



ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

63.^a ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD

GINEBRA, 17-21 DE MAYO DE 2010

**RESOLUCIONES Y DECISIONES
ANEXOS**

**GINEBRA
2010**

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
JIFE	- Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes
OACI	- Organización de Aviación Civil Internacional
OCDE	- Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos
OIE	- Office international des Épizooties
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
UNFPA	- Fondo de Población de las Naciones Unidas
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 63.^a Asamblea Mundial de la Salud se celebró en el Palais des Nations, Ginebra, del 17 al 21 de mayo de 2010, de acuerdo con la decisión adoptada por el Consejo Ejecutivo en su 126.^a reunión. Sus debates se publican en tres volúmenes que contienen, entre otras cosas, el material siguiente:

Resoluciones y decisiones, y anexos: documento WHA63/2010/REC/1

Actas taquigráficas de las sesiones plenarias y lista de participantes:
documento WHA63/2010/REC/2

Actas resumidas de las comisiones e informes de las comisiones:
documento WHA63/2010/REC/3.

ÍNDICE

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

RESOLUCIONES Y DECISIONES

Resoluciones

WHA63.1	Preparación para una gripe pandémica: intercambio de virus gripales y acceso a las vacunas y otros beneficios	1
WHA63.2	Situación sanitaria en el territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental, y en el Golán sirio ocupado	2
WHA63.3	Fomento de las iniciativas en materia de inocuidad de los alimentos	6
WHA63.4	Informe financiero y estados financieros comprobados sobre el ejercicio 1 de enero de 2008 - 31 de diciembre de 2009	10
WHA63.5	Escala de contribuciones para 2010-2011	10
WHA63.6	Protección y seguridad del personal y los locales	15
WHA63.7	Plan de mejoras	16
WHA63.8	Informe del Comisario de Cuentas	17
WHA63.9	Sueldos de los titulares de puestos sin clasificar y de la Directora General ...	17
WHA63.10	Alianzas	18
WHA63.11	Acuerdos con organizaciones intergubernamentales	19
WHA63.12	Disponibilidad, seguridad y calidad de los productos sanguíneos	20
WHA63.13	Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol	24

		Página
WHA63.14	Promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños	25
WHA63.15	Monitoreo del logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud	28
WHA63.16	Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud	33
WHA63.17	Defectos congénitos	34
WHA63.18	Hepatitis virales	37
WHA63.19	Estrategia OMS contra el VIH/sida para 2011-2015	40
WHA63.20	Enfermedad de Chagas: control y eliminación	42
WHA63.21	Función y responsabilidades de la OMS en las investigaciones sanitarias	45
WHA63.22	Trasplante de órganos y tejidos humanos	48
WHA63.23	Nutrición del lactante y del niño pequeño	50
WHA63.24	Acelerar los progresos hacia el logro del Objetivo de Desarrollo del Milenio 4 para reducir la mortalidad en la niñez: prevención y tratamiento de la neumonía	55
WHA63.25	Mejora de la salud mediante una gestión de desechos segura y ecológicamente racional	57
WHA63.26	Mejora de la salud mediante la gestión racional de los plaguicidas y otras sustancias químicas en desuso	60
WHA63.27	Fortalecimiento de la capacidad de los gobiernos para implicar de forma constructiva al sector privado en la prestación de servicios esenciales de atención de salud	64
WHA63.28	Establecimiento de un grupo consultivo de expertos en investigación y desarrollo: financiación y coordinación	66
 Decisiones		
WHA63(1)	Composición de la Comisión de Credenciales	70
WHA63(2)	Elección del Presidente y de los Vicepresidentes de la 63. ^a Asamblea Mundial de la Salud	70
WHA63(3)	Elección de la Mesa de las comisiones principales	70
WHA63(4)	Constitución de la Mesa de la Asamblea	71

	Página
WHA63(5) Adopción del orden del día	71
WHA63(6) Verificación de credenciales	71
WHA63(7) Elección de Miembros facultados para designar una persona que forme parte del Consejo Ejecutivo	72
WHA63(8) 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	72
WHA63(9) Elección del país en que se ha de reunir la 64. ^a Asamblea Mundial de la Salud	72
WHA63(10) Productos médicos de calidad subestándar, espurios, de etiquetado engañoso, falsificados o de imitación	72

ANEXOS

1. Política relativa a la participación de la OMS en alianzas mundiales en pro de la salud y a los acuerdos de acogida	83
2. Texto modificado del Acuerdo entre el Office International des Épizooties y la Organización Mundial de la Salud	90
3. Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol	91
4. Conjunto de recomendaciones sobre la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños	112
5. Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud	120
6. Intervenciones de prevención o tratamiento de los defectos congénitos	128
7. Estrategia de la OMS sobre investigaciones en pro de la salud	130
8. Principios rectores de la OMS sobre trasplante de células, tejidos y órganos humanos	152
9. Informe sobre las repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de las resoluciones adoptadas por la Asamblea de la Salud	162

ORDEN DEL DÍA¹

SESIONES PLENARIAS

1. Apertura de la Asamblea
 - 1.1 Establecimiento de la Comisión de Credenciales
 - 1.2 Elección del Presidente
 - 1.3 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 125.^a y 126.^a reuniones
3. Alocución de la Dra. Margaret Chan, Directora General
4. Orador invitado
5. [suprimido]
6. Consejo Ejecutivo: elección
7. Premios
8. Informes de las comisiones principales
9. Clausura de la Asamblea de la Salud

COMISIÓN A

10. Apertura de la Comisión²
11. Asuntos técnicos y sanitarios
 - 11.1 Preparación para una gripe pandémica: intercambio de virus gripales y acceso a las vacunas y otros beneficios

¹ Adoptado en la segunda sesión plenaria.

² Incluida la elección de Vicepresidentes y de Relator.

- 11.2 Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005)
- 11.3 Salud pública, innovación y propiedad intelectual: estrategia mundial y plan de acción
- 11.4 Monitoreo del logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud
- 11.5 Contratación internacional de personal de salud: proyecto de código de prácticas mundial
- 11.6 Nutrición del lactante y del niño pequeño
- 11.7 Defectos congénitos
- 11.8 Inocuidad de los alimentos
- 11.9 Prevención y control de las enfermedades no transmisibles: aplicación de la estrategia mundial
- 11.10 Estrategias para reducir el uso nocivo del alcohol
- 11.11 Control de la tuberculosis
 - Progresos realizados y planificación a largo plazo
 - Prevención y control de la tuberculosis multirresistente y la tuberculosis ultrarresistente
- 11.12 Hepatitis virales
- 11.13 Control de la leishmaniasis
- 11.14 Enfermedad de Chagas: control y eliminación
- 11.15 Erradicación mundial del sarampión
- 11.16 Erradicación de la viruela: destrucción de las reservas de virus variólico
- 11.17 Disponibilidad, seguridad y calidad de los productos sanguíneos
- 11.18 Enfoque estratégico para la gestión de los productos químicos a nivel internacional
- 11.19 Función y responsabilidades de la OMS en las investigaciones sanitarias
- 11.20 Falsificación de productos médicos
- 11.21 Trasplante de órganos y tejidos humanos
- 11.22 Fortalecimiento de la capacidad de los gobiernos para implicar de forma constructiva al sector privado en la prestación de servicios esenciales de atención de salud

- 11.23 Tratamiento y prevención de la neumonía
- 11.24 Informes sobre los progresos realizados
 - A. Poliomielitis: mecanismo de gestión de los riesgos potenciales para la erradicación (resolución WHA61.1)
 - B. Control de la tripanosomiasis africana humana (resolución WHA57.2)
 - C. Salud reproductiva: estrategia para acelerar el avance hacia el logro de los objetivos y metas internacionales de desarrollo (resolución WHA57.12)
 - D. Pronta formación de un mayor número de profesionales de la salud (resolución WHA59.23)
 - E. Fortalecimiento de la enfermería y la partería (resolución WHA59.27)
 - F. Sostenimiento de la eliminación de los trastornos por carencia de yodo (resolución WHA60.21)
 - G. Multilingüismo: aplicación del plan de acción (resolución WHA61.12)
 - H. Salud de los migrantes (resolución WHA61.17)
 - I. Cambio climático y salud (resolución WHA61.19)
 - J. Atención primaria de salud, incluido el fortalecimiento de los sistemas de salud (resolución WHA62.12)
- 13. Situación sanitaria en el territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental, y en el Golán sirio ocupado

COMISIÓN B

- 12. Apertura de la Comisión¹
- 13. [transferido a la Comisión A]
- 14. Asuntos programáticos y presupuestarios
 - 14.1 Presupuesto por programas 2008-2009: evaluación de la ejecución
 - 14.2 Undécimo Programa General de Trabajo, 2006-2015
- 15. Asuntos financieros
 - 15.1 Informe financiero y estados financieros comprobados sobre el ejercicio 1 de enero de 2008 - 31 de diciembre de 2009

¹ Incluida la elección de Vicepresidentes y de Relator.

