea una práctica común, basada en el convencimiento de que es necesario ingerir yodo en la dieta para asegurar el bienestar físico y mental, en particular de las mujeres embarazadas y que lactan y de los lactantes y los niños pequeños;
- 4) a que establezcan coaliciones nacionales multidisciplinarias integradas por miembros de la industria de la sal (productores de sal, distribuidores y minoristas), y miembros de los sectores de la enseñanza y de los medios de comunicación, con el fin de efectuar un seguimiento de la nutrición de yodo cada tres años y de informar a la Asamblea de la Salud de los progresos realizados;

2. PIDE al Director General:

- 1) que refuerce la cooperación con los Estados Miembros que lo soliciten y con organizaciones internacionales, inclusive el UNICEF, organismos bilaterales de asistencia y órganos internacionales tales como el Consejo Internacional para la Lucha contra los Trastornos por Carencia de Yodo, la Iniciativa sobre Micronutrientes y la Global Alliance for Improved Nutrition, en la prestación de asistencia técnica a los reglamentadores y productores de sal para la obtención y comercialización de sal yodada, el reforzamiento de los sistemas de control de la calidad y el establecimiento de una red de laboratorios de referencia para la estimación de la ingesta de yodo;
- 2) que refuerce las actividades de promoción con participación de los medios de comunicación públicos y la sociedad civil para renovar el compromiso de combatir los trastornos por carencia de yodo, incluidas las investigaciones apropiadas con los asociados pertinentes;
- 3) que informe sobre la aplicación de esta resolución a la 60ª Asamblea Mundial de la Salud, y posteriormente cada tres años.

(Novena sesión plenaria, 25 de mayo de 2005 -  
Comisión A, sexto informe)

**WHA58.25      El proceso de reforma de las Naciones Unidas y el papel de la OMS  
en la armonización de las actividades operacionales para el desarrollo  
en los países**

La 58ª Asamblea Mundial de la Salud,

Tomando nota del informe sobre colaboración dentro del sistema de las Naciones Unidas;<sup>1</sup>

Reconociendo la primacía de la planificación y las prioridades nacionales y, a este respecto, la función rectora de los gobiernos nacionales en la coordinación de las actividades de desarrollo;

Consciente de la importancia crucial del proceso de reforma de las Naciones Unidas en relación, entre otras cosas, con las actividades operacionales para el desarrollo, puesto en marcha por el Secretario General de las Naciones Unidas y encaminado tanto a garantizar una mejor coordinación de las actividades sobre el terreno como a prestar servicios de una manera coherente y eficaz;

Reconociendo las contribuciones de la OMS a esas actividades de desarrollo;

Consciente también de la necesidad de velar por que en las actividades operacionales de las Naciones Unidas para el desarrollo se haga hincapié en el logro de los objetivos de desarrollo acordados internacionalmente, incluso los contenidos en la Declaración del Milenio;

Consciente en particular del actual intercambio de opiniones entre los Estados Miembros impulsado por el informe del Secretario General de las Naciones Unidas titulado «Un concepto más amplio de la libertad: desarrollo, seguridad y derechos humanos para todos», en el que describe medidas que, a su juicio, permitirán lograr que las Naciones Unidas sean un instrumento más eficaz para forjar una respuesta unificada frente a las amenazas y las necesidades compartidas, incluida la reforma, reestructuración y revitalización de sus principales órganos e instituciones, cuando sea necesario, a fin de que puedan responder eficazmente a la evolución de las amenazas, necesidades y circunstancias del siglo XXI;<sup>2</sup>

Decidida a reducir los costos de transacción de la cooperación internacional en la esfera de la salud tanto para los beneficiarios como para los dispensadores, y a mejorar la eficiencia, la vigilancia, y la presentación de informes acerca de ello;

Ansiosa por realizar las posibilidades aún no aprovechadas de la colaboración efectiva entre las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, los donantes bilaterales, las iniciativas mundiales y otras partes interesadas en impulsar el desarrollo sanitario;

Recordando la aprobación de la resolución 59/250 de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Revisión trienal amplia de la política relativa a las actividades operacionales para el desarrollo del sistema de las Naciones Unidas (22 de diciembre de 2004), en la que se pide una mayor coherencia y coordinación entre las entidades de las Naciones Unidas a nivel de país y la simplificación y armonización de sus normas y procedimientos;

---

<sup>1</sup> Documento A58/40.

<sup>2</sup> Documento A/59/2005.



Tomando nota de la Declaración de Roma sobre la Armonización (2003) y de la Declaración de París sobre la Eficacia de la Ayuda al Desarrollo: apropiación, armonización, alineación, resultados y mutua responsabilidad (2005);

Deseosa de garantizar un uso más eficaz de los recursos humanos y financieros a nivel de país, evitando en particular la duplicación de actividades dentro del sistema de desarrollo de las Naciones Unidas y en las instituciones de Bretton Woods;

Tomando nota de la labor preliminar que lleva a cabo la OMS en materia de apropiación, alineación, armonización y resultados, así como de su papel activo como miembro del Grupo de las Naciones Unidas para el Desarrollo y de sus esfuerzos encaminados a fortalecer la respuesta a nivel de país de conformidad con su mandato y mediante su política de atención centrada en los países;

Destacando la importancia de aplicar el planteamiento de los «tres principios» promovido por el ONUSIDA y aprobado en la resolución WHA57.14,

1. INSTA a los Estados Miembros a velar por que las actividades operacionales para el desarrollo se planifiquen y ejecuten en diálogo con los gobiernos nacionales, y bajo su rectoría, y de conformidad con sus prioridades, teniendo presente al mismo tiempo los esfuerzos coordinados que llevan a cabo los órganos del sistema de las Naciones Unidas en el contexto del Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo;

2. PIDE al Director General:

1) que vele por que la Organización siga ejecutando actividades en los países de conformidad con las prioridades de los Estados Miembros, según acuerden los órganos deliberantes, y que coordine las actividades de la OMS con las de otras organizaciones del sistema de las Naciones Unidas y, cuando sea apropiado, con otros agentes pertinentes que trabajan para mejorar los resultados sanitarios;

2) que vele por que el personal y los programas de la OMS en la Sede, en las oficinas regionales y en las oficinas en los países se ciña a las prioridades internacionales en materia de armonización y alineación, tal como se recogen, entre otras partes, en la Declaración de Roma y en la Declaración de París, y participen activamente en la elaboración y aplicación del Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo colaborando estrechamente con otros miembros de los equipos de las Naciones Unidas en los países y con los coordinadores residentes de las Naciones Unidas en los países, a fin de garantizar la coherencia y la eficacia;

3) que tenga en cuenta la Revisión trienal amplia de la política relativa a las actividades operacionales para el desarrollo del sistema de las Naciones Unidas, incluida la incorporación de la perspectiva de género y la promoción de la igualdad de género a fin de orientar las actividades de la OMS en los países, y participe activamente en el análisis de la Revisión trienal amplia de la política en el Consejo Económico y Social y en la Asamblea General de las Naciones Unidas;

4) que, en particular, examine los medios idóneos y adopte las medidas específicas para racionalizar aún más los procedimientos y reducir los costos de transacción, según se describe en la sección 4, párrafo 36 de la resolución 59/250 de la Asamblea General de las Naciones Unidas;

5) que presente a la 59ª Asamblea Mundial de la Salud, por conducto del Consejo Ejecutivo, un informe provisional sobre los progresos realizados en la aplicación de la presente resolución, y a la 61ª Asamblea Mundial de la Salud un análisis amplio de la contribución de la OMS a la

aplicación de la resolución 59/250 de la Asamblea General de las Naciones Unidas, en particular con respecto a la alineación de las actividades operacionales de la OMS para el desarrollo en los países con las del sistema de las Naciones Unidas y a la repercusión de los esfuerzos de coordinación en la eficacia de la ayuda y en su vigilancia.

(Novena sesión plenaria, 25 de mayo de 2005 -  
Comisión B, cuarto informe)

## **WHA58.26 Problemas de salud pública causados por el uso nocivo del alcohol**

La 58ª Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe sobre los problemas de salud pública causados por el uso nocivo del alcohol;<sup>1</sup>

Reafirmando las resoluciones WHA32.40, sobre la elaboración del programa de la OMS sobre los problemas relacionados con el alcohol, WHA36.12, sobre el consumo de alcohol y los problemas relacionados con el alcohol: desarrollo de políticas y programas nacionales, WHA42.20, sobre la prevención y el control del alcoholismo y el uso indebido de drogas, WHA55.10, sobre la salud mental: respuesta al llamamiento a favor de la acción, WHA57.10, sobre seguridad vial y salud, WHA57.16, sobre promoción de la salud y modos de vida sanos, y WHA57.17, sobre la Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud;

Recordando el *Informe sobre la salud en el mundo 2002*, que indicaba que el 4% de la carga de morbilidad y el 3,2% de la mortalidad mundial son atribuibles al alcohol y que éste representa el principal riesgo para la salud en los países en desarrollo con baja mortalidad, y el tercero en los países desarrollados;<sup>2</sup>

Reconociendo que los hábitos, el contexto y el nivel general del consumo de alcohol influyen en la salud del conjunto de la población y que el consumo nocivo de alcohol se encuentra entre las principales causas de enfermedad, lesiones, violencia, especialmente violencia doméstica contra mujeres y niños, discapacidad, problemas sociales y muertes prematuras, está asociado a problemas de salud mental, repercute gravemente en el bienestar humano, pues afecta a las personas, las familias, las comunidades y la sociedad en su conjunto, y contribuye a las desigualdades sociales y sanitarias;

Haciendo hincapié en el riesgo de que el consumo de alcohol tenga efectos nocivos, particularmente en el contexto de la conducción de vehículos, en el lugar de trabajo y durante el embarazo;

Alarmada por la magnitud de los problemas de salud pública asociados al consumo nocivo de alcohol y las tendencias del consumo peligroso, en particular entre los jóvenes de muchos Estados Miembros;

Reconociendo que la intoxicación alcohólica se asocia a conductas de alto riesgo tales como el consumo de otras sustancias psicoactivas y las prácticas sexuales de riesgo;

---

<sup>1</sup> Documento A58/18.

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

Preocupada por las pérdidas económicas que causa a la sociedad el consumo nocivo de alcohol, entre ellas los costos para los sistemas de salud, de bienestar social y de justicia penal, así como los costos derivados de la pérdida de productividad y la disminución del desarrollo económico;

Reconociendo las amenazas que suponen para la salud pública los factores que han dado lugar a una creciente disponibilidad y accesibilidad de las bebidas alcohólicas en algunos Estados Miembros;

Tomando nota de las pruebas cada vez más numerosas de la eficacia de las estrategias y medidas destinadas a reducir los daños relacionados con el alcohol;

Consciente de que hay que responsabilizar a las personas para que tomen decisiones positivas que cambien sus vidas en aspectos tales como el consumo de alcohol;

Teniendo debidamente en cuenta las sensibilidades religiosas y culturales de un número considerable de Estados Miembros respecto del consumo de alcohol, y subrayando que en la presente resolución el uso de la palabra «nocivo» se refiere solamente a los efectos del consumo de alcohol en la salud pública, sin perjuicio alguno de las creencias religiosas y las normas culturales,

1. PIDE a los Estados Miembros:

- 1) que elaboren, apliquen y evalúen estrategias y programas eficaces para reducir las consecuencias sanitarias y sociales negativas del uso nocivo del alcohol;
- 2) que alienten la movilización y la participación activa y apropiada de todos los grupos sociales y económicos interesados, en particular las asociaciones científicas, profesionales, industriales, no gubernamentales, y benéficas, del sector privado y de la sociedad civil, en la reducción del uso nocivo del alcohol;
- 3) que respalden la labor que se solicita más adelante al Director General, inclusive, si es necesario, mediante la aportación de donativos por los Estados Miembros interesados;

2. PIDE al Director General:

- 1) que refuerce la capacidad de la Secretaría para prestar asistencia a los Estados Miembros en la vigilancia de los daños relacionados con el alcohol y fortalezca las pruebas empíricas y científicas de la eficacia de las políticas;
- 2) que estudie la posibilidad de intensificar la cooperación internacional para reducir los problemas de salud pública causados por el uso nocivo del alcohol y movilice los apoyos necesarios a nivel mundial y regional;
- 3) que examine también la posibilidad de realizar nuevos estudios científicos sobre distintos aspectos del posible impacto del consumo de alcohol en la salud pública;
- 4) que informe a la 60ª Asamblea Mundial de la Salud sobre las estrategias e intervenciones basadas en pruebas científicas para reducir los daños relacionados con el alcohol, incluyendo una evaluación completa de los problemas de salud pública causados por el uso nocivo del alcohol;

- 5) que formule recomendaciones sobre políticas e intervenciones eficaces para reducir los daños relacionados con el alcohol y que elabore instrumentos técnicos que ayuden a los Estados Miembros a aplicar y evaluar las estrategias y programas recomendados;
- 6) que refuerce los sistemas de información mundiales y regionales mediante la recopilación y el análisis de nuevos datos sobre el consumo de alcohol y sus consecuencias sanitarias y sociales, la prestación de asistencia técnica a los Estados Miembros y el fomento de las investigaciones cuando se carezca de esos datos;
- 7) que promueva y apoye las actividades mundiales y regionales destinadas a identificar y tratar los trastornos relacionados con el uso del alcohol en el marco de la asistencia sanitaria, así como a aumentar la capacidad de los profesionales sanitarios para hacer frente a los problemas asociados a los hábitos nocivos de consumo de alcohol que presenten sus pacientes;
- 8) que colabore con los Estados Miembros, las organizaciones intergubernamentales, los profesionales sanitarios, las organizaciones no gubernamentales y otras partes interesadas pertinentes, con el fin de fomentar la aplicación de políticas y programas eficaces destinados a reducir el consumo nocivo de alcohol;
- 9) que organice reuniones consultivas abiertas con representantes de los sectores industrial, agrícola y comercial con el fin de limitar las repercusiones del consumo nocivo de alcohol en la salud;
- 10) que informe a la 60ª Asamblea Mundial de la Salud, por conducto del Consejo Ejecutivo, acerca de los progresos realizados en el cumplimiento de la presente resolución.

(Novena sesión plenaria, 25 de mayo de 2005 -  
Comisión B, cuarto informe)

## **WHA58.27 Mejora de la contención de la resistencia a los antimicrobianos**

La 58ª Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe sobre el uso racional de los medicamentos por prescriptores y pacientes;<sup>1</sup>

Reconociendo que la contención de la resistencia a los antimicrobianos es condición indispensable para alcanzar varios de los objetivos acordados en el plano internacional en relación con la salud contenidos en la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas;

Recordando las recomendaciones de la Segunda Conferencia Internacional sobre la Mejora del Uso de los Medicamentos (Chiang Mai, Tailandia, 2004);

---

<sup>1</sup> Documento A58/14.

Recordando también las conclusiones de los informes pertinentes de la OMS, incluido el relativo a los medicamentos prioritarios para Europa y el mundo,<sup>1</sup> y la Recomendación de Copenhague formulada en la conferencia de la Unión Europea sobre la amenaza microbiana (Copenhague, 1998);

Consciente de que la propagación de la resistencia a los antimicrobianos no conoce fronteras nacionales y que ha alcanzado proporciones que exigen la adopción de medidas urgentes en los niveles nacional, regional y mundial, especialmente en vista de que está disminuyendo la obtención de nuevos agentes antimicrobianos;

Recordando las anteriores resoluciones WHA39.27 y WHA47.13 sobre el uso racional de los medicamentos, WHA51.17 sobre la resistencia a los antimicrobianos y WHA54.14 sobre la seguridad sanitaria mundial;

Reconociendo los esfuerzos de la OMS en colaboración con gobiernos, universidades, el sector privado y las organizaciones no gubernamentales por contener la resistencia a los antimicrobianos, que contribuyen a prevenir la propagación de enfermedades infecciosas;

Tomando nota de que, a pesar de que se han realizado algunos progresos, la estrategia encaminada a contener la resistencia a los antimicrobianos no se ha aplicado de forma generalizada;<sup>2</sup>

Deseando que se intensifiquen los esfuerzos orientados a contener la resistencia a los antimicrobianos y a promover el uso racional de los agentes antimicrobianos por los proveedores y los consumidores a fin de mejorar la seguridad sanitaria mundial;

Insistiendo una vez más en la necesidad de un criterio nacional coherente, amplio e integrado a la hora de promover la contención de la resistencia a los antimicrobianos;

Convencida de que ha llegado el momento de que los gobiernos, los profesionales de la salud, la sociedad civil, el sector privado y la comunidad internacional reafirmen su compromiso de velar por que se hagan inversiones suficientes para contener la resistencia a los antimicrobianos,

1. INSTA a los Estados Miembros:

- 1) a que garanticen la formulación de un criterio nacional coherente, amplio e integrado en la aplicación de la estrategia encaminada a contener la resistencia a los antimicrobianos y tengan en cuenta, cuando proceda, los incentivos financieros y de otra índole que puedan tener una repercusión negativa en las políticas de prescripción y despacho de medicamentos;
- 2) a que fomenten el uso racional de agentes antimicrobianos, incluso mediante la formulación y aplicación de directrices nacionales sobre prácticas habituales para tratar infecciones comunes, en los sectores público y privado;
- 3) a que fortalezcan, según corresponda, su legislación en materia de disponibilidad de medicamentos en general y de agentes antimicrobianos en particular;
- 4) a que movilicen recursos humanos y financieros con el fin de reducir al mínimo la aparición y la propagación de la resistencia a los antimicrobianos, en particular mediante la promoción del uso racional de los agentes antimicrobianos por proveedores y consumidores;

---

<sup>1</sup> Documento WHO/EDM/PAR/2004.7.

<sup>2</sup> Documento WHO/CDS/CSR/DRS/2001.2.

- 5) a que vigilen eficazmente y controlen las infecciones intrahospitalarias;
- 6) a que vigilen periódicamente el uso de agentes antimicrobianos y el grado de resistencia a los antimicrobianos en todos los sectores pertinentes;
- 7) a que difundan activamente sus conocimientos y experiencia en relación con las prácticas óptimas de promoción del uso racional de agentes antimicrobianos;

2. PIDE al Director General:

- 1) que fortalezca la función de liderazgo de la OMS en la contención de la resistencia a los antimicrobianos;
- 2) que acelere la aplicación de las resoluciones WHA51.17 y WHA54.14 en relación con la contención de la resistencia a los antimicrobianos ampliando y fortaleciendo la prestación de apoyo técnico a los Estados Miembros que lo soliciten;
- 3) que colabore con otros programas y asociados pertinentes a fin de promover el uso apropiado de agentes antimicrobianos en el contexto del uso racional de los medicamentos, ampliando aquellas intervenciones que hayan demostrado ser eficaces y que apoye la difusión de conocimientos y experiencia entre los interesados directos sobre las mejores prácticas;
- 4) que preste apoyo a la generación, a nivel regional y subregional, de información actualizada sobre la resistencia antimicrobiana, y que ponga esa información a disposición de los Estados Miembros y otras partes;
- 5) que preste apoyo a la recopilación y difusión, a nivel nacional y local, de pruebas científicas sobre intervenciones costoeficaces de prevención y control de la resistencia a los antimicrobianos;
- 6) que informe a la 60ª Asamblea Mundial de la Salud, y con carácter periódico en lo sucesivo, sobre los progresos realizados, los problemas encontrados y otras acciones que se propongan durante la aplicación de la presente resolución.

(Novena sesión plenaria, 25 de mayo de 2005 -  
Comisión A, séptimo informe)

## **WHA58.28      Cibersalud**

La 58ª Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe sobre cibersalud;<sup>1</sup>

Tomando nota de la influencia beneficiosa que podría tener el progreso de las tecnologías de información y comunicación en la prestación de atención sanitaria, la salud pública, la investigación y las actividades relacionadas con la salud para los países tanto de ingresos bajos como de ingresos altos;

---

<sup>1</sup> Documento A58/21.

Consciente de que los avances en las tecnologías de información y comunicación han generado expectativas en materia de salud;

Respetando los derechos humanos, las consideraciones éticas y los principios de equidad, y habida cuenta de las diferencias ligadas a la cultura, la educación, el idioma, el lugar geográfico, la capacidad física y mental, la edad y el sexo;

Reconociendo que una estrategia de ciber salud de la OMS sentaría las bases para las actividades de la OMS en esa esfera;

Recordando la resolución WHA51.9, referente a la publicidad, promoción y venta transfronterizas de productos médicos por medio de Internet;

Subrayando que la ciber salud consiste en el apoyo que la utilización costoeficaz y segura de las tecnologías de la información y las comunicaciones ofrece a la salud y a los ámbitos relacionados con ella, con inclusión de los servicios de atención de salud, la vigilancia y la documentación sanitarias, así como la educación, los conocimientos y las investigaciones en materia de salud,

1. INSTA a los Estados Miembros:

- 1) a que se planteen la elaboración de un plan estratégico a largo plazo para concebir e implantar servicios de ciber salud en los distintos ámbitos del sector de la salud, incluida la administración sanitaria, dotados de las infraestructuras y el marco jurídico apropiados, y a que alien ten las alianzas públicas y privadas;
- 2) a que desarrollen infraestructuras para aplicar a la salud las tecnologías de información y comunicación como se considere apropiado, y promuevan el disfrute universal, equitativo y a precio asequible de los beneficios que de ahí se deriven, y sigan colaborando con organismos de telecomunicación de la información y otros asociados con el fin de reducir los costos y de que la ciber salud dé buenos resultados;
- 3) a que, en el terreno de las tecnologías de información y comunicación, forjen relaciones de colaboración más estrechas con los sectores privado y asociativo, con el fin de promover los servicios de salud públicos y de utilizar los servicios de ciber salud de la OMS y de otras organizaciones de salud, y a que soliciten su apoyo en la esfera de la ciber salud;
- 4) a que procuren que las comunidades, en particular los grupos vulnerables, gocen de servicios de ciber salud adaptados a sus necesidades;
- 5) a que fomenten la colaboración multisectorial para definir criterios y normas de ciber salud basados en datos contrastados y evaluar las actividades de ciber salud, con el fin de intercambiar conocimientos sobre modelos rentables y, de ese modo, asegurar la disponibilidad de normas en materia de calidad, seguridad y ética, y el respeto de los principios de confidencialidad de la información, privacidad, equidad e igualdad;
- 6) a que establezcan redes y centros nacionales de excelencia que trabajen sobre la ciber salud, y en particular sobre prácticas ejemplares, coordinación de políticas y apoyo técnico para la prestación de asistencia sanitaria, mejora de los servicios, información al ciudadano, desarrollo de los medios de acción y vigilancia;

7) a que consideren la posibilidad de establecer y aplicar sistemas electrónicos nacionales de información en materia de salud pública, y de mejorar, mediante la información, la capacidad de vigilancia y de respuesta rápida a las enfermedades y las emergencias de salud pública;

2. PIDE al Director General:

1) que fomente la colaboración internacional multisectorial con el fin de mejorar la compatibilidad entre distintas soluciones administrativas y técnicas y las directrices éticas en el ámbito de la ciber salud;

2) que amplíe el uso de información electrónica a través de la presentación de informes periódicos, documente y analice las novedades y tendencias en el uso de la ciber salud en el mundo, inspire las políticas y prácticas de los países en ese terreno e informe periódicamente al respecto;

3) que facilite el desarrollo de soluciones modelo en materia de ciber salud que, con las modificaciones apropiadas, se puedan establecer en centros y redes nacionales de excelencia en materia de ciber salud;

4) que preste apoyo técnico a los Estados Miembros en relación con los productos y servicios de ciber salud, y para ello dé amplia difusión a experiencias y prácticas ejemplares, en particular sobre tecnología de la telemedicina, elabore metodologías de evaluación, fomente la investigación y el desarrollo, y promueva la aplicación de normas difundiendo directrices;

5) que facilite la integración de la ciber salud en los sistemas y servicios de salud, con inclusión del despliegue de infraestructura de telemedicina en países con cobertura médica insuficiente, la formación de los profesionales de la atención sanitaria y el desarrollo de medios de acción, a fin de mejorar el acceso a la atención, así como su calidad y seguridad;

6) que prosiga la extensión a los Estados Miembros de mecanismos tales como la Academia de la Salud, que fomentan modos de vida sanos y un mejor conocimiento de cuestiones ligadas a la salud mediante el ciberaprendizaje;<sup>1</sup>

7) que preste apoyo a los Estados Miembros para promover la elaboración, aplicación y gestión de normas nacionales para la información sanitaria, y para acopiar y cotejar la información normativa disponible, con el fin de establecer un sistema nacional de información sanitaria normalizado, y facilitar el intercambio de información entre los Estados Miembros;

8) que preste apoyo, en la esfera de la ciber salud, a las iniciativas regionales e interregionales y a las iniciativas entre los grupos de países que hablan un idioma común;

9) que presente al Consejo Ejecutivo en su 117ª reunión una lista de actividades específicas propuestas en las que se centrará la Secretaría, las cuales deben estar encaminadas exclusivamente a desarrollar instrumentos y servicios que los Estados Miembros puedan incorporar en sus propias soluciones nacionales o adaptar, si fuera necesario, y una exposición somera de las consecuencias financieras de las actividades propuestas.

(Novena sesión plenaria, 25 de mayo de 2005 -  
Comisión A, séptimo informe)

---

<sup>1</sup> En este contexto, se entiende por «ciberaprendizaje» el uso de toda tecnología o medio electrónico al servicio del aprendizaje.



**WHA58.29      Reforzamiento de la bioseguridad en el laboratorio**

La 58ª Asamblea Mundial de la Salud,

Considerando que la liberación de agentes y toxinas microbiológicos puede tener ramificaciones mundiales;

Reconociendo que la contención de agentes y toxinas microbiológicos en los laboratorios es fundamental para prevenir los brotes de enfermedades emergentes y reemergentes como el síndrome respiratorio agudo severo (SRAS);

Reconociendo la labor de la OMS en la promoción de la bioseguridad en el laboratorio;

Reconociendo que varios Estados Miembros sí cuentan con sistemas de control y directrices eficaces en materia de prácticas de laboratorio con el fin de gestionar el riesgo que entrañan los agentes y toxinas microbiológicos para los trabajadores de laboratorio y para la comunidad;

Reconociendo que algunos Estados Miembros quizá no dispongan de controles eficaces de la bioseguridad;

Observando que el enfoque integrado de la bioseguridad en el laboratorio, incluida la contención de los agentes y toxinas microbiológicos, promueve la salud pública mundial,

1.    INSTA a los Estados Miembros:

1)    a que revisen la seguridad de sus laboratorios y los protocolos con que cuentan para la manipulación en condiciones de seguridad de agentes y toxinas microbiológicos, de acuerdo con las orientaciones de la OMS en materia de bioseguridad;

2)    a que apliquen programas específicos, acordes con las orientaciones de la OMS en materia de bioseguridad, para promover las prácticas de bioseguridad en el laboratorio para la manipulación y el transporte seguros, incluida la contención, de los agentes y toxinas microbiológicos;

3)    a que elaboren planes nacionales de preparación y programas nacionales que refuercen el cumplimiento por los laboratorios, incluidos los de la administración pública, las universidades y los centros de investigación, y los del sector privado, especialmente los que manejan agentes y toxinas microbiológicos muy virulentos, de las directrices en materia de bioseguridad en las prácticas de laboratorio;

4)    a que movilicen recursos humanos y financieros nacionales e internacionales para mejorar la bioseguridad en el laboratorio, incluida la contención de los agentes y toxinas microbiológicos, con el fin de reducir al mínimo la posibilidad de que se produzcan infecciones adquiridas en el laboratorio y la consiguiente propagación a la comunidad;

5)    a que cooperen con otros Estados Miembros para facilitar el acceso a equipamiento de bioseguridad en el laboratorio, incluidos los equipos de protección personal y dispositivos de contención, para prevenir y controlar las infecciones contraídas en el laboratorio;

6) a que alienten la elaboración de programas de capacitación en bioseguridad y normas de competencia para los trabajadores de laboratorio con el fin de aumentar el conocimiento de las cuestiones relativas a la seguridad y las prácticas de laboratorio seguras;

2. PIDE al Director General:

1) que vele por que la OMS desempeñe una función activa, de conformidad con su mandato, en la tarea de mejorar la bioseguridad en el laboratorio, incluida la contención de agentes y toxinas microbiológicos;

2) que preste apoyo a otros programas y asociados pertinentes en el fortalecimiento de sus esfuerzos por promover la mejora de la bioseguridad en el laboratorio, incluida la contención de agentes y toxinas microbiológicos;

3) que preste apoyo a la obtención y difusión de conocimientos y experiencia entre los Estados Miembros con el fin de reforzar la bioseguridad en el laboratorio, incluida la contención de los agentes y toxinas microbiológicos, mediante, entre otras cosas, la actualización periódica de las directrices y los manuales pertinentes de la OMS, en consulta con todos los Estados Miembros con el fin de que se tengan en cuenta sus inquietudes;

4) que proporcione, a los Estados Miembros que lo soliciten, apoyo técnico para fortalecer la bioseguridad en el laboratorio, incluida la contención de los agentes y toxinas microbiológicos;

5) que informe periódicamente al Consejo Ejecutivo sobre la aplicación de esta resolución.