- 15.2 Estado de la recaudación de las contribuciones señaladas, y Estados Miembros con atrasos de contribuciones de importancia bastante para que esté justificado aplicar el Artículo 7 de la Constitución
- 15.3 [suprimido]
- 15.4 Escala de contribuciones para 2010-2011
- 15.5 [suprimido]
- 15.6 Modificaciones del Reglamento Financiero y de las Normas de Gestión Financiera
- 15.7 Protección y seguridad del personal y los locales, y plan de mejoras
- 16. Asuntos de auditoría y supervisión
 - 16.1 Informe del Comisario de Cuentas
 - 16.2 Informe del Auditor Interno
- 17. Asuntos de personal
 - 17.1 Elección de Director General de la Organización Mundial de la Salud
 - 17.2 Recursos humanos: informe anual
 - 17.3 Informe de la Comisión de Administración Pública Internacional
 - 17.4 Modificaciones del Estatuto del Personal y del Reglamento de Personal
 - 17.5 [suprimido]
 - 17.6 Nombramiento de representantes en el Comité de la Caja de Pensiones del Personal de la OMS
- 18. Asuntos administrativos y jurídicos
 - 18.1 Alianzas
 - 18.2 Método de trabajo de los órganos deliberantes
 - 18.3 Acuerdos con organizaciones intergubernamentales
- 19. Colaboración dentro del sistema de las Naciones Unidas y con otras organizaciones intergubernamentales

LISTA DE DOCUMENTOS

A63/1 Rev.1	Orden del día ¹
A63/2	Informe del Consejo Ejecutivo sobre sus 125. ^a y 126. ^a reuniones
A63/3	Alocución de la Dra. Margaret Chan, Directora General, a la 63. ^a Asamblea Mundial de la Salud
A63/4	Preparación para una gripe pandémica: intercambio de virus gripales y acceso a las vacunas y otros beneficios
A63/5 y A63/5 Add.1	Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005)
A63/6, A63/6 Add.1 y A63/6 Add.2	Salud pública, innovación y propiedad intelectual: estrategia mundial y plan de acción. Informe del Grupo de Trabajo de Expertos sobre Financiación de la Investigación y el Desarrollo ²
A63/7	Monitoreo del logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud
A63/8	Contratación internacional de personal de salud: proyecto de código de prácticas mundial ³
A63/9	Nutrición del lactante y del niño pequeño
A63/10	Defectos congénitos ⁴
A63/11	Inocuidad de los alimentos
A63/12	Prevención y control de las enfermedades no transmisibles: aplicación de la estrategia mundial ⁵
A63/13	Estrategias para reducir el uso nocivo del alcohol: proyecto de estrategia mundial ⁶
A63/14	Control de la tuberculosis

¹ Véase p. ix.

² Véase el anexo 9.

³ Véase el anexo 5.

⁴ Véase el anexo 6.

⁵ Véanse los anexos 4 y 9.

⁶ Véase el anexo 3.

A63/15	Hepatitis virales
A63/16	Control de la leishmaniasis
A63/17	Enfermedad de Chagas: control y eliminación
A63/17 Add.1	Informe sobre las repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de las resoluciones cuya adopción se ha propuesto al Consejo Ejecutivo y la Asamblea de la Salud
A63/18	Erradicación mundial del sarampión
A63/19	Erradicación de la viruela: destrucción de las reservas de virus variólico
A63/20	Disponibilidad, seguridad y calidad de los productos sanguíneos
A63/21	Enfoque estratégico para la gestión de los productos químicos a nivel internacional
A63/22	Función y responsabilidades de la OMS en las investigaciones sanitarias ¹
A63/22 Add.1	Informe sobre las repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de las resoluciones cuya adopción se ha propuesto al Consejo Ejecutivo y la Asamblea de la Salud
A63/23	Falsificación de productos médicos
A63/24	Trasplante de órganos y tejidos humanos ²
A63/24 Add.1	Informe sobre las repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de las resoluciones cuya adopción se ha propuesto al Consejo Ejecutivo y la Asamblea de la Salud
A63/25 y Corr.1	Fortalecimiento de la capacidad de los gobiernos para implicar de forma constructiva al sector privado en la prestación de servicios esenciales de atención de salud
A63/25 Add.1	Informe sobre las repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de las resoluciones cuya adopción se ha propuesto al Consejo Ejecutivo y la Asamblea de la Salud
A63/26	Tratamiento y prevención de la neumonía

¹ Véase el anexo 7.

² Véase el anexo 8.

LISTA DE DOCUMENTOS

A63/27	Informes sobre los progresos realizados
A63/28	Situación sanitaria en el territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental, y en el Golán sirio ocupado ¹
A63/29	Presupuesto por programas 2008-2009: evaluación de la ejecución
A63/30	Undécimo Programa General de Trabajo, 2006-2015
A63/31	Escala de contribuciones para 2010-2011
A63/32	Informe financiero y estados financieros comprobados sobre el ejercicio 1 de enero de 2008 - 31 de diciembre de 2009
A63/33	Estado de la recaudación de las contribuciones señaladas, y Estados Miembros con atrasos de contribuciones de importancia bastante para que esté justificado aplicar el Artículo 7 de la Constitución
A63/34	Modificaciones del Reglamento Financiero
A63/35	Protección y seguridad del personal y los locales, y plan de mejoras. Protección y seguridad del personal
A63/36	Protección y seguridad del personal y los locales, y plan de mejoras. Plan de mejoras
A63/37	Informe del Comisario de Cuentas a la Asamblea de la Salud
A63/38	Informe del Auditor Interno
A63/39	Elección de Director General de la Organización Mundial de la Salud
A63/40	Recursos humanos: informe anual
A63/41	Informe de la Comisión de Administración Pública Internacional
A63/42	Modificaciones del Estatuto del Personal y del Reglamento de Personal
A63/43	Nombramiento de representantes en el Comité de la Caja de Pensiones del Personal de la OMS
A63/44 y Corr.1	Alianzas ²

¹ Véase el anexo 9.

² Véase el anexo 1.

- A63/44 Add.1 Informe sobre las repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de las resoluciones cuya adopción se ha propuesto al Consejo Ejecutivo y la Asamblea de la Salud
- A63/45 Método de trabajo de los órganos deliberantes
- A63/46 Acuerdos con organizaciones intergubernamentales¹
- A63/47 Colaboración dentro del sistema de las Naciones Unidas y con otras organizaciones intergubernamentales
- A63/48 Preparación para una gripe pandémica: intercambio de virus gripales y acceso a las vacunas y otros beneficios
- A63/48 Add.1 Informe sobre las repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de las resoluciones cuya adopción se ha propuesto al Consejo Ejecutivo y la Asamblea de la Salud
- A63/49 Presupuesto por programas 2008-2009: evaluación de la ejecución. Primer informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 63.^a Asamblea Mundial de la Salud
- A63/50 Undécimo Programa General de Trabajo, 2006-2015. Quinto informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 63.^a Asamblea Mundial de la Salud
- A63/51 Rev.1 Informe financiero y estados financieros comprobados sobre el ejercicio 1 de enero de 2008 - 31 de diciembre de 2009. Segundo informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 63.^a Asamblea Mundial de la Salud
- A63/52 Estado de la recaudación de las contribuciones señaladas, y Estados Miembros con atrasos de contribuciones de importancia bastante para que esté justificado aplicar el Artículo 7 de la Constitución. Sexto informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 63.^a Asamblea Mundial de la Salud
- A63/53 Modificaciones del Reglamento Financiero y de las Normas de Gestión Financiera. Séptimo informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 63.^a Asamblea Mundial de la Salud
- A63/54 Protección y seguridad del personal y los locales, y plan de mejoras. Protección y seguridad del personal y los locales. Tercer informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 63.^a Asamblea Mundial de la Salud

¹ Véase el anexo 2.

LISTA DE DOCUMENTOS

A63/55	Protección y seguridad del personal y los locales, y plan de mejoras. Plan de mejoras. Cuarto informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 63. ^a Asamblea Mundial de la Salud
A63/56 Rev.1	Informe del Comisario de Cuentas. Octavo informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 63. ^a Asamblea Mundial de la Salud
A63/57	Informe del Auditor Interno. Noveno informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 63. ^a Asamblea Mundial de la Salud
A63/58	Primer informe de la Comisión A
A63/59	Segundo informe de la Comisión A
A63/60	Comisión de Credenciales. Primer informe
A63/61	Elección de Miembros facultados para designar una persona que forme parte del Consejo Ejecutivo
A63/62	Primer informe de la Comisión B
A63/63	Tercer informe de la Comisión A
A63/64	Cuarto informe de la Comisión A
A63/65	Segundo informe de la Comisión B
A63/66	Quinto informe de la Comisión A

Documentos de información

A63/INF.DOC./1	Preparación para una gripe pandémica: intercambio de virus gripales y acceso a las vacunas y otros beneficios
A63/INF.DOC./2	Contratación internacional de personal de salud: proyecto de código de prácticas mundial
A63/INF.DOC./3	Falsificación de productos médicos
A63/INF.DOC./4	Contribuciones voluntarias, por fondo y por donante, para el ejercicio 2008-2009
A63/INF.DOC./5	Situación sanitaria en el territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental, y en el Golán sirio ocupado

- A63/INF.DOC./6 Situación sanitaria en el territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental, y en el Golán sirio ocupado
- A63/INF.DOC./7 Situación sanitaria en el territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental, y en el Golán sirio ocupado
- A63/INF.DOC./8 Situación sanitaria en el territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental, y en el Golán sirio ocupado

Documentos varios

- A63/DIV/1 Rev.1 Lista de delegados y otros participantes
- A63/DIV/2 Guía para los delegados en la Asamblea Mundial de la Salud
- A63/DIV/3 Decisiones y lista de resoluciones
- A63/DIV/4 Lista de documentos
- A63/DIV/5 Alocución de la Sra. Ellen Johnson Sirleaf, Presidenta de la República de Liberia, a la 63.^a Asamblea Mundial de la Salud
- A63/DIV/6 Alocución del Sr. Ray Chambers, Enviado Especial del Secretario General de las Naciones Unidas para la lucha contra la malaria, a la 63.^a Asamblea Mundial de la Salud

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

Presidente

Sr. M. ZENAIDI (Túnez)

Vicepresidentes

Dra. M. I. RODRÍGUEZ (El Salvador)

Dr. R. SEZIBERA (Rwanda)

Profesor R. AKDAĞ (Turquía)

Sra. G. A. A. GIDLOW (Samoa)

Profesor MYA OO (Myanmar)

Secretario

Dra. M. CHAN, Directora General

Comisión de Credenciales

La Comisión de Credenciales estuvo integrada por delegados de los Estados Miembros siguientes: Angola, Austria, Bangladesh, Eritrea, Ex República Yugoslava de Macedonia, Israel, Nauru, Nicaragua, Singapur, Somalia, Trinidad y Tabago y Zambia.

Presidente: Dra. B. BLAHA (Austria)

Vicepresidente: Sr. S. A. ALI (Bangladesh)

Secretario: Sr. X. DANNEY, Asesor Jurídico

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: Burkina Faso, Cabo Verde, Chad, Chile, China, Cuba, España, Estados Unidos de América, Estonia, Federación de Rusia, Francia, Jamahiriya Árabe Libia, Jamaica,

Jordania, Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, República Democrática del Congo y República Unida de Tanzania.

Presidente: Sr. M. ZENAIDI (Túnez)

Secretario: Dra. M. CHAN, Directora 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. M. MUGITANI (Japón)

Vicepresidentes: Sr. U. SCHOLTEN (Alemania) y Dr. D. CHIRIBOGA (Ecuador)

Relator: Dr. P. MISHRA (Nepal)

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

Comisión B

Presidente: Dr. W. JAYANTHA (Sri Lanka)

Vicepresidentes: Dr. G. J. KOMBA-KONO (Sierra Leona) y Dr. N. EL SAYED (Egipto)

Relator: Dr. A.-P. SANNE (Noruega)

Secretarios: Dr. M. DAYRIT, Director, Recursos Humanos para la Salud; Sr. C. ONDARI, Coordinador, Acceso a los Medicamentos y Uso Racional

RESOLUCIONES

WHA63.1 Preparación para una gripe pandémica: intercambio de virus gripales y acceso a las vacunas y otros beneficios¹

La 63.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe del grupo de trabajo de composición abierta de Estados Miembros sobre preparación para una gripe pandémica: intercambio de virus gripales y acceso a las vacunas y otros beneficios, que se reunió en Ginebra del 10 al 12 de mayo de 2010;²

Recordando las resoluciones WHA60.28 y WHA62.10 relativas a un marco para el intercambio de virus gripales y el acceso a las vacunas y otros beneficios en el contexto de la preparación para una gripe pandémica,³ así como las resoluciones WHA56.19 y WHA59.2 en sus aspectos concernientes a la preparación para una pandemia de gripe;

Tomando nota de todas las experiencias y enseñanzas adquiridas a raíz de la pandemia por A (H1N1) 2009, los trabajos en curso del Comité de Examen del Reglamento Sanitario Internacional, y las enseñanzas extraídas de los actuales brotes de gripe por A (H5N1);

Reconociendo el constante desafío que supone mejorar la preparación para una gripe pandémica, particularmente en lo que concierne al fortalecimiento de las capacidades nacionales y mundiales de preparación y respuesta; la capacidad mejorada de laboratorio y vigilancia; la capacidad global de producción de vacunas antigripales, agentes antivíricos y elementos de diagnóstico, así como el acceso a vacunas, agentes antivíricos y elementos de diagnóstico, en particular en los países afectados y los países en desarrollo, y con especial atención a los países menos adelantados;

Reconociendo la necesidad de instaurar un sistema justo y transparente, equitativo, eficiente y eficaz para el intercambio de virus y el acceso a las vacunas y otros beneficios en pie de igualdad;

Reconociendo que las soluciones para abordar esos retos entrañan la adopción de múltiples instrumentos interrelacionados que pueden incluir, en su caso: Acuerdos Modelo de Transferencia de Material separados pero complementarios, relativos a los materiales pertinentes, a saber, uno en la Red OMS y uno para las transferencias fuera de la Red OMS; apoyo reforzado al Plan de Acción Mundial de la OMS contra la Gripe Pandémica destinado a incrementar el suministro de vacunas;⁴ vigilancia del fortalecimiento de la capacidad en el marco del Reglamento Sanitario Internacional (2005); e instauración de sistemas de financiación y mecanismos de solidaridad sostenibles;

¹ En el documento A63/48 Add.1 se exponen las repercusiones financieras y administrativas de esta resolución para la Secretaría.

² Documento A63/48.

³ Véase el documento A62/5 Add.1.

⁴ Documento WHO/IVB/06.13 - WHO/CDS/EPR/GIP/2006.1.

Reconociendo la importante contribución de la industria para superar los desafíos mencionados de manera sostenible y previsible;

Considerando que algunos de los elementos pendientes exigen un examen y estudios más a fondo, en su caso, a fin de alcanzar un acuerdo final,

1. PIDE a la Directora General:

1) que continúe colaborando con los Estados Miembros y las organizaciones de integración económica regional pertinentes en lo que respecta al marco para el intercambio de virus gripales y el acceso a las vacunas y otros beneficios en el contexto de la preparación para una gripe pandémica,¹ de conformidad con la resolución WHA62.10, y que convoque una reunión del grupo de trabajo de composición abierta antes de la 128.^a reunión del Consejo Ejecutivo;

2) que realice las consultas y estudios técnicos necesarios para apoyar la labor del grupo de trabajo de composición abierta destinada a alcanzar un acuerdo final;

2. DECIDE que el grupo de trabajo de composición abierta informe a la 64.^a Asamblea Mundial de la Salud, por conducto del Consejo Ejecutivo en su 128.^a reunión.

(Sexta sesión plenaria, 19 de mayo de 2010 -
Comisión A, primer informe)

WHA63.2 Situación sanitaria en el territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental, y en el Golán sirio ocupado²

La 63.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Teniendo presente el 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;

Recordando la resolución EB124.R4 adoptada por el Consejo Ejecutivo en su 124.^a reunión, sobre la grave situación sanitaria causada por las operaciones militares israelíes en el territorio palestino ocupado, en particular en la Franja de Gaza ocupada;

Tomando nota del informe de la Directora General sobre la situación sanitaria en el territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental, y en el Golán sirio ocupado;

Observando con profunda preocupación las conclusiones contenidas en el informe de la Directora General sobre la misión sanitaria especializada enviada a la Franja de Gaza;

¹ Según figura en el documento A62/5 Add.1.

² En el anexo 9 se exponen las repercusiones financieras y administrativas de esta resolución para la Secretaría.

Subrayando la función esencial que desempeña el OOPS prestando servicios de salud y de educación vitales en el territorio palestino ocupado, en particular atendiendo las necesidades urgentes en la Franja de Gaza;

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;

Expresando también su preocupación por la crisis sanitaria y el aumento de la inseguridad alimentaria en el territorio palestino ocupado, en particular en la Franja de Gaza;

Afirmando la necesidad de garantizar la cobertura universal de los servicios de salud y de preservar las funciones de los servicios de salud pública en el territorio palestino ocupado;

Reconociendo que la grave escasez de recursos financieros y médicos en el Ministerio de Salud palestino, que se encarga de la gestión y financiación de los servicios de salud pública, pone en peligro el acceso de la población palestina a los servicios curativos y preventivos;

Afirmando el derecho de acceso de los pacientes y el personal médico palestinos a las instituciones sanitarias palestinas de la Jerusalén oriental ocupada;

Deplorando los incidentes que revelan la falta de respeto y protección a las ambulancias y al personal médico palestinos por parte del ejército israelí, que ha provocado víctimas entre ese personal, así como las restricciones impuestas a su circulación por Israel, la potencia ocupante, en violación del derecho internacional humanitario;

Afirmando que el bloqueo continúa y que los puestos de control no están completa ni definitivamente abiertos, y que por lo tanto la crisis y las penurias desencadenadas antes del ataque israelí a la Franja aún persisten y menoscaban los empeños del Ministerio de Salud de la Autoridad Palestina por reconstruir los establecimientos destruidos durante las operaciones militares israelíes a fines de 2008 y en 2009;