(Novena sesión plenaria, 25 de mayo de 2005 -  
Comisión A, séptimo informe)

**WHA58.30      Acelerar la consecución de los objetivos de desarrollo relacionados con la salud acordados internacionalmente, incluidos los que figuran en la Declaración del Milenio**

La 58ª Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe sobre la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud;<sup>1</sup>

Recordando los compromisos contraídos en la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en septiembre de 2000,<sup>2</sup> y la Guía general del Secretario General de las Naciones Unidas para su aplicación;<sup>3</sup>

Reconociendo que los objetivos de desarrollo acordados internacionalmente, incluidos los que figuran en la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, especialmente los relacionados con la

---

<sup>1</sup> Documento A58/5.

<sup>2</sup> Resolución 55/2 de la Asamblea General de las Naciones Unidas.

<sup>3</sup> Documento A/56/326.

salud, suponen un punto de inflexión en el desarrollo internacional, representan un vigoroso consenso y compromiso entre las naciones ricas y pobres, y establecen prioridades de acción claras y puntos de referencia para medir los progresos realizados;

Reconociendo que la salud es fundamental para la consecución de los objetivos de desarrollo acordados internacionalmente, incluidos los que figuran en la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, y que esos objetivos ofrecen la oportunidad de hacer de ella una parte esencial del programa de desarrollo y de lograr un compromiso político y recursos financieros para ese sector;

Observando con inquietud que, según las tendencias actuales, numerosos países de ingresos bajos no alcanzarán los objetivos de desarrollo relacionados con la salud acordados internacionalmente, incluidos los que figuran en la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas y que en muchos países sólo los lograrán los grupos de población más ricos, lo que aumentará las desigualdades, y que es necesario adoptar medidas urgentes;

Reconociendo la importancia de que en los esfuerzos encaminados a lograr los objetivos de desarrollo relacionados con la salud acordados internacionalmente, incluidos los que figuran en la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, se utilicen los instrumentos de derechos humanos aplicables;

Reconociendo que para acelerar los progresos será preciso un compromiso político y una ampliación de las estrategias y medidas que incremente su eficacia y eficiencia, así como una mayor inversión de recursos financieros, sistemas de salud eficaces y adecuadamente dotados de personal, la creación de capacidad en los sectores público y privado, un enfoque claramente centrado en la equidad de acceso y de los resultados y la adopción de medidas colectivas dentro de los países y entre ellos;

Reconociendo que los objetivos de desarrollo acordados internacionalmente, incluidos los que figuran en la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, son complementarios y de carácter sinérgico y no pueden alcanzarse de forma aislada, dado que la salud es un elemento fundamental para la consecución de los objetivos no directamente relacionados con la salud, y que el logro de esos otros objetivos afectará al de las metas sanitarias, incluidas las relativas al VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria, así como al de otras metas establecidas por la Asamblea de la Salud;

Recordando que en su 38º periodo de sesiones (abril de 2005) la Comisión de Población y Desarrollo subrayó

*la importancia de integrar el objetivo de lograr el acceso universal a la salud reproductiva para 2015 fijado en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo en las estrategias encaminadas a lograr los objetivos de desarrollo convenidos internacionalmente, incluidos los que figuran en la Declaración del Milenio, particularmente los relacionados con el mejoramiento de la salud materna, la reducción de la mortalidad en la infancia y en la niñez, el fomento de la igualdad entre los géneros, la lucha contra el VIH/SIDA, la erradicación de la pobreza y el logro del acceso universal a la educación primaria;*<sup>1</sup>

Reconociendo la función rectora de la OMS, junto con el Banco Mundial, en relación con el Foro de alto nivel sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud (Abuja, 2004) y los efectos de éste como catalizador de la adopción de medidas y del progreso en la consecución de

---

<sup>1</sup> Proyecto de resolución E/CN.9/2005/L.5, 11 de abril de 2005, párr. 3.

los objetivos de desarrollo relacionados con la salud acordados internacionalmente, incluidos los que figuran en la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas;

Recordando la resolución WHA55.19, en la que se exhorta a la comunidad internacional de donantes a que aumente su asistencia a los países en desarrollo en el sector de la salud, se alienta a los países desarrollados que no lo han hecho a que adopten medidas concretas para alcanzar el objetivo de asignar el 0,7% del producto nacional bruto (PNB) en concepto de asistencia oficial para el desarrollo destinada a los países en desarrollo, y entre el 0,15% y el 0,2% de su PNB en concepto de asistencia oficial para el desarrollo destinada a los países menos adelantados, como se reafirmó en la Tercera Conferencia de las Naciones Unidas sobre los Países Menos Adelantados (Bruselas, 2001), y se alienta a los países en desarrollo a que se basen en los progresos realizados a fin de conseguir que la asistencia oficial para el desarrollo se utilice efectivamente con miras a lograr las metas y objetivos de desarrollo;

Observando que los Jefes de Estado y de Gobierno de la Organización de la Unidad Africana se comprometieron en la Cumbre africana sobre el VIH/SIDA, la tuberculosis y otras enfermedades infecciosas relacionadas (Abuja, 2001) a establecer la meta de asignar al menos el 15% de su presupuesto anual a la mejora del sector de la salud;<sup>1</sup>

Observando que muchos países han establecido mecanismos de cooperación y asociación con la sociedad civil, incluidas las organizaciones no gubernamentales, la comunidad en general, las organizaciones religiosas y el sector privado que abarcan todos los niveles de la administración (nacional, regional y de distrito);

Reconociendo la importancia de la adopción de medidas y la potenciación de la capacidad de acción para lograr la paridad entre ambos sexos en la introducción de enfoques más equitativos y eficaces del desarrollo nacional,

1. PIDE a los Estados Miembros:

- 1) que reafirmen los objetivos de desarrollo relacionados con la salud acordados internacionalmente, incluidos los que figuran en la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas;
- 2) que elaboren, y apliquen en el contexto de las políticas y los procesos de planificación existentes, guías generales pertinentes a escala nacional en las que, como medios de acelerar el avance hacia la consecución de los objetivos de desarrollo relacionados con la salud acordados internacionalmente, incluidos los que figuran en la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, se incorporen las medidas siguientes:
  - a) asignar prioridad a los objetivos de desarrollo relacionados con la salud acordados internacionalmente, incluidos los que figuran en la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, en los planes de desarrollo y de salud nacionales, inclusive, cuando proceda, en los documentos de estrategia de lucha contra la pobreza, planes que deben dirigir los gobiernos nacionales con el apoyo de los asociados para el desarrollo y teniendo en cuenta las prioridades sanitarias generales del país de que se trate; y velar por que esas prioridades en materia de salud y reducción de la pobreza se tengan en cuenta en los presupuestos y marcos de gastos conexos;

---

<sup>1</sup> Declaración y Marco de Acción de Abuja para la lucha contra el VIH/SIDA, la tuberculosis y otras enfermedades, párr. 26.

- b) aumentar el nivel de financiación destinado a intervenciones eficaces que aborden las condiciones sanitarias pertinentes para la consecución de los objetivos de desarrollo relacionados con la salud internacionalmente acordados, incluidos los que figuran en la Declaración del Milenio;
- c) aplicar las resoluciones de la Asamblea de la Salud conexas, incluidas la resolución WHA56.21 sobre la salud del niño y del adolescente, la resolución WHA57.12 sobre salud reproductiva, y la resolución WHA57.14 sobre el VIH/SIDA, que se observan en el marco de una alianza mundial en favor del desarrollo y son fundamentales para la consecución de los objetivos de desarrollo relacionados con la salud acordados internacionalmente, incluidos los que figuran en la Declaración del Milenio, así como el objetivo de lograr para 2015 el acceso universal a la salud reproductiva, establecido en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, de las Naciones Unidas (El Cairo, 1994); y establecer o mantener mecanismos nacionales de vigilancia para medir los progresos conseguidos en el logro de los objetivos acordados;
- d) fortalecer la colaboración y asociación entre los sectores pertinentes, incluidos los ministerios de finanzas, así como con las instituciones financieras internacionales, en relación con las inversiones en el sector sanitario con miras a aumentar el porcentaje de recursos gubernamentales generales destinados a la salud y, cuando proceda, revisar los límites de gasto del sector público para poder incrementar el gasto sanitario financiado con cargo a la asistencia para el desarrollo;
- e) reforzar las funciones básicas de los componentes público o privado de los sistemas de salud, según proceda, en consonancia con la Declaración de Alma-Ata (1978), para que contribuyan a la obtención de resultados sanitarios mejores y más equitativos en las esferas pertinentes para los objetivos de desarrollo relacionados con la salud internacionalmente acordados, incluidos los que figuran en la Declaración del Milenio;
- f) mejorar los sistemas de información sanitaria y nutricional, incluido el fortalecimiento de los sistemas de registro civil, con el apoyo de investigaciones fundamentales sobre los sistemas de salud, a fin de que las instancias normativas dispongan de información, evitando al mismo tiempo que aumente la carga de presentación de informes y subrayando la necesidad de presentar los datos desglosados por edad, quintil socioeconómico, sexo y grupo étnico, y fortalecer los sistemas de vigilancia y evaluación que promueven la rendición de cuentas, la potenciación de la capacidad de acción y la participación;
- g) velar por que las políticas de salud y desarrollo se sustenten en un análisis de género y propiciar la igualdad entre los sexos y la potenciación de la capacidad de acción de las mujeres;
- h) fomentar la equidad y la no discriminación en las iniciativas de desarrollo y facilitar la potenciación de la capacidad de acción y la participación de la población en los procesos de toma de decisiones;

2. EXHORTA a los países desarrollados y en desarrollo a abordar con responsabilidad compartida la crisis creciente de los recursos humanos para la salud, y a los países desarrollados a esforzarse por conseguir la autosuficiencia sin ejercer un efecto adverso en la situación de recursos humanos de los países en desarrollo, y a prestar apoyo a éstos para que alcancen la autosuficiencia mediante la planificación, la capacitación, la contratación y el fomento de la permanencia de los profesionales sanitarios de todas las categorías;

3. INSTA a los países desarrollados que aún no lo hayan hecho a desplegar esfuerzos concretos para conseguir que se destine el 0,7% del producto nacional bruto (PNB) a los países en desarrollo en concepto de asistencia oficial para el desarrollo, y entre el 0,15% y el 0,2% del PNB de los países desarrollados a los países menos adelantados, como volvió a confirmarse en la Tercera Conferencia de las Naciones Unidas sobre los Países Menos Adelantados (Bruselas, 2001);
4. INSTA a los países en desarrollo a que sigan basándose en los progresos realizados a fin de conseguir que la asistencia oficial para el desarrollo se utilice efectivamente con miras a lograr los objetivos y metas de desarrollo;
5. INSTA a los países que son Miembros de la Unión Africana a cumplir el compromiso que formularon en la Cumbre africana sobre el VIH/SIDA, la tuberculosis y otras enfermedades infecciosas relacionadas (Abuja, 2001) de establecer la meta de asignar al menos el 15% del presupuesto anual a la mejora del sector sanitario;<sup>1</sup>
6. PIDE al Director General:
  - 1) que vele por que las medidas prioritarias de prestación de asistencia a los Estados Miembros para acelerar la consecución de los objetivos relacionados con la salud acordados internacionalmente, incluidos los que figuran en la Declaración del Milenio, se tengan en cuenta en el presupuesto por programas para el ejercicio 2006-2007, en futuros presupuestos y en el Undécimo Programa General de Trabajo, y que elabore una estrategia coherente y dotada de recursos suficientes, con objetivos y productos claramente definidos, encaminada a impulsar la labor en las esferas que se enumeran más adelante, y que informe a la Asamblea de la Salud sobre los progresos realizados;
  - 2) que preste asistencia a los Estados Miembros, cuando así lo soliciten, para:
    - a) elaborar políticas y estrategias de desarrollo sanitario orientadas a la obtención de resultados y dotadas de recursos suficientes;
    - b) reforzar la capacidad de los sistemas de salud públicos y privados, según proceda, para que puedan obtener resultados equitativos a escala nacional, mediante la aplicación de medidas que requieran colaboración interdepartamental, y establecer y prestar apoyo a equipos dirigidos desde el plano nacional que trabajen con todos los agentes locales a fin de facilitar el acceso a todas las fuentes de financiación; mejorar la educación, la contratación y la permanencia de los profesionales de la salud; integrar a los trabajadores de salud comunitarios en los sistemas generales, y aplicar la resolución WHA57.19 sobre la migración internacional de personal sanitario;
    - c) determinar cuáles son los grupos vulnerables que tienen necesidades de salud específicas y elaborar programas apropiados que permitan conseguir resultados equitativos;
    - d) reforzar las relaciones intersectoriales para abordar los determinantes sociales y ambientales de la salud;

---

<sup>1</sup> Declaración y Marco de Acción de Abuja para la lucha contra el VIH/SIDA, la tuberculosis y otras enfermedades, párr. 26.

- e) participar en un diálogo técnico y de política con las instituciones financieras internacionales que comprenda las repercusiones de sus políticas en las necesidades en materia de salud; dirigir procesos de armonización y coordinación con los asociados para el desarrollo en el ámbito de la salud y garantizar la adaptación de la asistencia a las prioridades de cada país;
  - f) utilizar marcos de vigilancia y evaluación apropiados, incluidos los relativos al acceso universal a la salud reproductiva, para medir los progresos realizados en la consecución de los objetivos de desarrollo relacionados con la salud internacionalmente acordados, incluidos los que figuran en la Declaración del Milenio, con el fin de determinar los programas costoeficaces que consiguen mejores resultados en salud y nutrición sin aumentar la carga de presentación de informes en los países;
  - g) promover investigaciones que orienten la ejecución satisfactoria de actividades encaminadas a conseguir los objetivos de desarrollo relacionados con la salud internacionalmente acordados, incluidos los que figuran en la Declaración del Milenio;
- 3) que vele por que se preste la debida atención a los problemas específicos de los países que salen de situaciones de conflicto y otras formas de crisis;
- 4) que preste apoyo activo y contribuya, en el contexto de la reforma del sistema de las Naciones Unidas, al aumento de las repercusiones y la eficacia de los equipos de las Naciones Unidas en los países; que siga simplificando, armonizando y coordinando los procedimientos aplicados en el sistema de las Naciones Unidas y con otros asociados, y que mejore la adaptación de las aportaciones de las Naciones Unidas a las prioridades nacionales;<sup>1</sup>
- 5) que promueva los esfuerzos encaminados a mejorar la coherencia y la coordinación de la asistencia para el desarrollo destinada a la salud de modo que los recursos refuercen de manera efectiva los sistemas de salud de base amplia;
- 6) que participe de forma apropiada en la sesión plenaria de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre los resultados de la Cumbre del Milenio (septiembre de 2005).