Expresando su profunda preocupación por las graves repercusiones de la construcción del muro en la accesibilidad y calidad de los servicios médicos que recibe la población palestina en el territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental;

Expresando su profunda preocupación asimismo por las graves repercusiones que tienen para las mujeres embarazadas y los pacientes las restricciones impuestas por Israel a la circulación de ambulancias y personal médico palestinos,

1. PIDE a Israel, la potencia ocupante:

- 1) que levante de inmediato el cierre impuesto en el territorio palestino ocupado, en particular el cierre de los puntos de cruce en la Franja de Gaza ocupada que está provocando grave escasez de medicamentos y suministros médicos en esa zona, y que cumpla las disposiciones del Acuerdo sobre desplazamiento y acceso concertado entre Israel y Palestina en noviembre de 2005;
- 2) que abandone las políticas y medidas que han dado lugar a las condiciones sanitarias extremas imperantes y a la grave escasez de alimentos y carburante en la Franja de Gaza;

- 3) que cumpla las obligaciones que se le señalaron en la opinión consultiva emitida el 9 de julio de 2004 por la Corte Internacional de Justicia en relación con el muro de separación que, entre otras cosas, conlleva graves repercusiones en la accesibilidad y calidad de los servicios médicos que recibe la población palestina en el territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental;
 - 4) que facilite el acceso de los pacientes y del personal médico palestinos a los centros de salud palestinos, incluidos los situados en la Jerusalén oriental ocupada;
 - 5) que asegure el paso irrestricto y seguro de las ambulancias palestinas y el respeto y la protección del personal médico, de conformidad con el derecho humanitario internacional;
 - 6) que mejore las condiciones de vida y de salud de los detenidos palestinos, en particular los niños, mujeres y enfermos, y dispense el tratamiento médico necesario a los detenidos que padecen enfermedades graves que empeoran cada día;
 - 7) que facilite el transporte y la entrada de medicamentos y equipos médicos en el territorio palestino ocupado;
 - 8) que asuma su responsabilidad con respecto a las necesidades humanitarias del pueblo palestino y a su acceso cotidiano a la ayuda humanitaria, incluidos alimentos y medicamentos, de conformidad con el derecho humanitario internacional;
 - 9) que ponga fin de inmediato a todas sus prácticas, políticas y planes, incluido su régimen de cierres, que afectan gravemente a las condiciones sanitarias de los civiles sometidos a la ocupación;
 - 10) que respete el mandato y facilite la labor del OOPS y de otras organizaciones internacionales y asegure la libertad de circulación de su personal y los suministros de ayuda;
2. INSTA a los Estados Miembros y a las organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales;
- 1) a que ayuden a superar la crisis sanitaria en el territorio palestino ocupado prestando asistencia al pueblo palestino;
 - 2) a que ayuden a atender las necesidades sanitarias y humanitarias urgentes, así como las necesidades importantes relacionadas con la salud a plazo medio y largo determinadas en el informe de la Directora General sobre la misión sanitaria especializada enviada a la Franja de Gaza;
 - 3) a que hagan un llamamiento a la comunidad internacional para que ejerza presión sobre el Gobierno de Israel a fin de que levante el sitio impuesto a la Franja de Gaza, con miras a evitar un profundo agravamiento de la crisis humanitaria en ese territorio, y contribuya al levantamiento de las restricciones y los obstáculos impuestos al pueblo palestino, incluso el libre movimiento de las personas y el personal médico en el territorio palestino ocupado; y consiga que Israel asuma sus responsabilidades jurídicas y morales y asegure el pleno ejercicio de los derechos humanos básicos a la población civil del territorio palestino ocupado, especialmente en Jerusalén oriental;
 - 4) a que recuerden a Israel, la potencia ocupante, que debe respetar el Cuarto Convenio de Ginebra relativo a la protección debida a las personas civiles en tiempo de guerra de 1949, que es de aplicación al territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental;

- 5) a que hagan un llamamiento a todas las organizaciones internacionales de derechos humanos, en particular al Comité Internacional de la Cruz Roja, para que intervengan con urgencia e inmediatamente ante Israel, la potencia ocupante, y la obliguen a dispensar tratamiento médico adecuado a los prisioneros y detenidos palestinos que padecen trastornos graves que empeoran cada día, e insta a las organizaciones de la sociedad civil a que ejerzan presión sobre Israel, la potencia ocupante, a fin de salvar las vidas de los detenidos y asegurar la inmediata liberación de personas en estado crítico con el fin de proporcionarles tratamiento en el exterior, y que permitan a las prisioneras palestinas acceder a los servicios de obstetricia y seguimiento médico durante el embarazo, el parto y el puerperio, y dar a luz en condiciones saludables y humanitarias, en presencia de sus familias y familiares, y liberar inmediatamente a todos los niños prisioneros en cárceles israelíes;
 - 6) a que presten apoyo y asistencia al Ministerio de Salud de Palestina para que cumpla sus cometidos, en particular en lo que respecta al funcionamiento y financiamiento de los servicios de salud pública;
 - 7) a que proporcionen asistencia técnica y financiera a los servicios palestinos de salud pública y veterinaria;
3. EXPRESA su profundo reconocimiento a la comunidad internacional de donantes por el apoyo que presta al pueblo palestino en diversas esferas, e insta a los países donantes y a las organizaciones sanitarias internacionales a que perseveren en sus esfuerzos por asegurar el respaldo político y financiero necesario para posibilitar la ejecución del plan de salud 2008-2010 de la Autoridad Nacional Palestina, y crear un entorno político propicio para la ejecución de ese plan, con miras a poner fin a la ocupación y establecer el Estado de Palestina propuesto por el Gobierno de Palestina, que está trabajando con seriedad con miras a crear las condiciones adecuadas para ello;
4. EXPRESA su profundo reconocimiento a la Directora General por sus esfuerzos para prestar la necesaria asistencia al pueblo palestino en el territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental, y a la población siria en el Golán sirio ocupado;
5. PIDE a la Directora General:
- 1) que preste apoyo a los servicios palestinos de salud y de veterinaria, incluyendo la creación de capacidad;
 - 2) que presente un informe de investigación sobre la situación sanitaria y económica en el territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental, y en el Golán sirio ocupado;
 - 3) que preste apoyo al establecimiento de centros médicos y proporcione asistencia técnica relacionada con la salud a la población siria en el Golán sirio ocupado;
 - 4) que siga proporcionando la asistencia técnica necesaria para subvenir a las necesidades sanitarias del pueblo palestino, incluidas las personas con discapacidades y traumatismos;
 - 5) que también preste apoyo a los servicios palestinos de salud y veterinaria en la preparación para emergencias inusuales;
 - 6) que apoye el desarrollo del sistema de salud en el territorio palestino ocupado, con inclusión de los recursos humanos;
 - 7) que establezca, en cooperación con el Comité Internacional de la Cruz Roja, un comité internacional de equipos médicos especializados, a fin de diagnosticar las enfermedades graves

de los prisioneros y detenidos palestinos en cárceles israelíes y proporcionarles todos los tratamientos necesarios y urgentes, de conformidad con los pertinentes convenios y acuerdos internacionales;

8) que facilite el informe detallado preparado por la misión sanitaria especializada enviada a la Franja de Gaza;

9) que informe sobre la aplicación de la presente resolución a la 64.^a Asamblea Mundial de la Salud.

(Séptima sesión plenaria, 20 de mayo de 2010 -
Comisión A, segundo informe)

WHA63.3 Fomento de las iniciativas en materia de inocuidad de los alimentos¹

La 63.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe sobre inocuidad de los alimentos;²

Recordando la resolución WHA53.15 sobre inocuidad de los alimentos, en la que se pedía a la Directora General que estableciera una estrategia mundial para la vigilancia de las enfermedades de transmisión alimentaria y para el acopio y el intercambio eficientes de información en los países y entre ellos;

Recordando la resolución WHA55.16 sobre la 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, en la que se observaba que dichos agentes pueden propagarse a través de las cadenas de abastecimiento de agua y alimentos;

Observando que el Consejo Ejecutivo respaldó en 2002 la estrategia mundial de la OMS en materia de inocuidad de los alimentos,³ que tenía como objetivo reducir la carga de morbilidad y las consecuencias sociales de las enfermedades de transmisión alimentaria;

Observando también que se han emprendido otras actividades relacionadas con la inocuidad de los alimentos definidas en las resoluciones WHA53.15 y WHA55.16, tales como la revisión en 2005 del Reglamento Sanitario Internacional, la creación ese mismo año de la Red Internacional de Autoridades en materia de Inocuidad de los Alimentos, la creación en 2006 del Grupo de Referencia OMS sobre Epidemiología de la Carga de Morbilidad de Transmisión Alimentaria, o el aumento de la participación, sobre todo de los países en desarrollo, en la elaboración de las normas internacionales sobre inocuidad de los alimentos por la Comisión del Codex Alimentarius;

Reconociendo que la Comisión del Codex Alimentarius ofrece a todos los países una oportunidad única para unirse a la comunidad internacional en la formulación y armonización de normas alimentarias y para garantizar su aplicación mundial, y que se debería alentar en particular la participación de los países en desarrollo a ese respecto;

¹ En el anexo 7 del documento EB126/2010/REC/1 se exponen las repercusiones financieras y administrativas de esta resolución para la Secretaría.