---

<sup>1</sup> Véase también la resolución WHA58.25.

## ANEXO



## La salud en los Objetivos de Desarrollo del Milenio

*Objetivos, metas e indicadores de desarrollo del milenio relacionados con la salud*

Metas sanitarias		Indicadores sanitarios
<b>OBJETIVO 1: ERRADICAR LA POBREZA EXTREMA Y EL HAMBRE</b>		
<b>Meta 1:</b>	Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas cuyos ingresos sean inferiores a un dólar por día	
<b>Meta 2:</b>	Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas que padezcan hambre	4. Número de niños menores de cinco años de peso inferior al normal 5. Porcentaje de la población por debajo del nivel mínimo de consumo de energía alimentaria
<b>OBJETIVO 2: LOGRAR LA ENSEÑANZA PRIMARIA UNIVERSAL</b>		
<b>Meta 3:</b>	Velar por que, para el año 2015, los niños y niñas de todo el mundo puedan terminar un ciclo completo de enseñanza primaria	
<b>OBJETIVO 3: PROMOVER LA IGUALDAD ENTRE LOS SEXOS Y LA AUTONOMÍA DE LA MUJER</b>		
<b>Meta 4:</b>	Eliminar las desigualdades entre los géneros en la enseñanza primaria y secundaria, preferiblemente para el año 2005, y en todos los niveles de la enseñanza antes del fin del año 2015	
<b>OBJETIVO 4: REDUCIR LA MORTALIDAD INFANTIL</b>		
<b>Meta 5:</b>	Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de cinco años	13. Tasa de mortalidad de los niños menores de cinco años 14. Tasa de mortalidad infantil 15. Porcentaje de niños de un año vacunados contra el sarampión
<b>OBJETIVO 5: MEJORAR LA SALUD MATERNA</b>		
<b>Meta 6:</b>	Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes	16. Tasa de mortalidad materna 17. Porcentaje de partos con asistencia de personal sanitario especializado
<b>OBJETIVO 6: COMBATIR EL VIH/SIDA, EL PALUDISMO Y OTRAS ENFERMEDADES</b>		
<b>Meta 7:</b>	Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA	18. Tasa de morbilidad del VIH entre las mujeres embarazadas de edades comprendidas entre los 15 y los 24 años 19. Uso de preservativos como porcentaje de la tasa de uso de anticonceptivos 20. Relación entre la asistencia a la escuela de niños huérfanos y la asistencia a la escuela de niños no huérfanos de 10 a 14 años
<b>Meta 8:</b>	Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves	21. Tasas de morbilidad y mortalidad asociadas al paludismo 22. Proporción de la población de zonas de riesgo de paludismo que aplica medidas eficaces de prevención y tratamiento del paludismo 23. Tasas de morbilidad y mortalidad asociadas a la tuberculosis 24. Proporción de casos de tuberculosis detectados y curados con el tratamiento breve bajo observación directa (DOTS)
<b>OBJETIVO 7: GARANTIZAR LA SOSTENIBILIDAD DEL MEDIO AMBIENTE</b>		
<b>Meta 9:</b>	Incorporar los principios del desarrollo sostenible en las políticas y los programas nacionales e invertir la pérdida de recursos del medio ambiente	29. Proporción de la población que utiliza combustibles sólidos
<b>Meta 10:</b>	Reducir a la mitad, para el año 2015, el porcentaje de personas que carezcan de acceso a agua potable y a servicios de saneamiento	30. Proporción de la población con acceso sostenible a mejores fuentes de abastecimiento de agua, en zonas urbanas y rurales
<b>Meta 11:</b>	Haber mejorado considerablemente, para el año 2020, la vida de por lo menos 100 millones de habitantes de tugurios	31. Proporción de la población urbana y rural, con acceso a mejores servicios de saneamiento
<b>OBJETIVO 8: FOMENTAR UNA ASOCIACIÓN MUNDIAL PARA EL DESARROLLO</b>		
<b>Meta 12:</b>	Desarrollar aún más un sistema comercial y financiero abierto, basado en normas, previsible y no discriminatorio	
<b>Meta 13:</b>	Atender las necesidades especiales de los países menos adelantados	
<b>Meta 14:</b>	Atender las necesidades especiales de los países sin litoral y de los pequeños Estados insulares en desarrollo	
<b>Meta 15:</b>	Encarar de manera general los problemas de la deuda de los países en desarrollo con medidas nacionales e internacionales a fin de hacer la deuda sostenible a largo plazo	
<b>Meta 16:</b>	En cooperación con los países en desarrollo, elaborar y aplicar estrategias que proporcionen a los jóvenes un trabajo digno y productivo	
<b>Meta 17:</b>	En cooperación con las empresas farmacéuticas, proporcionar acceso a los medicamentos esenciales en los países en desarrollo	46. Proporción de la población con acceso estable a medicamentos esenciales a precios razonables
<b>Meta 18:</b>	En colaboración con el sector privado, velar por que se puedan aprovechar los beneficios de las nuevas tecnologías, en particular de las tecnologías de la información y de las comunicaciones	

**Fuentes:** Aplicación de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, Informe del Secretario General, documento A/57/270 (31 de julio de 2002), primer informe anual basado en la «Guía general para la aplicación de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas», documento A/56/326 (6 de septiembre de 2001). Base de datos de indicadores de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de la División de Estadística de las Naciones Unidas, verificada en julio de 2004, y Departamento ODM, Salud y Políticas de Desarrollo (HDP) de la Organización Mundial de la Salud.

(Novena sesión plenaria, 25 de mayo de 2005 -  
Comisión B, quinto informe)



**WHA58.31      Hacia la cobertura universal en las intervenciones de salud materna, del recién nacido y del niño**

La 58ª Asamblea Mundial de la Salud,

Preocupada por el alto nivel de morbilidad y mortalidad materna, del recién nacido y del niño que existe en el mundo, por el hecho de que la tasa mundial de mortalidad materna apenas ha cambiado durante el último decenio, por los lentos progresos realizados en el mejoramiento de la salud materna, del recién nacido y del niño, por las crecientes desigualdades entre los Estados Miembros y dentro de ellos, y por la permanente necesidad de abordar las desigualdades entre los sexos;

Alarmada por la insuficiencia de los recursos destinados a la salud materna, del recién nacido y del niño, y por la falta de reconocimiento de las importantes consecuencias de la salud materna, del recién nacido y del niño para el mantenimiento del desarrollo socioeconómico;

Preocupada por las deficiencias en los datos de registro civil y de otro tipo necesarios para obtener información precisa sobre la mortalidad materna, del recién nacido y de los menores de cinco años, sobre su desglose por grupos socioeconómicos y sobre quintiles de ingresos y diferencias entre zonas urbanas y rurales;

Teniendo en cuenta que existen intervenciones costoeficaces para atender las necesidades sanitarias de las mujeres, los recién nacidos y los niños;

Consciente de que la prestación de atención debe ser un proceso ininterrumpido que abarque no sólo la totalidad del ciclo de vida sino también a las personas, las familias, las comunidades y los diferentes niveles del sistema de salud, incluida la atención de salud reproductiva, creando de esa manera un enfoque integrado de la salud materna, del recién nacido y del niño;

Convencida de que sólo mediante una acción coordinada y concertada y una movilización sin precedentes de recursos en los planos internacional y nacional será posible abordar la actual crisis del personal sanitario a nivel mundial y fortalecer los sistemas de salud para poner fin a la exclusión de los pobres, los marginados y los mal atendidos;

Acogiendo con beneplácito el compromiso creciente de la comunidad internacional y de la OMS en relación con la salud de las mujeres, los recién nacidos y los niños, y con la consecución de los objetivos de desarrollo internacionalmente acordados, incluidos los que figuran en la Declaración del Milenio;

Recordando la resolución WHA56.21, en la que se acogió con agrado la formulación de las orientaciones estratégicas para mejorar la salud y el desarrollo del niño y del adolescente, la resolución WHA57.12, en la que se adoptó la estrategia para acelerar el avance hacia el logro de los objetivos y metas internacionales de desarrollo relacionados con la salud reproductiva, y, consciente de que es preciso intensificar los esfuerzos para lograr los objetivos internacionales relativos a la salud reproductiva, materna, del recién nacido y del niño, y al desarrollo, la resolución WHA55.19, en la que se pide un aumento de las inversiones en el sector de la salud en los países en desarrollo;

Recordando las metas y los objetivos de la Cumbre Mundial en favor de la Infancia (Nueva York, 1990), el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo, 1994), y la Plataforma de Acción de Beijing aprobada en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995), así como sus respectivas actividades de seguimiento; el periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (Nue-

va York, 2001), y el periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la infancia (Nueva York, 2002);

Recordando también la Declaración de Delhi sobre la Salud Materna, del Recién Nacido y del Niño (abril de 2005);

Acogiendo con beneplácito el *Informe sobre la salud en el mundo 2005 - ¡Cada madre y cada niño contarán!*<sup>1</sup> y la orientación ofrecida por los documentos de información sobre políticas conexos,

1. INSTA a los Estados Miembros:

- 1) a que consignent recursos y aceleren la aplicación de medidas nacionales para lograr el acceso y la cobertura universales en las intervenciones de salud materna, del recién nacido y del niño, mediante la atención de salud reproductiva;
- 2) a que establezcan o mantengan metas nacionales e internacionales y elaboren mecanismos de vigilancia para medir los progresos conseguidos en el cumplimiento de los objetivos acordados, en particular la meta relativa al acceso universal a la salud reproductiva antes de 2015;
- 3) a que fomenten la participación de todas las partes interesadas fundamentales, incluidas las organizaciones y comunidades de la sociedad civil, en el establecimiento de prioridades, la elaboración de planes y programas, la medición de los progresos y la evaluación de los efectos;
- 4) a que mejoren la calidad y la exhaustividad de los datos de los registros civiles y otros datos pertinentes obtenidos en encuestas en los hogares, cuando corresponda, de modo que reflejen las diferencias de mortalidad entre madres, lactantes y menores de cinco años;
- 5) a que adopten y apliquen, en consonancia con los acuerdos internacionales pertinentes, marcos jurídicos y reglamentarios que promuevan la igualdad entre los sexos y protejan los derechos de las mujeres y los niños, incluido el de tener un acceso equitativo a la atención de salud, con especial atención a quienes hasta ahora han estado excluidos, en particular los pobres, los marginados y los mal atendidos;
- 6) a que velen por que los procesos nacionales de planificación estratégica y preparación de presupuestos abarquen intervenciones en los planos normativo y programático encaminadas a fortalecer los sistemas de prestación de atención de salud para lograr un progreso efectivo y rápido hacia la cobertura universal, incluso:
  - a) armonizando el contenido de los programas de salud y nutrición materna, del recién nacido y del niño, incorporando sus estructuras y servicios de gestión, e insertándolos en los procesos básicos de desarrollo de los sistemas de salud a fin de garantizar la plena integración de la atención de salud reproductiva;
  - b) abordando la crisis del personal sanitario mediante la elaboración de planes nacionales de desarrollo de los recursos humanos para la salud que incluyan incentivos financieros y mecanismos equitativos para el despliegue y la permanencia del personal, especialmente en la atención primaria en zonas rurales, de modo que los pobres tengan mejor acceso a la atención;

---

<sup>1</sup> *Informe sobre la salud en el mundo 2005 - ¡Cada madre y cada niño contarán!* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2005.

- c) formulando propuestas realistas, con los correspondientes cálculos de costos y repercusiones presupuestarias, para la ampliación de los sistemas de salud destinados a prestar atención a las madres, los recién nacidos y los niños;
- d) creando la capacidad institucional necesaria para gestionar la apropiada reforma financiera, entre otras cosas el paso del sistema de pago de tasas por el usuario a mecanismos de pago anticipado y sistemas de contribuciones mancomunadas, incluidos sistemas financiados mediante impuestos y de seguro de enfermedad, con el fin de garantizar el acceso universal y la protección financiera y social;
- e) logrando un consenso nacional respecto de la necesidad de avanzar hacia la cobertura universal, con mecanismos que permitan una financiación previsible, sostenida y de mayor cuantía; respecto de la incorporación de la salud materna, del recién nacido y del niño al núcleo de la atención sanitaria del ciudadano, inclusive derechos cuando proceda; y en torno a la crisis de recursos humanos para la salud como prioridad nacional;
- f) entablando relaciones de asociación entre el gobierno, organizaciones de la sociedad civil, entidades del sector privado y organismos de desarrollo con el fin de mantener el impulso político, vencer la resistencia al cambio y movilizar recursos;
- g) estableciendo mecanismos de participación para las organizaciones no lucrativas de la sociedad civil y religiosas, con el fin de fortalecer los mecanismos de rendición de cuentas y los sistemas de contrapesos y salvaguardias;

2. PIDE al Director General:

- 1) que fortalezca la coordinación, la colaboración y la sinergia entre los programas de la OMS dedicados a la salud reproductiva, materna, del recién nacido y del niño, sus programas sobre paludismo, VIH/SIDA, tuberculosis y promoción de la salud, y su programa sobre desarrollo de los sistemas de salud, con el fin de apoyar a los países;
- 2) que vele por que la OMS participe plenamente en las actividades de armonización dentro del sistema de las Naciones Unidas y apoye los esfuerzos de los Estados Miembros por alcanzar la coherencia de las políticas y la sinergia entre iniciativas nacionales e internacionales en materia de salud materna, del recién nacido y del niño, particularmente las que llevan a cabo los asociados dentro del sistema de las Naciones Unidas y otros;
- 3) que apoye los esfuerzos de las autoridades sanitarias nacionales por garantizar que la salud reproductiva, materna, del recién nacido y del niño sea incluida sistemáticamente en los marcos de desarrollo socioeconómico y los planes encaminados a conseguir la sostenibilidad;
- 4) que siga colaborando con los asociados pertinentes para producir información sobre las desigualdades en materia de situación sanitaria, por ejemplo mediante las encuestas de conglomerados de indicadores múltiples o las encuestas sobre demografía y salud del UNICEF, con el fin de informar la adopción de medidas de política apropiadas y específicas por todos los asociados interesados;
- 5) que intensifique el apoyo técnico a los Estados Miembros con el fin de que desarrollen su capacidad institucional para alcanzar los objetivos y metas internacionales por medio del acceso y la cobertura universales en los programas de salud reproductiva, materna, del recién nacido y del niño, en el contexto del fortalecimiento de los sistemas de salud;

- 6) que movilice a la comunidad internacional para que consigne los recursos adicionales que se necesitan con el fin de lograr el acceso y la cobertura universales en los programas de salud reproductiva, materna, del recién nacido y del niño;
- 7) que declare un día mundial anual dedicado a la salud materna, del recién nacido y del niño con el fin de garantizar una visibilidad sostenida a escala mundial de las prioridades en materia de salud reproductiva, materna, del recién nacido y del niño y ofrecer una oportunidad a los países y a la comunidad internacional de reafirmar su compromiso en este ámbito;
- 8) que informe cada dos años a la Asamblea de la Salud sobre los progresos realizados en la reducción de la exclusión y el logro del acceso y la cobertura universales en los programas de salud reproductiva, materna, del recién nacido y del niño, y sobre el apoyo prestado por la OMS a los Estados Miembros para que alcancen ese objetivo.

(Novena sesión plenaria, 25 de mayo de 2005 -  
Comisión B, quinto informe)

## **WHA58.32 Nutrición del lactante y del niño pequeño**

La 58ª Asamblea Mundial de la Salud,

Recordando la adopción por la Asamblea de la Salud del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, anexo a la resolución WHA34.22, así como las resoluciones WHA39.28, WHA41.11, WHA46.7, WHA47.5, WHA49.15, WHA54.2 sobre nutrición del lactante y del niño pequeño, prácticas adecuadas de alimentación y otras cuestiones conexas y, en particular, la resolución WHA55.25, por la que se aprueba la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño;

Habiendo examinado el informe sobre nutrición del lactante y del niño pequeño;<sup>1</sup>

Consciente de que los expertos que asistieron a la reunión conjunta FAO/OMS sobre *Enterobacter sakazakii* y otros microorganismos presentes en las preparaciones en polvo para lactantes (2004) llegaron a la conclusión de que la contaminación intrínseca de esas preparaciones por *E. sakazakii* y *Salmonella* había provocado infecciones y enfermedades en lactantes, entre ellas afecciones particularmente graves entre niños prematuros, con bajo peso al nacer o inmunodeficientes que pueden dejar importantes secuelas perjudiciales para el desarrollo o causar la muerte del niño;<sup>2</sup>

Observando que esos episodios, de por sí graves, lo son aún más cuando se trata de lactantes prematuros, con bajo peso al nacer o inmunodeficientes, y constituyen por ello motivo de especial preocupación para todos los Estados Miembros;

Teniendo presente que la Comisión del Codex Alimentarius está revisando sus recomendaciones sobre prácticas de higiene en la fabricación de alimentos para lactantes y niños pequeños;

---

<sup>1</sup> Documento A58/15.

<sup>2</sup> FAO/WHO Expert Meeting on *E. sakazakii* and other Microorganisms in Powdered Infant Formula: Meeting Report. Microbiological Risk Assessment Series, N° 6, 2004, p. 37.

Reconociendo la necesidad de que los padres y otros dispensadores de atención estén plenamente informados de los riesgos para la salud pública basados en pruebas científicas que entraña la contaminación intrínseca de las preparaciones en polvo para lactantes y el potencial de introducción de agentes contaminantes, así como la necesidad de preparar, manipular y almacenar sin riesgos las preparaciones para lactantes ya reconstituidas;

Preocupada por que puedan utilizarse afirmaciones sobre propiedades nutricionales y beneficiosas para la salud con el fin de promover los sucedáneos de la leche materna como si fueran superiores a la lactancia materna;

Reconociendo que la función de la Comisión del Codex Alimentarius es capital para orientar a los Estados Miembros sobre la reglamentación adecuada en materia de alimentos, entre otros los destinados a lactantes y niños de corta edad;

Teniendo presente que la Asamblea de la Salud ha exhortado en varias ocasiones a la Comisión a que examine exhaustivamente, en el marco de su mandato operacional, las medidas de base científica que podría adoptar para mejorar las normas sanitarias aplicables a los alimentos en consonancia con las metas y los objetivos de las estrategias de salud pública relacionadas con esta cuestión, en particular la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño (resolución WHA55.25) y la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud (resolución WHA57.17);

Reconociendo que esas medidas exigen una clara comprensión de las respectivas funciones de la Asamblea de la Salud y la Comisión del Codex Alimentarius y del papel que corresponde a la reglamentación de los alimentos en el contexto más general de las políticas de salud pública;

Teniendo en cuenta la resolución WHA56.23 sobre la evaluación conjunta FAO/OMS de los trabajos de la Comisión del Codex Alimentarius, en la que se respaldaba la creciente participación directa de la OMS en la Comisión y se pedía al Director General que reforzara el papel de la Organización en la complementación de los trabajos de la Comisión con otras actividades importantes de la OMS en materia de inocuidad de los alimentos y nutrición, con especial hincapié en las cuestiones que debían abordarse con arreglo a resoluciones de la Asamblea de la Salud,

1. INSTA a los Estados Miembros:

- 1) a que, como recomendación mundial de salud pública, continúen protegiendo, fomentando y apoyando la lactancia natural exclusiva durante los seis primeros meses, teniendo en cuenta las conclusiones de la reunión consultiva de expertos de la OMS sobre la duración óptima de la lactancia natural exclusiva<sup>1</sup> y que promuevan la lactancia continuada hasta los dos años de edad como mínimo, aplicando plenamente la estrategia mundial de la OMS sobre alimentación del lactante y del niño pequeño, que alienta la formulación de una política nacional global, incluido, cuando proceda, un marco legal para promover la licencia de maternidad y un entorno propicio para la lactancia materna exclusiva durante seis meses, un plan de acción detallado para aplicarla, seguir su marcha y evaluarla, y la asignación de suficientes recursos a este proceso;

---

<sup>1</sup> Formuladas en las conclusiones y recomendaciones de la reunión consultiva de expertos (Ginebra, 28 a 30 de marzo de 2001) que ultimó el examen sistemático de la duración óptima de la lactancia natural exclusiva (véase el documento A54/INF.DOC./4).

- 2) a que velen por que no se permita hacer afirmaciones sobre propiedades nutricionales y beneficiosas para la salud de los sucedáneos de la leche materna, salvo cuando así lo disponga específicamente la legislación nacional;<sup>1</sup>
- 3) a que velen por que los médicos y otro personal de salud, trabajadores de salud comunitarios, familiares, padres y otras personas que cuiden de los niños, sobre todo cuando se trate de lactantes en situación de alto riesgo, reciban puntualmente información y capacitación suficientes por parte de proveedores de atención de salud acerca de la preparación, el uso y la manipulación de preparaciones en polvo destinadas a lactantes para reducir al mínimo los riesgos sanitarios; estén informados de que las preparaciones para lactantes pueden contener microorganismos patógenos y deben prepararse y utilizarse debidamente; y, cuando proceda, que esta información vaya recogida en una advertencia explícita en los envases;
- 4) a que velen por que el apoyo financiero y otros incentivos para los programas y los profesionales de la salud del lactante y el niño pequeño no originen conflictos de intereses;
- 5) a que velen por que las investigaciones sobre alimentación del lactante y del niño pequeño, que pueden constituir la base de políticas públicas, contengan siempre una declaración relativa a los conflictos de intereses y estén sometidas a un examen colegiado independiente;
- 6) a que colaboren estrechamente con las entidades pertinentes, incluidos los fabricantes, para seguir reduciendo la concentración y prevalencia de patógenos, en particular *Enterobacter sakazakii*, en las preparaciones en polvo para lactantes;
- 7) a que sigan velando por que los fabricantes cumplan las normas y reglamentaciones alimentarias del país o del Codex Alimentarius;
- 8) a que velen por la coherencia de las políticas a escala nacional, alentando para ello la colaboración entre las autoridades sanitarias, los organismos de regulación alimentaria y los órganos con responsabilidad normativa en la materia;
- 9) a que participen de forma activa y constructiva en la labor de la Comisión del Codex Alimentarius;
- 10) a que velen por que todos los organismos nacionales que intervienen en la definición de las posiciones del país en materia de salud pública en todos los foros internacionales pertinentes, incluida la Comisión del Codex Alimentarius, tengan una comprensión común y uniforme de las políticas sanitarias adoptadas por la Asamblea de la Salud, y promuevan esas políticas;

2. PIDE a la Comisión del Codex Alimentarius:

- 1) que, al elaborar normas, directrices y recomendaciones, siga teniendo plenamente en cuenta las resoluciones de la Asamblea de la Salud que guarden relación con su mandato operacional;
- 2) que elabore normas, directrices y recomendaciones sobre alimentos para lactantes y niños pequeños formuladas de tal manera que garanticen que los productos sean inocuos, estén correctamente etiquetados y satisfagan las necesidades nutricionales y de inocuidad conocidas de sus destinatarios, teniendo así en cuenta la política de la OMS, en particular la Estrategia Mundial

---

<sup>1</sup> La referencia a la legislación nacional se aplica también a las organizaciones de integración económica regional.

para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño y el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y otras resoluciones pertinentes de la Asamblea de la Salud;

3) que, con carácter de urgencia, ultime los trabajos actualmente en curso sobre la forma de abordar el riesgo de contaminación microbiológica de las preparaciones en polvo para lactantes y defina normas o criterios microbiológicos adecuados en relación con *E. sakazakii* y otros microorganismos que puedan estar presentes en las mencionadas preparaciones, y que proporcione orientación sobre la manipulación sin riesgo y sobre los mensajes de advertencia en los envases de los productos;

3. PIDE al Director General:

1) que, en colaboración con la FAO, y teniendo en cuenta la labor realizada por la Comisión del Codex Alimentarius, elabore directrices para los médicos y otro personal de salud, trabajadores de salud comunitarios, familias, padres y otros cuidadores de los niños acerca de la preparación, utilización, manipulación y almacenamiento de preparaciones para lactantes con el fin de reducir al mínimo los riesgos, y que atienda las necesidades particulares de los Estados Miembros respecto de la adopción de medidas eficaces para que dichos riesgos sean mínimos cuando los lactantes no sean o no puedan ser amamantados;

2) que lidere el apoyo a investigaciones revisadas de modo independiente, incluso reuniendo datos científicos de diferentes partes del mundo, con el fin de conocer más a fondo la ecología, taxonomía, virulencia y demás características de *E. sakazakii*, de acuerdo con las recomendaciones de la reunión de expertos FAO/OMS sobre *E. sakazakii* y otros microorganismos presentes en las preparaciones en polvo para lactantes, y de encontrar soluciones para reducir su presencia en las preparaciones en polvo para lactantes reconstituidas;

3) que proporcione información con el fin de promover y facilitar la contribución de la Comisión del Codex Alimentarius, en el marco de su mandato operacional, a la plena aplicación de las políticas internacionales de salud pública;

4) que informe a la Asamblea de la Salud los años pares, cuando presente el informe sobre el estado de aplicación del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y las resoluciones pertinentes de la Asamblea de la Salud, sobre los progresos realizados en el examen de las cuestiones transmitidas a la Comisión del Codex Alimentarius para que adopte medidas.

(Novena sesión plenaria, 25 de mayo de 2005 -  
Comisión A, octavo informe)

**WHA58.33      Financiación sostenible de la salud, cobertura universal y seguro social  
de enfermedad**

La 58ª Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe sobre el seguro social de enfermedad;<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Documento A58/20.

Observando que en muchos países conviene mejorar aún más los sistemas de financiación de la salud para garantizar el acceso a los servicios necesarios y a la vez ofrecer protección contra los riesgos financieros;

Aceptando que, con independencia de la fuente de financiación que se elija para costear el sistema de salud, el prepago y la mancomunación de recursos y riesgos son principios básicos de la protección contra los riesgos financieros;

Entendiendo que al elegir un sistema de financiación de la salud es preciso tener en cuenta la situación de cada país;

Consciente de que varios Estados Miembros están llevando adelante reformas de la financiación de la salud que pueden prever una combinación de enfoques públicos y privados, incluso la introducción de un seguro social de enfermedad;

Observando que algunos países han recibido últimamente cuantiosas aportaciones de fondos externos destinados al sector de la salud;

Reconociendo la importancia que tiene la función de los órganos legislativos y ejecutivos de los Estados para profundizar en la reforma de los sistemas de financiación de la salud con el fin de lograr la cobertura universal,

1. INSTA a los Estados Miembros:

- 1) a que velen por que los sistemas de financiación de la salud prevean un método de pago anticipado de las contribuciones para la atención de salud, con objeto de repartir el riesgo dentro de la población y evitar que las personas incurran en gastos sanitarios desastrosos o caigan en la pobreza por haber requerido atención de salud;
- 2) a que velen por una distribución adecuada y equitativa de una infraestructura sanitaria de buena calidad y de los recursos humanos para la salud a fin de que los asegurados reciban servicios de salud equitativos y de buena calidad acordes con el paquete de prestaciones;
- 3) a que velen por que los fondos externos destinados a actividades o programas de salud concretos sean gestionados y organizados de tal manera que contribuyan a la creación de mecanismos duraderos para financiar el sistema de salud en su conjunto;
- 4) a que introduzcan en sus planes la transición a la cobertura universal de sus ciudadanos para contribuir a la satisfacción de las necesidades de atención sanitaria de la población, la mejora de la calidad de esa atención, la reducción de la pobreza, el cumplimiento de los objetivos de desarrollo acordados internacionalmente, incluidos los que figuran en la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, y la salud para todos;
- 5) a que reconozcan que al gestionar la transición a la cobertura universal será preciso formular las distintas opciones teniendo en cuenta la situación macroeconómica, sociocultural y política de cada país;
- 6) a que, cuando convenga y bajo la firme rectoría global del gobierno, aprovechen las oportunidades existentes de colaboración entre proveedores públicos y privados y organismos de financiación de la salud;



7) a que intercambien experiencias sobre diferentes métodos de financiación de la salud, comprendida la elaboración de planes de seguro social de enfermedad y planes privados, públicos y mixtos, con especial referencia a los mecanismos institucionales establecidos para cumplir las principales funciones de un sistema de financiación de la salud;

2. PIDE al Director General:

1) que, respondiendo a peticiones de los Estados Miembros, proporcione apoyo técnico destinado a reforzar los medios y el saber técnico necesarios para instituir sistemas de financiación de la salud, en particular planes de prepago, comprendido el seguro social de enfermedad, con vistas a alcanzar el objetivo de la cobertura universal, teniendo en cuenta las necesidades especiales de los pequeños países insulares y otros países de pequeña población; y que colabore con los Estados Miembros en el proceso de diálogo social sobre las opciones existentes para financiar la salud;

2) que facilite a los Estados Miembros, en coordinación con el Banco Mundial y otros asociados pertinentes, información técnica sobre los efectos en la estabilidad macroeconómica que podría tener la afluencia de capital externo para financiar la salud;

3) que establezca mecanismos duraderos y sostenidos, inclusive conferencias internacionales periódicas con arreglo a los recursos disponibles, para facilitar la difusión sostenida de experiencias y enseñanzas obtenidas en materia de seguro social de enfermedad;

4) que preste apoyo técnico en la identificación de mejores datos y metodologías para medir y analizar los beneficios y costos de diferentes prácticas de financiación de la salud relacionadas con la obtención de ingresos, la mancomunación y la prestación o contratación de servicios, teniendo en cuenta las diferencias económicas y socioculturales;

5) que preste apoyo a los Estados Miembros, según convenga, a fin de que se elaboren y apliquen instrumentos y métodos para evaluar la incidencia en los servicios de salud de los cambios en los sistemas de financiación a medida que éstos avanzan hacia la cobertura universal;

6) que informe a la 59ª Asamblea Mundial de la Salud, por conducto del Consejo Ejecutivo, sobre la aplicación de la presente resolución, incluso sobre asuntos destacados que plantean los Estados Miembros durante la 58ª Asamblea Mundial de la Salud.