² Documento A63/11.

³ Documento EB109/2002/REC/2, acta resumida de la cuarta sesión.

Reconociendo asimismo la importante función de la OMS y la FAO en apoyo de la Comisión del Codex Alimentarius como punto de referencia internacional en materia de novedades relacionadas con las normas alimentarias;

Confirmando que las enfermedades de transmisión alimentaria siguen representando una grave amenaza para la salud de millones de personas en todo el mundo, sobre todo en los países en desarrollo con mal estado nutricional;

Consciente de los vínculos inextricables entre la inocuidad de los alimentos, la nutrición y la seguridad alimentaria, y reconociendo el papel decisivo de la inocuidad de los alimentos en la erradicación del hambre y la malnutrición, especialmente en los países de bajos ingresos y con carencia de alimentos;

Consciente de que cada vez hay más pruebas de que muchas enfermedades transmisibles, entre ellas algunas zoonosis emergentes, se transmiten a través de los alimentos, y de que la exposición a productos químicos y patógenos presentes en los alimentos se asocia a enfermedades agudas y crónicas;

Reconociendo que, debido al aumento de la velocidad de crecimiento de los microorganismos en el agua y los alimentos a medida que aumenta la temperatura, el cambio climático podría ser un factor del aumento de la frecuencia de algunas enfermedades transmitidas por los alimentos, entre ellas las de origen zoonótico, lo cual dará lugar a la aparición de toxinas en nuevas zonas geográficas y, posiblemente, a un aumento de las concentraciones de toxinas o de patógenos en los alimentos;

Reconociendo que el comercio mundial de alimentos aumenta de año en año, contribuyendo así al riesgo de propagación de patógenos y contaminantes a través de las fronteras, a la creación de nuevos problemas para las autoridades en materia de alimentos y a la necesidad de un intercambio mundial más eficiente de información sobre la inocuidad de los alimentos, teniendo en cuenta que la protección de la inocuidad de los alimentos no puede dar lugar a discriminaciones o restricciones encubiertas del comercio internacional;

Reconociendo la necesidad constante de una colaboración más estrecha entre el sector sanitario y otros sectores y de un aumento de las acciones en materia de inocuidad de los alimentos a nivel internacional y nacional, y a lo largo de toda la cadena de producción de alimentos, con el fin de reducir de forma significativa la incidencia de las enfermedades de transmisión alimentaria;

Observando la necesidad constante de normas y acuerdos actualizados e integrales acordados internacionalmente para la evaluación de los riesgos y el asesoramiento científico que respalden las medidas e intervenciones destinadas a mejorar la inocuidad y la calidad nutricional de los alimentos;

Reconociendo la importancia de los acuerdos internacionales sobre la gestión mundial de la inocuidad de los alimentos, la aplicación de principios científicos en la búsqueda de soluciones y el intercambio eficiente de datos de vigilancia y monitorización, así como de experiencias prácticas,

1. INSTA a los Estados Miembros:¹

- 1) a que sigan estableciendo y manteniendo las actividades y medidas formuladas en las resoluciones WHA53.15 sobre inocuidad de los alimentos y WHA55.16 sobre la respuesta mun-

¹ Y, cuando proceda, a las organizaciones de integración económica regional.

dial 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;

2) a que sigan desarrollando y aplicando las capacidades básicas definidas en el anexo 1 del Reglamento Sanitario Internacional (2005), según proceda, y las requeridas para participar en la Red Internacional de Autoridades en materia de Inocuidad de los Alimentos, en particular respecto a los eventos relacionados con la inocuidad de los alimentos, entre las que se incluyen el desarrollo de sistemas de vigilancia de las enfermedades de transmisión alimentaria y contaminación de los alimentos, la evaluación de riesgos, la trazabilidad, la gestión de riesgos, incluido el sistema de análisis de peligros en puntos críticos de control, y la comunicación de riesgos, la respuesta a las emergencias relacionadas con la inocuidad de los alimentos, la localización y retirada de productos, y el reforzamiento de la capacidad de laboratorio;

3) a que, como miembros de la Red Internacional de Autoridades en materia de Inocuidad de los Alimentos, participen plenamente en sus actividades, y en particular en la transmisión puntual y de modo transparente, a través de la Red, de datos, información y conocimientos sobre las emergencias relacionadas con la inocuidad de los alimentos;

4) a que potencien la integración de las consideraciones relacionadas con la inocuidad de los alimentos en las intervenciones nutricionales, de ayuda alimentaria y de seguridad alimentaria, a fin de reducir la aparición de enfermedades de transmisión alimentaria y de mejorar los resultados sanitarios de las poblaciones, en particular de los grupos vulnerables;

5) a que establezcan o mejoren la base de datos probatorios sobre la inocuidad de los alimentos a través de medidas sistemáticas de estimación y vigilancia de la carga de morbilidad, así como de evaluaciones completas de los riesgos y de las relaciones riesgos-beneficios, y a que presten apoyo a las actividades internacionales en estas esferas, y en particular a la iniciativa de la OMS para calcular la carga mundial de enfermedades de transmisión alimentaria por todas las causas más importantes (microbiológicas, parasitarias y químicas);

6) a que contribuyan a la realización oportuna de evaluaciones internacionales de los riesgos mediante la aportación de datos pertinentes y de conocimientos técnicos, con el fin de hacer frente de forma más eficiente y homogénea a las enfermedades de transmisión alimentaria y a los problemas de inocuidad de los alimentos que ponen en peligro la seguridad sanitaria mundial;

7) a que sigan desarrollando y manteniendo medidas preventivas sostenibles, incluidos los programas educativos sobre la inocuidad de los alimentos, destinadas a reducir la carga de enfermedades transmitidas por los alimentos mediante un enfoque sistémico que abarque la totalidad de la cadena de producción de alimentos, desde el productor hasta el consumidor;

8) a que fomenten el diálogo y la colaboración entre las disciplinas médicas, veterinarias y alimentarias, dentro de los Estados Miembros y entre ellos, centrándose en un esfuerzo integrado de reducción del riesgo de origen alimentario a lo largo de toda la cadena de producción de alimentos, teniendo en cuenta también los riesgos zoonóticos;

9) a que participen activamente en el proceso de elaboración de normas de la Comisión del Codex Alimentarius, y a que adopten las normas del Codex siempre que proceda;

2. PIDE a la Directora General:

- 1) que siga desarrollando la Red Internacional de Autoridades en materia de Inocuidad de los Alimentos mediante la aplicación de la estrategia mundial de la OMS en materia de inocuidad de los alimentos; que fomente la comunicación y el intercambio de datos técnicos sobre la evaluación de riesgos y las prácticas óptimas entre los miembros de la Red, que facilite la participación de los Estados Miembros en el funcionamiento y desarrollo de la Red y que aliente la incorporación de nuevos miembros a la Red Internacional de Autoridades en materia de Inocuidad de los Alimentos;
- 2) que refuerce la función de la Red Internacional de Autoridades en materia de Inocuidad de los Alimentos en las emergencias como componente crítico de las operaciones preventivas y de emergencia de la OMS en relación con la inocuidad de los alimentos, así como los vínculos con otras organizaciones internacionales y redes que actúen en este ámbito;
- 3) que siga ejerciendo el liderazgo mundial en la aportación de asistencia técnica e instrumentos que atiendan las necesidades de los Estados Miembros y de la Secretaría en materia de estimaciones científicas de los riesgos de origen alimentario y de la carga de enfermedades transmitidas por los alimentos, cualquiera que sea su causa;
- 4) que fomente la inclusión de la inocuidad de los alimentos en el debate internacional sobre las crisis de alimentos y las emergencias por hambre, y que proporcione apoyo técnico a los Estados Miembros y a los organismos internacionales para que tomen en consideración de forma completa e integrada los temas relacionados con la inocuidad de los alimentos, la nutrición y la seguridad alimentaria;
- 5) que haga un seguimiento periódico de la carga mundial de enfermedades zoonóticas y de transmisión alimentaria desde las perspectivas nacional, regional e internacional, y que informe a los Estados Miembros;
- 6) que fomente la investigación, en particular sobre la inocuidad y la calidad de los alimentos tradicionales y sobre la asociación de los peligros derivados de los alimentos con las enfermedades agudas y crónicas, con miras a respaldar las estrategias basadas en datos probatorios destinadas a controlar y prevenir las enfermedades zoonóticas y transmitidas por los alimentos, tales como el sistema de análisis de peligros en puntos críticos de control;
- 7) que apoye a los Estados Miembros en la creación de capacidades pertinentes para mejorar la colaboración intersectorial y las acciones a escala internacional, regional y nacional a lo largo de toda la cadena de producción de alimentos, y en particular la evaluación, gestión y comunicación de los riesgos zoonóticos y derivados de los alimentos;
- 8) que formule orientaciones sobre los aspectos de salud pública relacionados con las enfermedades zoonóticas originadas en la interacción entre los animales y los humanos, y en particular con la prevención, la detección y la respuesta;
- 9) que preste apoyo suficiente y sostenible a los órganos mixtos FAO/OMS de expertos, a la Comisión del Codex Alimentarius y a la Red Internacional de Autoridades en materia de Inocuidad de los Alimentos con miras a fomentar a nivel internacional la realización, entrega, utilización e intercambio de evaluaciones y asesoramientos científicos sobre los riesgos; que apoye la elaboración de normas alimentarias internacionales que protejan la salud y el bienestar nutricional de los consumidores, y que aborde y comunique de forma más eficaz los problemas relacionados con la inocuidad de los alimentos a nivel nacional e internacional;