(Novena sesión plenaria, 25 de mayo de 2005 -  
Comisión A, octavo informe)

## **WHA58.34 Cumbre Ministerial sobre Investigación en Salud**

La 58ª Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado la Declaración de México sobre las Investigaciones Sanitarias, emitida en la Cumbre Ministerial sobre Investigación en Salud convocada por el Director General de la OMS y el Gobierno de México (México, D.F., 16 al 20 de noviembre de 2004) y el informe de la Secretaría;<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Documento A58/22.

Reconociendo que una investigación de alta calidad y la generación y aplicación de conocimientos son indispensables para alcanzar los objetivos de desarrollo relacionados con la salud acordados internacionalmente, incluidos los que figuran en la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, así como para mejorar el desempeño de los sistemas de salud, impulsar el desarrollo humano y lograr la equidad en materia de salud;

Reconociendo la necesidad de fortalecer la evaluación basada en datos científicos de las consecuencias de las políticas y prácticas sanitarias y de otra índole que repercuten en la salud en los planos nacional, regional y local;

Reafirmando la necesidad de crear demanda en relación con la investigación y de promover la participación en el proceso de investigación;

Consciente de la necesidad de fortalecer los sistemas nacionales de investigación sanitaria creando la capacidad pertinente, desarrollando un liderazgo capaz, facilitando los instrumentos indispensables de vigilancia y evaluación, mejorando la capacidad de examen ético de las investigaciones, y estableciendo las reglamentaciones y patrones éticos necesarios respecto de la salud de la población, la atención de salud y la investigación clínica;

Comprometida a promover el acceso a datos científicos fiables, pertinentes y actualizados acerca de los efectos de las intervenciones, sobre la base de exámenes sistemáticos de la totalidad de los resultados de investigación disponibles, y a tener en cuenta los modelos existentes;

Consciente de la necesidad de determinar las áreas de investigación que están comparativamente infrafinanciadas, como son las referentes a los sistemas de salud y la salud pública, en las que el aumento de los recursos y el liderazgo aceleraría la consecución de los objetivos de desarrollo relacionados con la salud acordados internacionalmente;

Haciendo hincapié en que la investigación es un esfuerzo mundial basado en el intercambio de conocimientos e información y realizado con arreglo a directrices y normas éticas nacionales apropiadas,

1. RECONOCE la Declaración de México sobre las Investigaciones Sanitarias, emitida en la Cumbre Ministerial sobre Investigación en Salud (México, D.F., 16 a 20 de noviembre de 2004);

2. INSTA a los Estados Miembros:

1) a que estudien la posibilidad de aplicar la recomendación formulada por la Comisión de Investigaciones Sanitarias para el Desarrollo en 1990 de que los países en desarrollo invirtieran al menos el 2% del presupuesto nacional de salud en investigaciones y en el fortalecimiento de la capacidad de investigación, y que al menos el 5% de la ayuda para proyectos y programas del sector de la salud procedente de los organismos de asistencia para el desarrollo se destinara a investigaciones y al fortalecimiento de la capacidad de investigación;<sup>1</sup>

2) a que establezcan y apliquen, o refuercen, una política nacional de investigación sanitaria con el apoyo político apropiado y asignen fondos y recursos humanos adecuados a la investigación sobre sistemas de salud;

---

<sup>1</sup> Comisión de Investigaciones Sanitarias para el Desarrollo, *Health research: essential link to equity in development*. Nueva York, Oxford University Press, 1990.

- 3) a que impulsen la colaboración con otros asociados en la investigación sanitaria a fin de facilitar la realización de esas actividades en sus sistemas de salud;
  - 4) a que promuevan actividades encaminadas al fortalecimiento de los sistemas nacionales de investigación sanitaria, que incluya la mejora de la base de conocimientos para las instancias decisorias, el establecimiento de prioridades, la gestión de las investigaciones, la vigilancia del desempeño y la adopción de normas y reglamentaciones para una investigación de alta calidad y su supervisión ética, y aseguren la participación de la comunidad, las organizaciones no gubernamentales y los pacientes en esas actividades;
  - 5) a que establezcan o refuercen mecanismos para la transferencia de conocimientos en apoyo de sistemas de salud pública y prestación de asistencia sanitaria basados en datos científicos, así como políticas de salud conexas basadas en pruebas científicas;
  - 6) a que apoyen, junto con la OMS y la comunidad científica mundial, el establecimiento de redes de organismos nacionales de investigación y otras partes interesadas con miras a que colaboren en la realización de investigaciones para abordar las prioridades sanitarias mundiales;
  - 7) a que alienten el debate público sobre la dimensión ética y las repercusiones sociales de la investigación en salud entre los investigadores, los médicos, los pacientes y los representantes de la sociedad civil, y fomenten la transparencia en relación con los resultados de las investigaciones y sobre los posibles conflictos de intereses;
3. EXHORTA a la comunidad científica mundial, los asociados internacionales, el sector privado, la sociedad civil y otros interesados directos, según proceda:
- 1) a que presten apoyo a un programa sustantivo y sostenible de investigación sobre los sistemas de salud que esté en consonancia con las necesidades prioritarias de los países y tenga como fin alcanzar los objetivos de desarrollo relacionados con la salud acordados internacionalmente, incluidos los que figuran en la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas;
  - 2) a que establezcan, con carácter voluntario, una plataforma de enlace entre registros de ensayos clínicos a fin de establecer un único punto de acceso a los ensayos y asegurar su identificación inequívoca para que los pacientes, incluidos los grupos de pacientes, las familias y otros interesados tengan un mejor acceso a la información;
  - 3) a que fortalezcan o establezcan la transferencia de conocimientos a fin de comunicar información sanitaria fiable, pertinente, imparcial y oportuna, mejorando el acceso a ella y promover su utilización;
  - 4) a que presten apoyo a las alianzas nacionales, regionales y mundiales, incluidas las de carácter publicoprivado, a fin de acelerar el desarrollo de medicamentos esenciales, vacunas y pruebas de diagnóstico, y mecanismos para la realización equitativa de estas intervenciones;
  - 5) a que reconozcan la necesidad de que las autoridades pertinentes de los Estados Miembros interesados participen en las etapas iniciales de la planificación de los proyectos de investigación sanitaria;
  - 6) a que apoyen, junto con los Estados Miembros y la Secretaría de la OMS, el establecimiento de redes de organismos nacionales de investigación y otras partes interesadas, que tengan el mayor alcance posible, como medio de determinar y llevar a cabo en colaboración investigaciones encaminadas a abordar las prioridades sanitarias mundiales;

4. PIDE al Director General:

- 1) que lleve a cabo una evaluación de los recursos internos, los conocimientos especializados y las actividades de la OMS en el ámbito de la investigación en salud con miras a preparar un documento de posición sobre el papel y las responsabilidades de la Organización en dicho ámbito, y que informe a la 59ª Asamblea Mundial de la Salud por conducto del Consejo Ejecutivo;
- 2) que realice consultas con los interesados directos acerca de la creación de un programa sobre investigación de sistemas de salud encaminado a prestar apoyo a los Estados Miembros para acelerar el logro de los objetivos de desarrollo relacionados con la salud acordados internacionalmente, incluidos los que figuran en la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas;
- 3) que emprenda con los asociados interesados la elaboración, con carácter voluntario, de una plataforma de enlace entre registros de ensayos clínicos;
- 4) que preste asistencia en la elaboración de mecanismos más eficaces para salvar las diferencias entre las formas en que se generan conocimientos y las formas en que se utilizan, incluida la transformación de los resultados de la investigación sanitaria en políticas y prácticas;
- 5) que estudie, junto con otros interesados directos, la posibilidad de convocar una conferencia internacional sobre investigación en recursos humanos para la salud y de convocar la próxima reunión de nivel ministerial sobre investigación en salud en 2008;
- 6) que vele por que las reuniones sobre investigación en salud organizadas por la OMS y abiertas a todos los Estados Miembros que tengan el carácter de cumbres o de cumbres ministeriales sean aprobadas previamente por la Asamblea Mundial de la Salud.

(Novena sesión plenaria, 25 de mayo de 2005 -  
Comisión A, octavo informe)

## DECISIONES

### WHA58(1) Composición de la Comisión de Credenciales

La 58ª Asamblea Mundial de la Salud estableció una Comisión de Credenciales integrada por delegados de los Estados Miembros siguientes: Argelia, Benin, Bhután, Chad, Eslovaquia, Honduras, Kiribati, Marruecos, Perú, República Checa, Serbia y Montenegro, y Yemen.

(Primera sesión plenaria, 16 de mayo de 2005)

### WHA58(2) Composición de la Comisión de Candidaturas

La 58ª Asamblea Mundial de la Salud eligió una Comisión de Candidaturas integrada por delegados de los Estados Miembros siguientes: Bahamas, Bolivia, Bosnia y Herzegovina, Camerún, China, Comoras, Emiratos Árabes Unidos, Federación de Rusia, Francia, Gambia, Guatemala, Guyana, India, Kuwait, Lituania, Palau, Paraguay, Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, Senegal, Seychelles, Timor-Leste, Togo, Turquía y Viet Nam, y por el Sr. Muhammad Nasir Khan (Pakistán), Presidente de la 57ª Asamblea Mundial de la Salud, miembro *ex officio*.

(Primera sesión plenaria, 16 de mayo de 2005)

### WHA58(3) Elección del Presidente y de los Vicepresidentes de la 58ª Asamblea Mundial de la Salud

La 58ª Asamblea Mundial de la Salud, después de examinar las recomendaciones de la Comisión de Candidaturas, eligió al Presidente y a los Vicepresidentes:

**Presidente:** Sra. E. Salgado (España)

**Vicepresidentes:** Sr. S. Meky (Eritrea)  
Dr. M. Fernández Galeano (Uruguay)  
Dr. M. Fikri (Emiratos Árabes Unidos)  
Profesor Suchai Charoenratanakul (Tailandia)  
Sra. A. King (Nueva Zelanda)

(Primera sesión plenaria, 16 de mayo de 2005)

### WHA58(4) Elección de la Mesa de las comisiones principales

La 58ª Asamblea Mundial de la Salud, después de examinar las recomendaciones de la Comisión de Candidaturas, eligió a los Presidentes de las comisiones principales:

**Comisión A: Presidente** Dr. B. Sadrizadeh (República Islámica del Irán)

**Comisión B: Presidente** Dr. J. Walcott (Barbados)

(Primera sesión plenaria, 16 de mayo de 2005)

Las comisiones principales eligieron después a los Vicepresidentes y Relatores:

<b>Comisión A:</b>	<b>Vicepresidentes</b>	Dr. H. Ntaba (Malawi) Pehin Dato Abu Bakar Apong (Brunei Darussalam)
	<b>Relator</b>	Dr. R. Busuttil (Malta)
<b>Comisión B:</b>	<b>Vicepresidentes</b>	Profesor J. Pereira Miguel (Portugal) Dr. M. A. Rahman Khan (Bangladesh)
	<b>Relator</b>	Sr. Yee Ping Yi (Singapur)

(Primera sesión de la Comisión A y primera sesión de la Comisión B,  
17 y 19 de mayo de 2005)

### **WHA58(5) Constitución de la Mesa de la Asamblea**

La 58ª 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: Bhután, Brasil, China, Congo, Cuba, Estados Unidos de América, Etiopía, Federación de Rusia, Francia, Guinea Ecuatorial, Letonia, Líbano, Luxemburgo, Malawi, Mongolia, Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, y Zimbabwe.

(Primera sesión plenaria, 16 de mayo de 2005)

### **WHA58(6) Adopción del orden del día**

La 58ª Asamblea Mundial de la Salud adoptó el orden del día provisional preparado por el Consejo Ejecutivo en su 115ª reunión después de suprimir un punto y un subpunto y de agregar un punto suplementario.

(Segunda sesión plenaria, 16 de mayo de 2005)

### **WHA58(7) Verificación de credenciales**

La 58ª 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; Comoras; 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; 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; Lituania; Luxemburgo; Madagascar; Malasia; Malawi; Maldivas; Malí; Malta; Marruecos; Mauricio; Mauritania; México; Micronesia (Estados Federados de); Mónaco; Mongolia; Mozambique; Myanmar; Namibia; Nauru; 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 Dominicana; República Popular Democrática de Corea; República de Moldova, República Unida de Tanzania; Rumania; Rwanda; Saint Kitts y Nevis; Samoa; San Marino; 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; Tayikistán; Timor-Leste; Togo; Tonga; Túnez; Turquía; Tuvalu; Ucrania; Uganda; Uruguay; Uzbekistán; Vanuatu; Venezuela (República Bolivariana de); Viet Nam; Yemen; Zambia; Zimbabwe.

(Quinta y octava sesiones plenarias, 18 y 23 de mayo de 2005)

**WHA58(8) Elección de Miembros facultados para designar una persona que forme parte del Consejo Ejecutivo**

La 58ª Asamblea Mundial de la Salud, después de examinar las recomendaciones de la Mesa de la Asamblea,<sup>1</sup> eligió a los siguientes países como Miembros facultados para designar una persona que forme parte del Consejo Ejecutivo: Azerbaiyán, Bhután, Iraq, Japón, Liberia, Madagascar, México, Namibia, Portugal y Rwanda.