10) que establezca, con la Red Internacional de Autoridades en materia de Inocuidad de los Alimentos, una iniciativa internacional para la colaboración entre asociados en materia de laboratorio en apoyo de la vigilancia de las enfermedades de transmisión alimentaria, la detección de la contaminación de alimentos y la respuesta de emergencia, incluida la investigación de brotes y la vinculación entre productos y enfermedades para respaldar la retirada de productos, y que incluya asimismo el establecimiento de mecanismos para el intercambio de datos;

11) que informe a la 65.^a Asamblea Mundial de la Salud, por conducto del Consejo Ejecutivo, acerca de los progresos realizados en la aplicación de la presente resolución.

(Séptima sesión plenaria, 20 de mayo de 2010 -
Comisión A, tercer informe)

WHA63.4 Informe financiero y estados financieros comprobados sobre el ejercicio 1 de enero de 2008 - 31 de diciembre de 2009

La 63.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe financiero y los estados financieros comprobados sobre el ejercicio 1 de enero de 2008 - 31 de diciembre de 2009;¹

Habiendo tomado nota del segundo informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 63.^a Asamblea Mundial de la Salud,²

ACEPTA el informe financiero de la Directora General y los estados financieros comprobados sobre el ejercicio 1 de enero de 2008 - 31 de diciembre de 2009.

(Octava sesión plenaria, 21 de mayo de 2010 -
Comisión B, primer informe)

WHA63.5 Escala de contribuciones para 2010-2011

La 63.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe sobre la escala de contribuciones para 2010-2011;³

Teniendo en cuenta que las Naciones Unidas han aprobado una nueva escala de cuotas para el ejercicio 2010-2012;⁴

¹ Documento A63/32.

² Documento A63/51 Rev.1.

³ Documento A63/31.

⁴ Resolución 64/248 de la Asamblea General de las Naciones Unidas.

Recordando que la Asamblea de la Salud, en su resolución WHA56.33, resolvió aceptar la más reciente escala de cuotas de las Naciones Unidas conocida como base para determinar las contribuciones señaladas a los Estados Miembros, teniendo en cuenta las diferencias de composición entre la OMS y las Naciones Unidas,

RESUELVE que la escala de contribuciones para el año 2011 sea la siguiente:

Miembros y Miembros Asociados	Escala de la OMS para 2011 %
Afganistán	0,0040
Albania	0,0100
Alemania	8,0186
Andorra	0,0070
Angola	0,0100
Antigua y Barbuda	0,0020
Arabia Saudita	0,8301
Argelia	0,1280
Argentina	0,2870
Armenia	0,0050
Australia	1,9331
Austria	0,8511
Azerbaiyán	0,0150
Bahamas	0,0180
Bahrein	0,0390
Bangladesh	0,0100
Barbados	0,0080
Belarús	0,0420
Bélgica	1,0751
Belice	0,0010
Benin	0,0030
Bhután	0,0010
Bolivia (Estado Plurinacional de)	0,0070
Bosnia y Herzegovina	0,0140
Botswana	0,0180
Brasil	1,6111
Brunei Darussalam	0,0280
Bulgaria	0,0380
Burkina Faso	0,0030
Burundi	0,0010
Cabo Verde	0,0010
Camboya	0,0030
Camerún	0,0110
Canadá	3,2072
Chad	0,0020
Chile	0,2360
China	3,1892
Chipre	0,0460
Colombia	0,1440
Comoras	0,0010
Congo	0,0030
Costa Rica	0,0340

Miembros y Miembros Asociados	Escala de la OMS para 2011 %
Côte d'Ivoire	0,0100
Croacia	0,0970
Cuba	0,0710
Dinamarca	0,7361
Djibouti	0,0010
Dominica	0,0010
Ecuador	0,0400
Egipto	0,0940
El Salvador	0,0190
Emiratos Árabes Unidos	0,3910
Eritrea	0,0010
Eslovaquia	0,1420
Eslovenia	0,1030
España	3,1772
Estados Unidos de América	22,0000
Estonia	0,0400
Etiopía	0,0080
Ex República Yugoslava de Macedonia	0,0070
Federación de Rusia	1,6021
Fiji	0,0040
Filipinas	0,0900
Finlandia	0,5660
Francia	6,1234
Gabón	0,0140
Gambia	0,0010
Georgia	0,0060
Ghana	0,0060
Granada	0,0010
Grecia	0,6910
Guatemala	0,0280
Guinea	0,0020
Guinea-Bissau	0,0010
Guinea Ecuatorial	0,0080
Guyana	0,0010
Haití	0,0030
Honduras	0,0080
Hungría	0,2910
India	0,5340
Indonesia	0,2380
Irán (República Islámica del)	0,2330
Iraq	0,0200
Irlanda	0,4980
Islandia	0,0420
Islas Cook	0,0010
Islas Marshall	0,0010
Islas Salomón	0,0010
Israel	0,3840
Italia	4,9994
Jamahiriyá Árabe Libia	0,1290
Jamaica	0,0140

Miembros y Miembros Asociados	Escala de la OMS para 2011 %
Japón	12,5309
Jordania	0,0140
Kazajstán	0,0760
Kenya	0,0120
Kirguistán	0,0010
Kiribati	0,0010
Kuwait	0,2630
Lesotho	0,0010
Letonia	0,0380
Líbano	0,0330
Liberia	0,0010
Lituania	0,0650
Luxemburgo	0,0900
Madagascar	0,0030
Malasia	0,2530
Malawi	0,0010
Maldivas	0,0010
Mali	0,0030
Malta	0,0170
Marruecos	0,0580
Mauricio	0,0110
Mauritania	0,0010
México	2,3562
Micronesia (Estados Federados de)	0,0010
Mónaco	0,0030
Mongolia	0,0020
Montenegro	0,0040
Mozambique	0,0030
Myanmar	0,0060
Namibia	0,0080
Nauru	0,0010
Nepal	0,0060
Nicaragua	0,0030
Níger	0,0020
Nigeria	0,0780
Niue	0,0010
Noruega	0,8711
Nueva Zelandia	0,2730
Omán	0,0860
Países Bajos	1,8551
Pakistán	0,0820
Palau	0,0010
Panamá	0,0220
Papua Nueva Guinea	0,0020
Paraguay	0,0070
Perú	0,0900
Polonia	0,8281
Portugal	0,5110
Puerto Rico	0,0010
Qatar	0,1350

Miembros y Miembros Asociados	Escala de la OMS para 2011 %
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte	6,6045
República Árabe Siria	0,0250
República Centrafricana	0,0010
República Checa	0,3490
República de Corea	2,2602
República de Moldova	0,0020
República Democrática del Congo	0,0030
República Democrática Popular Lao	0,0010
República Dominicana	0,0420
República Popular Democrática de Corea	0,0070
República Unida de Tanzania	0,0080
Rumania	0,1770
Rwanda	0,0010
Saint Kitts y Nevis	0,0010
Samoa	0,0010
San Marino	0,0030
Santa Lucía	0,0010
Santo Tomé y Príncipe	0,0010
San Vicente y las Granadinas	0,0010
Senegal	0,0060
Serbia	0,0370
Seychelles	0,0020
Sierra Leona	0,0010
Singapur	0,3350
Somalia	0,0010
Sri Lanka	0,0190
Sudáfrica	0,3850
Sudán	0,0100
Suecia	1,0641
Suiza	1,1301
Suriname	0,0030
Swazilandia	0,0030
Tailandia	0,2090
Tayikistán	0,0020
Timor-Leste	0,0010
Togo	0,0010
Tokelau	0,0010
Tonga	0,0010
Trinidad y Tabago	0,0440
Túnez	0,0300
Turkmenistán	0,0260
Turquía	0,6170
Tuvalu	0,0010
Ucrania	0,0870
Uganda	0,0060
Uruguay	0,0270
Uzbekistán	0,0100
Vanuatu	0,0010
Venezuela (República Bolivariana de)	0,3140
Viet Nam	0,0330

Miembros y Miembros Asociados	Escala de la OMS para 2011 %
Yemen	0,0100
Zambia	0,0040
Zimbabwe	0,0030
TOTAL	100,0000

(Octava sesión plenaria, 21 de mayo de 2010 -
Comisión B, primer informe)

WHA63.6 Protección y seguridad del personal y los locales

La 63.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe «Protección y seguridad del personal y los locales, y plan de mejoras: protección y seguridad del personal», y habiendo tomado nota del informe conexo del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 63.^a Asamblea Mundial de la Salud;¹

Preocupada por la vulnerabilidad de la Organización con respecto a la protección y seguridad del personal;

Reconociendo el mecanismo financiero puesto en marcha por la Secretaría con el fin de garantizar la financiación sostenible de la seguridad;

Reconociendo las necesidades urgentes que se han identificado y la financiación necesaria para garantizar la protección y seguridad del personal y los locales;

Considerando el balance insuficiente del Fondo para Cuestiones de Seguridad,

1. RESUELVE abrir créditos por un importe de US\$ 10 millones con cargo a los ingresos no señalados procedentes de los Estados Miembros, cantidad que se destinará al Fondo para Cuestiones de Seguridad con el fin de sufragar los gastos en medidas urgentes para garantizar la protección y seguridad del personal y los locales;
2. PIDE a la Directora General que informe al Consejo Ejecutivo, en su 128.^a reunión, en enero de 2011, de la ejecución de los proyectos financiados por conducto del Fondo para Cuestiones de Seguridad.

(Octava sesión plenaria, 21 de mayo de 2010 -
Comisión B, primer informe)

¹ Documentos A63/35 y A63/54, respectivamente.

WHA63.7 Plan de mejoras

La 63.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe «Protección y seguridad del personal y los locales, y plan de mejoras: plan de mejoras»¹ y tomando nota del informe conexo del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo presentado a la 63.^a Asamblea Mundial de la Salud;²

Recordando la necesidad de aplicar un enfoque estratégico a la gestión de la infraestructura material de la Organización por conducto del plan de mejoras para el periodo 2010-2019;

Reconociendo que gran parte de los edificios de la OMS son antiguos y necesitan ser renovados y algunos no satisfacen ya las normas aceptables de seguridad, protección y eficiencia energética;

Habiendo examinado las medidas adoptadas por otras organizaciones del sistema de las Naciones Unidas para financiar las renovaciones, la construcción y las adquisiciones importantes;

Habiendo considerado asimismo las necesidades inmediatas y continuas de renovaciones, construcción y adquisiciones de la Organización, así como las opciones para financiar el plan de mejoras;

Habiendo examinado además los méritos de las opciones para establecer un mecanismo sostenible para financiar el Fondo para la Gestión de Bienes Inmuebles,

1. RESUELVE asignar US\$ 22 millones de los ingresos no señalados aportados por los Estados Miembros al Fondo para la Gestión de Bienes Inmuebles con el fin de sufragar los gastos de la renovación que se necesita con urgencia;
2. AUTORIZA a la Directora General:
 - 1) a que, al final de cada ejercicio financiero, asigne al Fondo para la Gestión de Bienes Inmuebles hasta US\$ 10 millones, según la disponibilidad, de los ingresos no señalados aportados por los Estados Miembros para financiar las obras incluidas en el plan de mejoras;
 - 2) a que proceda a solicitar los estudios técnicos e iniciar los trabajos de las obras urgentes mencionadas en el informe,¹ particularmente las relacionadas con el perímetro del recinto de la Sede y la construcción de los locales conexos;
3. PIDE a la Directora General que informe al Consejo Ejecutivo en su 128.^a reunión, en enero de 2011, acerca de la ejecución de las obras financiadas por conducto del Fondo para la Gestión de Bienes Inmuebles.

(Octava sesión plenaria, 21 de mayo de 2010 -
Comisión B, primer informe)

¹ Documento A63/36.

² Documento A63/55.

WHA63.8 Informe del Comisario de Cuentas

La 63.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe del Comisario de Cuentas a la Asamblea de la Salud;¹

Habiendo tomado nota del octavo informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 63.^a Asamblea Mundial de la Salud;²

ACEPTA el informe del Comisario de Cuentas a la Asamblea de la Salud.

(Octava sesión plenaria, 21 de mayo de 2010 -
Comisión B, primer informe)

WHA63.9 Sueldos de los titulares de puestos sin clasificar y de la Directora General

La 63.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Tomando nota de las recomendaciones del Consejo Ejecutivo acerca de la remuneración de los titulares de puestos sin clasificar y de la Directora General,

1. FIJA en US\$ 183 022 el sueldo bruto anual correspondiente a los cargos de Subdirector General y Director Regional, lo que, una vez deducidas las contribuciones del personal, resulta en un sueldo neto modificado de US\$ 131 964 (con familiares a cargo) o de US\$ 119 499 (sin familiares a cargo);
2. FIJA en US\$ 201 351 el sueldo bruto anual correspondiente al cargo de Director General Adjunto, lo que, una vez deducidas las contribuciones del personal, resulta en un sueldo neto modificado de US\$ 143 878 (con familiares a cargo) o de US\$ 129 483 (sin familiares a cargo);
3. FIJA en US\$ 247 523 el sueldo bruto anual correspondiente al cargo de Director General, lo que, una vez deducidas las contribuciones del personal, resulta en un sueldo neto modificado de US\$ 173 890 (con familiares a cargo) o de US\$ 154 641 (sin familiares a cargo);
4. DECIDE que todos esos ajustes salariales tengan efecto a partir del 1 de enero de 2010.

(Octava sesión plenaria, 21 de mayo de 2010 -
Comisión B, primer informe)

¹ Documento A63/37.

² Documento A63/56 Rev.1.

WHA63.10 Alianzas¹

La 63.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe sobre las alianzas;²

Reconociendo la acuciante necesidad y la contribución de la colaboración de la OMS para el logro de los resultados sanitarios, así como la diversidad de esa colaboración;

Tomando nota de que la Constitución de la OMS, el Undécimo Programa General de Trabajo, 2006-2015 y el Plan Estratégico a Plazo Medio 2008-2013 describen la colaboración y la coordinación como funciones básicas de la Organización;

Tomando nota, además, de la notable expansión de las alianzas y otras formas de colaboración en pro de la salud en el último decenio;

Considerando que es necesario que la OMS tenga una política que rijas su participación en alianzas y su acogida de alianzas de forma tal que evite la duplicación de las responsabilidades básicas de la OMS en las actividades de las alianzas;

Acogiendo con satisfacción la colaboración de la OMS con partes interesadas basada en una distinción clara de las funciones, que genera valor añadido y sinergias y fortalece la coordinación entre diferentes programas que promueven la consecución de resultados sanitarios mundiales y nacionales y reducen los costos de transacción,

1. RESPALDA la política relativa a la participación de la OMS en alianzas mundiales en pro de la salud y a los acuerdos de acogida;³
2. EXHORTA a los Estados Miembros a que tengan presente esa política al solicitar el compromiso del Director General en relación con las alianzas, en particular en lo que respecta a los acuerdos de acogida;
3. INVITA a las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, los asociados internacionales para el desarrollo, las instituciones financieras internacionales, las organizaciones no gubernamentales, los representantes de comunidades afectadas por enfermedades y las entidades del sector privado pertinentes, a que refuercen sinérgicamente su colaboración con la OMS para alcanzar los objetivos estratégicos establecidos en el Plan Estratégico a Plazo Medio 2008-2013;
4. PIDE a la Directora General:
 - 1) que siga colaborando con las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, los asociados internacionales para el desarrollo, las instituciones financieras internacionales, las organizaciones no gubernamentales, los representantes de comunidades afectadas por enfermedades y las entidades del sector privado pertinentes, en la aplicación del Plan Estratégico a Plazo Medio 2008-2013;

¹ En el documento A63/44 Add.1 se exponen las repercusiones financieras y administrativas de esta resolución para la Secretaría.

² Documento A63/44 y Corr.1.

³ Véase el anexo 1.

zo Medio 2008-2013, con el fin de hacer avanzar el programa de acción sanitaria mundial consignado en el Undécimo Programa General de Trabajo, 2006-2015;

- 2) que establezca un marco operacional relativo a la acogida de alianzas formales por parte de la OMS;
- 3) que, en la medida de lo posible y en consulta con las alianzas pertinentes, aplique a los actuales acuerdos de acogida la política relativa a la participación de la OMS en alianzas mundiales en pro de la salud y a los acuerdos de acogida, a fin de asegurar la compatibilidad de esos acuerdos con los principios plasmados en dicha política;
- 4) que presente al Consejo Ejecutivo toda propuesta de acogida de una alianza formal por la OMS, para que la examine y decida al respecto;
- 5) que informe a la 65.^a Asamblea Mundial de la Salud, por conducto del Consejo Ejecutivo acerca de los progresos realizados en la aplicación de la presente resolución y acerca de las diversas medidas adoptadas por la Secretaría en lo concerniente a la aplicación de la política relativa a las alianzas.