(Séptima sesión plenaria, 20 de mayo de 2005)

**WHA58(9) 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 58ª Asamblea Mundial de la Salud nombró miembro del Comité de la Caja de Pensiones del Personal de la OMS a la Sra. R. Veerapen, delegada de Mauricio, y miembro suplente del Comité a la Sra. C. Patterson, delegada de Australia, en ambos casos por un periodo de tres años, es decir hasta mayo de 2008.

(Octava sesión plenaria, 23 de mayo de 2005)

**WHA58(10) Elección de país en que ha de reunirse la 59ª Asamblea Mundial de la Salud**

De conformidad con lo dispuesto en el Artículo 14 de la Constitución, la 58ª Asamblea Mundial de la Salud decidió que la 59ª Asamblea Mundial de la Salud se celebrase en Suiza.

(Novena sesión plenaria, 25 de mayo de 2005)

---

<sup>1</sup> Documento A58/51.

**WHA58(11) Informes del Consejo Ejecutivo sobre sus 114ª y 115ª reuniones**

La 58ª Asamblea Mundial de la Salud, después de examinar los informes del Consejo Ejecutivo sobre sus 114ª y 115ª reuniones,<sup>1</sup> 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.

(Décima sesión plenaria, 25 de mayo de 2005)

---

---

<sup>1</sup> Documento A58/2.



## **ANEXO**



## ANEXO

# Visión y Estrategia Mundial de Inmunización para 2006-2015<sup>1</sup>

## Resumen de orientación

[A58/12, anexo - 28 de abril de 2005]

### UNA NUEVA VISIÓN DE LA INMUNIZACIÓN

1. En respuesta a los desafíos que plantea un mundo en rápida transformación y cada vez más interdependiente, la OMS y el UNICEF han preparado conjuntamente una visión y estrategia mundial de inmunización para 2006-2015. Su objetivo consiste en proteger a más personas contra un número mayor de enfermedades ampliando la cobertura de inmunización para abarcar a todas las personas que la necesiten, incluidas las que pertenecen a grupos de edad distintos de los lactantes, en un contexto en que la inmunización sea una de las principales prioridades sanitarias. Se trata de mantener los actuales niveles de cobertura de vacunación, ampliar los servicios de inmunización para incluir a las personas a las que aún no se tiene acceso y a los grupos de edad distintos de los lactantes, introducir nuevas vacunas y tecnologías, y vincular la inmunización con la realización de otras intervenciones sanitarias y con el desarrollo general del sector de la salud (véase el recuadro). La visión y estrategia mundial incorpora claramente a la inmunización en cada sistema sanitario haciendo hincapié en sus posibilidades de beneficiarse del sector de la salud y de contribuir a su desarrollo y a la superación de obstáculos en todo el sistema. La estrategia también destaca la contribución decisiva de la inmunización a la preparación a nivel mundial para hacer frente a epidemias y emergencias complejas. A fin de llevar a la práctica esta visión de la inmunización será necesario fortalecer la vigilancia, el seguimiento y la evaluación y utilizar una base sólida de datos en la gestión de los programas.

### VISIÓN

**- Que en el mundo de 2015:**

- se asigne alta prioridad a la inmunización;
- todo niño, adolescente y adulto pueda acceder en pie de igualdad a la inmunización en el marco del programa nacional de su país;
- más personas estén protegidas contra un número mayor de enfermedades;
- la inmunización y las intervenciones conexas se mantengan en un marco de pluralidad de los valores sociales, de cambios demográficos y económicos, y de evolución de las enfermedades;

---

<sup>1</sup> Documento WHO/IVB/05.05.

- la inmunización se perciba como un factor decisivo para el ulterior fortalecimiento de los sistemas de salud y un elemento principal de las actividades encaminadas a lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio;
- se haga una utilización óptima de las vacunas para mejorar la salud y la seguridad a nivel mundial;
- la solidaridad entre los miembros de la comunidad mundial garantice el acceso equitativo de todas las personas a las vacunas que necesiten.

## PRINCIPIOS ORIENTADORES

2. La estrategia mundial se ha formulado sobre la base de los siguientes principios orientadores:

**Equidad e igualdad de género.** Todas las personas, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social, deben tener derecho a acceder en pie de igualdad a las vacunas e intervenciones que necesiten.

**Implicación, establecimiento de alianzas y responsabilidad.** Las metas deben ser acordadas y realizadas por los gobiernos y sus asociados que, animados de un espíritu de solidaridad internacional, llevarán a cabo actividades coordinadas definidas en planes nacionales.

**Rendición de cuentas.** Las partes interesadas y los agentes que participan en actividades de inmunización deben rendir cuentas públicamente de sus políticas y acciones.

**Garantía de calidad y seguridad de los productos y servicios.** Todos los productos que se faciliten deben satisfacer normas de calidad y seguridad internacionalmente reconocidas y los servicios se prestarán con arreglo a las prácticas más eficientes.

**Solidez de los sistemas de inmunización en el ámbito distrital.** En las intervenciones y en su seguimiento en el ámbito distrital se debe velar por el compromiso y la implicación a nivel local, así como por la adecuación del programa a las necesidades y condiciones locales.

**Sostenibilidad mediante el fortalecimiento de la capacidad técnica y financiera.** Los gobiernos nacionales y los asociados que realicen actividades conjuntas deben tener por objetivo la suficiencia financiera y técnica en el contexto de un fortalecimiento permanente de la infraestructura.

**Políticas y estrategias basadas en pruebas científicas y en las prácticas más eficientes.** La selección de las políticas, estrategias y prácticas debe basarse en datos procedentes de investigaciones operativas, así como de actividades de vigilancia, seguimiento y evaluación, evaluación de la carga de morbilidad y del impacto, y análisis económicos, además del intercambio de enseñanzas y experiencias entre países que se encuentren en situaciones similares.

## CUATRO ÁREAS ESTRATÉGICAS

3. La estrategia mundial abarca cuatro áreas principales, integradas por 24 estrategias. Los enfoques estratégicos son los siguientes: proteger a más personas en un mundo en transformación; intro-

ducir nuevas vacunas y tecnologías; integrar la inmunización, otras intervenciones sanitarias y la vigilancia en el contexto de los sistemas de salud; y abordar la inmunización en el contexto de la interdependencia mundial. La inmunización y las otras intervenciones conexas que se han mencionado aportarán una contribución considerable al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, así como de los objetivos de inmunización establecidos en el periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la infancia celebrado en 2002 y de los objetivos de la Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización y su órgano de financiación, el Fondo para Vacunas. También ayudarán a los Estados Miembros a aumentar la cobertura de vacunación antigripal de todos los expuestos a los mayores riesgos, con arreglo a la resolución WHA56.19. La acción conjunta contra las enfermedades prevenibles mediante vacunación que revisten importancia para la salud pública, así como la preparación ante la posible aparición de enfermedades con potencial para generar pandemias, contribuirán sustancialmente al mejoramiento de la salud y la seguridad en un mundo cada vez más interdependiente.

4. La estrategia mundial se ha elaborado en el contexto de una demanda creciente de inmunización, un rápido progreso en el desarrollo de nuevas vacunas y tecnologías, un desarrollo continuo del sector sanitario, una creciente vulnerabilidad a las pandemias y a otras emergencias sanitarias, y una ampliación de las oportunidades de crear asociaciones.

## METAS

5. Entre 2006 y 2015 todos aquellos que participan en actividades de inmunización y desarrollo de productos deben esforzarse por prevenir la morbilidad y mortalidad mediante el logro de los objetivos y metas que se indican a continuación.

### A más tardar en 2010:

- **aumentar la cobertura.** Los países deberán alcanzar una cobertura de vacunación de al menos el 90% de vacunación a escala nacional<sup>1</sup> y al menos del 80% en cada distrito o unidad administrativa equivalente;
- **reducir la mortalidad por sarampión.** La mortalidad por sarampión deberá reducirse a nivel mundial en un 90% con respecto a la tasa del año 2000.<sup>2</sup>

### A más tardar en 2015 (si procede):

- **mantener la cobertura.** En caso de que la meta se haya alcanzado en 2010, se deberá mantener ese nivel de cobertura de vacunación;

---

<sup>1</sup> Se trata de las vacunas que contengan todos los antígenos administrados a niños menores de un año, las que contengan el antígeno del virus del sarampión para niños de hasta dos años, y las administradas a mujeres en edad fecunda, conforme a lo previsto en los planes nacionales de inmunización. En el caso de las nuevas vacunas, éstas deben incorporarse a los planes nacionales en un plazo no mayor de cinco años.

<sup>2</sup> Esta meta provisional figura en una propuesta que se ultimaré durante 2005.

- **reducir la morbilidad y mortalidad.** Las tasas mundiales de morbilidad y mortalidad infantil provocadas por enfermedades prevenibles mediante vacunación se deberán haber reducido al menos en dos tercios<sup>1</sup> con respecto a los niveles de 2000.
- **asegurar el acceso a vacunas de calidad garantizada.** Todas las personas que requieran inmunización conforme a lo previsto en los programas nacionales deberán tener acceso a vacunas de calidad garantizada con arreglo a los planes nacionales que se establezcan;
- **introducir nuevas vacunas.** Todas las personas que requieran inmunización deberán tener acceso a vacunas de reciente introducción en un plazo de cinco años a contar desde la fecha de introducción de esas nuevas vacunas en los programas nacionales;
- **garantizar la capacidad de vigilancia y seguimiento.** Todos los países deberán haber desarrollado en todos los niveles la capacidad de llevar a cabo una vigilancia basada en el examen de casos de las enfermedades prevenibles mediante vacunación, con el apoyo, si fuere necesario, de confirmación mediante estudios de laboratorio, para poder efectuar una medición precisa de la cobertura de vacunación y hacer un uso apropiado de estos datos;
- **fortalecer los sistemas.** Todos los planes nacionales de inmunización deberán haberse formulado como componentes integrales de planes de recursos humanos, financiación y logística destinados a todo el sector;
- **garantizar la sostenibilidad.** Todos los planes de inmunización deberán haberse formulado, con cálculos de costos, y ejecutado a fin de garantizar la disponibilidad de recursos humanos, financiación y suministros adecuados.

## EL CONTEXTO

6. Como consecuencia del establecimiento en los últimos años de sólidos servicios nacionales de inmunización en muchos países, actualmente esos servicios abarcan a más del 70% de la población mundial destinataria. Se estima que sólo las vacunaciones realizadas en 2003 evitarán más de dos millones de defunciones por enfermedades prevenibles mediante vacunación y otras 600 000 defunciones relacionadas con la hepatitis B (por cirrosis hepática y carcinoma hepatocelular), que se habrían registrado entre los adultos si no se hubiesen vacunado durante la infancia.

7. A pesar de estos logros, el compromiso con la inmunización no se ha mantenido en todos los países. Según las estimaciones mundiales, a 27 millones de lactantes y a 40 millones de mujeres embarazadas no se les administraron las vacunas que necesitaban en 2003. Además los lactantes, los ni-

---

<sup>1</sup> Esta meta corresponde al cuarto de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, que prevé una reducción de dos tercios, entre 1990 y 2015, de la tasa de mortalidad entre los niños menores de cinco años. Se prevé que la reducción adicional de la mortalidad se logrará mediante el tratamiento eficaz de los casos. Suponiendo una rápida ampliación del acceso a las vacunas, incluida la introducción de nuevas vacunas, y una mayor administración de vacunas subutilizadas, se prevé que la reducción en dos tercios de la mortalidad por enfermedades prevenibles mediante vacunas consistirá principalmente en una reducción del 70% al 80% del número de defunciones por enfermedades actualmente prevenibles mediante vacunación (es decir, sarampión, tos ferina, difteria, tétanos, enfermedades causadas por *Haemophilus influenzae* tipo b), una vez alcanzada una cobertura del 90%, y en una reducción del 40% al 50% en las defunciones causadas por enfermedades que se prevé prevenir mediante nuevas vacunas en un futuro próximo (es decir, vacunas contra la infección por rotavirus neumocócico). Esta estimación se revisará cuando se disponga de mejores previsiones y de datos más precisos.

ños, los adolescentes y los adultos aún no se benefician plenamente de la protección mediante inmunización contra enfermedades que corren el riesgo de contraer.

### **Fortalecimiento mediante asociaciones**

8. En respuesta a las necesidades mundiales de inmunización, se han creado, para lograr metas compartidas, asociaciones mundiales como la Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización, el Fondo para Vacunas, y la Alianza en pro de la Iniciativa de Lucha contra el Sarampión. En esas asociaciones colaboran las principales partes interesadas en la inmunización, tanto del sector público como del sector privado, incluidos los fabricantes de vacunas. Las iniciativas para la erradicación de la poliomielitis, la reducción de la mortalidad por el sarampión y la eliminación del tétanos materno y neonatal han demostrado que esas asociaciones permiten llevar los servicios de inmunización hasta las comunidades menos accesibles. Por ejemplo, mediante la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis los países han demostrado claramente su capacidad de lograr altas tasas de cobertura de vacunación y realizar actividades muy eficientes de vigilancia de la morbilidad, incluso en zonas con inestabilidad política o que atraviesan otras circunstancias difíciles. Sin embargo, para llegar regularmente a poblaciones de difícil acceso y a poblaciones afectadas por brotes y situaciones de emergencia, es necesario contar con estrategias especialmente diseñadas.

### **Nuevas vacunas y tecnologías**

9. Se está trabajando en el desarrollo de nuevas vacunas contra las principales enfermedades infecciosas (en particular el paludismo, el VIH/SIDA y la tuberculosis). Mientras tanto, muchas otras nuevas vacunas y tecnologías ya están autorizadas o se encuentran en una etapa avanzada de desarrollo (por ejemplo, vacunas antirrotavirus y antineumocócicas) y hay también otras vacunas disponibles pero insuficientemente utilizadas. Asimismo se está trabajando con miras a conseguir la seguridad de la inmunización (por ejemplo, mediante el uso de jeringas autodestruíbles), tema que está alcanzando el nivel de máxima prioridad en los países. En el periodo 2006-2015, los países tal vez dispongan de una gama sin precedentes de nuevas vacunas y tecnologías que podrán comenzar a aplicar. Para que puedan tomar decisiones racionales, basadas en pruebas científicas, acerca de la elección de nuevas vacunas y tecnologías, será preciso colmar las actuales lagunas de los conocimientos (incluidas la carga de morbilidad, la costoeficacia de diversas estrategias y las cuestiones de reglamentación).

### **Financiación**

10. La inmunización es una intervención sanitaria muy eficaz en relación con su costo relativamente bajo. Sin embargo, se prevé que el costo global de la inmunización, con inclusión de la adquisición de nuevas vacunas, nuevas fórmulas vacunales y nuevas tecnologías, sufra un pronunciado aumento en el futuro. La ampliación de los planes de vacunación para dar cabida a nuevas vacunas ha hecho aumentar enormemente la cantidad de recursos que es preciso movilizar. Aunque con el tiempo se pueda tener algún desahogo, ya que la compra de mayor cantidad de vacunas permite aumentar la competencia entre los fabricantes y rebajar los precios, la experiencia ha demostrado que se necesitan varios años para que el aumento de la demanda se acompañe de una disminución de los precios. Mientras tanto, al propio costo de las vacunas debe añadirse el creciente costo de su administración; los gastos de logística y personal son cada vez mayores, y la extensión de los servicios a las poblaciones a las que actualmente no se tiene acceso exigirán recursos adicionales.

11. Disponer de financiación para la introducción de nuevas vacunas y aumentar la cobertura con las vacunas existentes será una prueba para todos los países y sus socios. Es preciso encontrar medios de potenciar al máximo la eficacia en relación con el costo de los contactos con los servicios de inmunización (por ejemplo, repartiendo el costo de esos contactos entre todas las iniciativas de salud perti-

nentes) y reforzar la capacidad nacional para proyectar las necesidades financieras y obtener los recursos necesarios. Habrá que adoptar decisiones de política basadas en datos objetivos respecto a la «asequibilidad» de las vacunas en relación con la reducción de la carga de morbilidad.

### **Contribución para superar los obstáculos a nivel de todo el sistema**

12. La inmunización ayudará cada vez más a superar los obstáculos a la prestación equitativa de servicios de salud y al desarrollo del sector en general, y se beneficiará a su vez de todo ello. Los beneficios serán una salud pública mejor y una mayor eficacia de los servicios de salud pública. Los servicios de inmunización sufren inevitablemente las limitaciones que afectan al sistema de salud en su conjunto, pero pueden ayudar de manera significativa a superar los obstáculos a nivel de todo el sistema mediante el fortalecimiento de los equipos de distrito y su capacidad para hacer un uso óptimo de los recursos y las oportunidades de que se dispone en el plano local. A su vez, los enfoques generales del sector para reforzar áreas transversales como las de gestión de los recursos humanos, financiación, logística, alianzas publicoprivadas e intercambio de información, pueden, desde luego, aportar beneficios a la inmunización.

### **Fuerte capacidad de seguimiento y vigilancia**

13. En el decenio pasado se hicieron progresos considerables en cuanto al establecimiento de sistemas de seguimiento y vigilancia de las tasas de cobertura y las tendencias de la vacunación y sus repercusiones en las enfermedades prevenibles mediante vacunas, y a la utilización de esos datos para orientar las políticas, estrategias y programas del sector público. Gracias a redes de laboratorio cada vez más amplias, la vigilancia de la poliomielitis y el sarampión ha permitido no sólo obtener información decisiva para orientar las respectivas iniciativas de erradicación y reducción de la mortalidad, sino también prestar apoyo a la prevención y el control de epidemias de, por ejemplo, meningitis, difteria, rubéola y enfermedades transmitidas por vectores como la fiebre dengue y la fiebre amarilla. En países vulnerables a esas epidemias, la acción combinada de laboratorios nacionales eficaces y centros de referencia regionales donde se pueden realizar más investigaciones de laboratorio ha resultado ser un importante y eficaz instrumento de salud pública. Estos sistemas tienen enormes posibilidades de constituir una plataforma para el desarrollo de mecanismos que permitan detectar tanto infecciones emergentes como brotes de enfermedades.

### **Relaciones con otras intervenciones sanitarias**

14. Los servicios de inmunización suelen estar ampliamente difundidos y pueden servir de apoyo a otras intervenciones de salud, así como recibir apoyo de éstas. La ejecución combinada, o la integración, de intervenciones sanitarias vinculadas entre sí es un medio más eficaz de conseguir objetivos de salud comunes. Son cada vez más notorios, por ejemplo, los beneficios de combinar la inmunización con otras dos intervenciones, a saber, la administración de suplementos de vitamina A y la distribución de mosquiteros tratados con insecticidas para la prevención del paludismo. Esa integración necesitará una base de pruebas científicas para orientar las políticas, estrategias e inversiones, así como métodos para evaluar las repercusiones de las intervenciones relacionadas entre sí. Es preciso sistematizar el acceso a los servicios integrados para que las madres y los niños que acuden a los servicios de salud obtengan el máximo beneficio.

### **Preparación para epidemias y emergencias mundiales**

15. Los países en riesgo de epidemias deben contar con planes de preparación que estén firmemente enraizados en su plan y sus servicios globales de inmunización. Asimismo, se requiere capacidad en los planos nacional y mundial para prepararse para una respuesta rápida y apropiada a las emergencias



y los desastres naturales, ya que esa respuesta puede implicar la utilización racional de vacunas. En el caso de la gripe, una red mundial de laboratorios vigila las cepas de los virus circulantes y todos los países deben contar con planes de preparación actualizados para hacer frente a una pandemia. Sin embargo, muchas veces los planes nacionales de preparación son inexistentes, anticuados o poco útiles. Los gobiernos, la OMS, el UNICEF, los fabricantes de vacunas y los institutos de investigación participan actualmente en la tarea de prestar apoyo para la elaboración de planes nacionales de preparación y ampliar la capacidad de producción de vacunas contra la gripe en el mundo entero, incluido el desarrollo de una nueva vacuna contra cepas de virus con potencial pandémico.

## LAS ESTRATEGIAS COMPONENTES

**16. Área estratégica 1: Protección de más personas en un mundo en transformación.** Comprende las estrategias clave necesarias para que los servicios de inmunización se hagan extensivos a más personas, especialmente aquéllas a las que es difícil llegar y a las que requieren la administración de vacunas de reciente introducción. Los objetivos son lograr que todos los lactantes tengan por lo menos cuatro contactos con los servicios de inmunización, ampliar la inmunización a otros grupos de edad procurando maximizar las repercusiones de las vacunas existentes, y mejorar los sistemas de gestión de vacunas a fin de que la inmunización resulte segura, incluida la disponibilidad de vacunas seguras y eficaces en todo momento. Las estrategias de esta área están encaminadas a conceder prioridad a las poblaciones y zonas insuficientemente atendidas, y se aplicará en ellas el criterio de «llegar a todos los distritos».

- Estrategia 1: Utilizar enfoques combinados para llegar a todas las personas consideradas objetivos de la inmunización
- Estrategia 2: Aumentar la demanda comunitaria de inmunización
- Estrategia 3: Velar por que en cada distrito se llegue al menos cuatro veces por año a las personas a las que no se había tenido acceso
- Estrategia 4: Ampliar la vacunación más allá del grupo objetivo tradicional
- Estrategia 5: Mejorar la seguridad de las vacunas, la inmunización y las inyecciones
- Estrategia 6: Mejorar y reforzar los sistemas de gestión de vacunas
- Estrategia 7: Evaluar y reforzar los programas de inmunización nacionales

**17. Área estratégica 2: Introducción de nuevas vacunas y tecnologías.** Está centrada en la necesidad de fomentar el desarrollo de nuevas vacunas y tecnologías de elevada prioridad y posibilitar a los países que decidan sobre su introducción y la lleven a cabo. Las estrategias de esta área están encaminadas a lograr que los países posean la base científica y la capacidad necesarias para evaluar la conveniencia de introducir nuevas vacunas y tecnologías y establecer las prioridades pertinentes, y cuenten con un suministro de nuevas vacunas y tecnologías suficiente para satisfacer sus necesidades, junto con los necesarios recursos financieros. Con esas estrategias se pretende también que las nuevas vacunas se ofrezcan a toda la población que las requiera en un plazo de cinco años a partir de su introducción en los programas nacionales, y que en el futuro se investiguen, desarrollen y faciliten vacunas contra las enfermedades de importancia para la salud pública, especialmente destinadas a las poblaciones desfavorecidas que soportan una alta carga de morbilidad.

- Estrategia 8: Fortalecer la capacidad de los países para determinar y establecer políticas y prioridades respecto de las nuevas vacunas y tecnologías
- Estrategia 9: Velar por la introducción eficaz y sostenible de nuevas vacunas y tecnologías
- Estrategia 10: Promover la investigación y el desarrollo de vacunas contra enfermedades de importancia para la salud pública

**18. Área estratégica 3: Integración de la inmunización, otras intervenciones sanitarias conexas y la vigilancia en el contexto de los sistemas de salud.** Se hace hincapié en el papel que desempeña la inmunización en el fortalecimiento de los sistemas de salud mediante los beneficios que reporta a la totalidad del sistema como resultado de la creación de capacidad en materia de recursos humanos, el mejoramiento de la logística y la obtención de recursos financieros. El objetivo es vincular la inmunización con otras intervenciones que pueden salvar vidas, a fin de acelerar la reducción de la mortalidad infantil. Las estrategias componentes también están encaminadas a mejorar la vigilancia de las enfermedades y el seguimiento de los programas para fortalecer no sólo los programas de inmunización sino el sistema de salud en su conjunto, y a conseguir que la inmunización se incluya en los planes de preparación para emergencias y en las actividades relacionadas con emergencias humanitarias complejas.

- Estrategia 11: Fortalecer los programas de inmunización en el contexto del desarrollo de los sistemas de salud
- Estrategia 12: Mejorar la gestión de los recursos humanos
- Estrategia 13: Evaluar y desarrollar intervenciones apropiadas para su integración
- Estrategia 14: Potenciar al máximo la sinergia de la integración de intervenciones
- Estrategia 15: Dar sostenibilidad a los beneficios de las intervenciones integradas
- Estrategia 16: Reforzar la vigilancia de la cobertura y la vigilancia caso por caso
- Estrategia 17: Reforzar la capacidad de laboratorio mediante la creación de redes de laboratorios
- Estrategia 18: Fortalecer la gestión, el análisis, la interpretación, la utilización y el intercambio de datos en todos los niveles
- Estrategia 19: Facilitar el acceso a los servicios de inmunización en las emergencias humanitarias complejas

**19. Área estratégica 4: Inmunización en el contexto de la interdependencia mundial.** Se toma como base el reconocimiento de que la equidad de acceso a las vacunas y la financiación conexas, así como la equitativa disponibilidad de información, redundan en interés de todos los países. Las estrategias componentes de esta área tienen por objeto hacer conocer mejor el hecho de que cada país es vulnerable a las repercusiones de los problemas y acontecimientos mundiales concernientes al suministro de vacunas, la financiación, la colaboración de asociados, la comunicación y la preparación ante epidemias, así como dar respuesta a esa realidad.

- Estrategia 20: Lograr un suministro mundial fiable de vacunas accesibles de calidad garantizada
- Estrategia 21: Velar por una financiación suficiente y sostenible de los sistemas nacionales de inmunización
- Estrategia 22: Mejorar la comunicación y difusión de información
- Estrategia 23: Definir y reconocer las funciones, responsabilidades y obligaciones de rendición de cuentas de los asociados
- Estrategia 24: Incluir las vacunas en los planes y medidas mundiales de preparación para epidemias

### **Marco para la planificación y colaboración**

20. La estrategia mundial ofrece un marco amplio más que un detallado plan de acción a fin de posibilitar a todas las partes interesadas orientar o reorientar su contribución a la inmunización en el mundo entero. Habida cuenta de las notorias diferencias entre las capacidades, prioridades y recursos de los distintos países, presenta una serie de estrategias de entre las cuales los países podrán seleccionar aquellas más apropiadas a sus necesidades. En apoyo de este proceso de planificación nacional, la OMS, el UNICEF, los asociados multilaterales y bilaterales, las organizaciones no gubernamentales y el sector privado intensificarán su coordinación a fin de colaborar eficazmente con los países. En la estrategia se insta a los Estados Miembros, las organizaciones internacionales, las organizaciones no gubernamentales, el sector privado, los grupos de intereses y otras partes a que asuman un compromiso sin precedentes con la inmunización en los planos mundial, nacional y local.

### **EL CAMINO POR RECORRER**

21. La sección final de la estrategia mundial está centrada en las acciones necesarias para facilitar su aplicación: consultas para que los países apliquen los principios rectores en su propia planificación estratégica mediante estrategias adaptadas a las propias necesidades, capacidad y recursos; obtención de un temprano compromiso de los asociados en la inmunización; fortalecimiento concertado de la capacidad de los servicios de inmunización a nivel de distrito, especialmente en los países con un desempeño mediocre; establecimiento de una base de conocimientos acerca de intervenciones sanitarias vinculadas entre sí realizadas con éxito como recurso para su posible multiplicación; desarrollo de un proceso de evaluación y examen para calibrar los progresos realizados hasta 2015; y producción y difusión de documentación de apoyo en la que se detallen planes y políticas, así como elaboración de más información sobre cuestiones técnicas.

22. Las opciones estratégicas expuestas más arriba no son exhaustivas. La estrategia no debe considerarse un plan detallado sino más bien un plan evolutivo. A medida que la estrategia y la visión se vayan desarrollando en los próximos 10 años se plantearán nuevos desafíos y se necesitarán nuevas respuestas e innovaciones.

### **UNA VISIÓN CON ORIENTACIONES ESTRATÉGICAS GENERALES**

23. La Visión y Estrategia Mundial de Inmunización:

- proporciona una visión de una función ampliada de la inmunización en el mejoramiento de la salud pública, con orientaciones estratégicas generales para el desarrollo de políticas y pro-

gramas nacionales en relación con el apoyo a los programas de inmunización por todos los asociados;

- amplía el alcance de la inmunización más allá de la lactancia para dar cabida a otros grupos de edad y más allá de los actuales confines del programa de inmunización para contemplar otras situaciones, al tiempo que se mantiene la prioridad de la vacunación en la primera infancia;
  - alienta un conjunto de intervenciones para reducir la mortalidad infantil;
  - contribuye a la preparación mundial contra la amenaza del surgimiento de pandemias;
  - compromete a todas las partes interesadas a realizar una labor sin precedentes para llegar a las personas o poblaciones «de difícil acceso»;
  - promueve métodos de resolver los problemas que se basen en datos, a fin de mejorar la eficacia de los programas;
  - allana el camino para la introducción y el uso generalizado de vacunas y tecnologías nuevas e infrautilizadas, todo lo cual requiere una planificación financiera a largo plazo;
  - fomenta el desarrollo de la vigilancia caso por caso de todas las enfermedades que se pueden prevenir por medio de vacunas, gracias a la ampliación de las redes de laboratorios para la detección de enfermedades virales y bacterianas.
-