(Octava sesión plenaria, 21 de mayo de 2010 -
Comisión B, primer informe)

WHA63.11 Acuerdos con organizaciones intergubernamentales¹

La 63.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe sobre los acuerdos con organizaciones intergubernamentales: colaboración entre la OMS y el Office international des Épizooties² y la modificación que se propone introducir en el Acuerdo entre el Office international des Épizooties y la Organización Mundial de la Salud;³

Teniendo en cuenta el Artículo 70 de la Constitución de la OMS,

APRUEBA la siguiente modificación del Acuerdo entre el Office international des Épizooties y la Organización Mundial de la Salud:

El artículo 4 se modifica mediante la adición del texto siguiente, que se incorporará como párrafo 4.7: «La preparación conjunta de normas internacionales relacionadas con aspectos pertinentes de la producción pecuaria que tengan repercusiones en la inocuidad de los alimentos, en colaboración con otros organismos internacionales apropiados.»

(Octava sesión plenaria, 21 de mayo de 2010 -
Comisión B, primer informe)

¹ Véase el anexo 2.

² Documento A63/46.

³ *Documentos básicos*, 47.^a edición. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2009.

WHA63.12 Disponibilidad, seguridad y calidad de los productos sanguíneos^{1,2}

La 63.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe sobre disponibilidad, seguridad y calidad de los productos sanguíneos;³

Recordando la resolución WHA58.13 sobre la seguridad de la sangre: propuesta para el establecimiento del Día Mundial del Donante de Sangre, así como otras resoluciones conexas precedentes adoptadas con posterioridad a la resolución WHA28.72, sobre la utilización y el suministro de sangre y productos sanguíneos humanos, en las que se instaba a los Estados Miembros a que fomentasen la plena aplicación de programas de sangre sostenibles, coordinados a nivel nacional y bien organizados, con sistemas de regulación apropiados, y a que promulgasen leyes eficaces para controlar el funcionamiento de los servicios de sangre;

Reconociendo que el logro de la autosuficiencia, a menos que lo impidan circunstancias especiales, en el suministro de componentes sanguíneos seguros basado en la donación voluntaria y no remunerada de sangre, y la seguridad de ese suministro son metas nacionales importantes para prevenir las situaciones de escasez de sangre y atender las necesidades de transfusión de todos los pacientes;

Consciente de que los productos medicinales derivados del plasma utilizados en el tratamiento de la hemofilia y las enfermedades inmunitarias figuran en la Lista Modelo OMS de Medicamentos Esenciales,⁴ así como de que es necesario facilitar el acceso a esos productos en los países en desarrollo;

Preocupada por las desigualdades mundiales en el acceso a los productos sanguíneos, en particular a productos medicinales derivados del plasma, que dejan sin tratamiento adecuado a muchos pacientes necesitados de transfusiones y con enfermedades congénitas o adquiridas graves;

Consciente de que un importante factor limitante de la disponibilidad de productos medicinales derivados del plasma a nivel mundial es el suministro insuficiente de plasma que satisfaga las normas internacionales para el fraccionamiento;

Teniendo presente que el tratamiento con componentes sanguíneos lábiles se está introduciendo gradualmente en la práctica clínica en los países en desarrollo y que, por consiguiente, habrá que disponer de mayores cantidades de plasma para su fraccionamiento en productos medicinales, a fin de atender sus necesidades;

Preocupada por que los países en desarrollo carecen de tecnología de separación de los componentes sanguíneos y de capacidad de fraccionamiento, y por que, debido a deficiencias en materia de

¹ En el documento EB126/19 Add.1 se exponen las repercusiones financieras y administrativas de esta resolución para la Secretaría.

² La expresión «productos sanguíneos» ha sido definida por el Comité de Expertos de la OMS en Patrones Biológicos como sigue: «cualquier sustancia terapéutica derivada de la sangre humana, tales como la sangre entera, los componentes sanguíneos lábiles o los productos medicinales derivados del plasma».

³ Documento A63/20.

⁴ La Lista Modelo OMS de Medicamentos Esenciales comprende un conjunto de medicamentos con los que se pueden tratar de forma segura y eficaz la mayoría de las enfermedades transmisibles y no transmisibles. La Lista incluye productos medicinales derivados del plasma, como inmunoglobulinas y factores de la coagulación, necesarios para prevenir y tratar diversas afecciones graves que se dan en todas las regiones del mundo (<http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/index.html>).

controles reglamentarios y a que no se han implantado prácticas adecuadas en sus establecimientos de sangre, el plasma obtenido en esos países es a menudo inaceptable para contratar su fraccionamiento, con el consiguiente desperdicio de cantidades considerables de plasma;

Convencida de que para garantizar la idoneidad del plasma para fraccionamiento es necesario instaurar un programa de plasma sostenible y coordinado a nivel nacional inscrito en un programa nacional de sangre debidamente organizado y legalmente establecido y regulado;

Reconociendo que la capacidad de recolección de plasma es limitada y no bastaría para producir suficientes medicamentos esenciales que cubran las necesidades mundiales, es fundamental que todos los países posean capacidad local para recolectar plasma de calidad y seguridad aceptables procedente de donaciones voluntarias no remuneradas a fin de atender sus necesidades;

Convencida de que el fraccionamiento debería efectuarse lo más cerca posible de la fuente y de que los países que carecen de capacidad nacional de fraccionamiento del plasma deberían tener la posibilidad de fraccionarlo en otros países, velando por que los países suministradores de ese plasma puedan disponer de productos medicinales derivados del plasma para atender sus necesidades;

Reconociendo la creciente necesidad de tener acceso a información sobre estrategias que permitan suministrar productos sanguíneos suficientes para atender la demanda, mecanismos eficaces de supervisión reglamentaria, tecnologías que aseguren la calidad y seguridad de los productos sanguíneos, y directrices sobre el uso clínico adecuado de los productos sanguíneos y los riesgos de las transfusiones;

Teniendo presente que las donaciones de sangre voluntarias y no remuneradas pueden facilitar el logro de un alto nivel de seguridad de la sangre y los componentes sanguíneos, y siendo consciente de que la seguridad de los productos sanguíneos depende de que toda la sangre donada sea sometida a pruebas de detección de infecciones transmisibles por transfusión, así como del correcto etiquetado, conservación y transporte de los productos sanguíneos;

Teniendo presente que, según las orientaciones de la OMS sobre uso clínico óptimo, los tres pilares de la gestión de la sangre del paciente consisten en tomar todas las medidas razonables antes de la intervención quirúrgica para optimizar su volemia, reducir al mínimo la hemorragia y aprovechar y optimizar su nivel específico de tolerancia fisiológica a la anemia;¹

Reconociendo que el recurso excesivo y evitable a las transfusiones y a los productos medicinales derivados del plasma, las prácticas peligrosas y los errores de transfusión (en particular a la cabecera del paciente) comprometen seriamente la seguridad del enfermo;

Preocupada por que la falta de seguridad o la mala calidad de los productos sanguíneos pueden hacer a los pacientes vulnerables a riesgos evitables si los programas de sangre no se someten al grado de control que hoy ejercen las autoridades reguladoras nacionales o regionales con experiencia en la materia;

Alarmada por que los pacientes de los países en desarrollo siguen estando expuestos al riesgo de infecciones transfusionales prevenibles por patógenos de transmisión hematogena, como los virus de las hepatitis B y C o el VIH;

¹ *The clinical use of blood: handbook*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2002.

Observando el creciente movimiento transfronterizo de productos sanguíneos y dispositivos de diagnóstico in vitro relacionados con la seguridad de la sangre, así como su rápido desarrollo e introducción en los sistemas de atención sanitaria de los países desarrollados y en desarrollo;

Reconociendo la utilidad de las preparaciones biológicas internacionales de referencia de la OMS (patrones internacionales) en el control de la calidad de los productos sanguíneos y de los dispositivos de diagnóstico in vitro conexos usados para detectar patógenos transmitidos por la sangre ya conocidos o emergentes;

Convencida de que la trazabilidad en todas las fases de la preparación de los productos sanguíneos, desde el donante hasta el receptor y viceversa, es esencial para identificar los riesgos, en particular la transmisión de patógenos y las reacciones transfusionales, así como para vigilar la eficacia de las medidas correctivas aplicadas para reducir esos riesgos al mínimo;

Convencida de la necesidad de aplicar prácticas óptimas para la captación de donantes de sangre y plasma sanos, voluntarios y no remunerados entre poblaciones de donantes de bajo riesgo y el cribado de toda la sangre donada para detectar patógenos transmisibles por transfusión, y de que la totalidad de la cadena de procesos de producción de productos sanguíneos, es decir, el correcto procesamiento, etiquetado, conservación y transporte, tiene que estar cubierto por sistemas de garantía de la calidad pertinentes y fiables;

Reconociendo que una regulación estricta es fundamental para garantizar la calidad y la seguridad de los productos sanguíneos, así como de los dispositivos conexos de diagnóstico in vitro, y que se requieren medidas especiales para fortalecer a nivel mundial la capacidad técnica de los organismos de reglamentación a fin de lograr un control apropiado en todo el mundo;

Recordando resoluciones anteriores de la Asamblea de la Salud en las que se menciona la necesidad vital de fortalecer los centros de sangre para garantizar la calidad, seguridad y eficacia de los productos sanguíneos,

1. INSTA a los Estados Miembros:¹

- 1) a que tomen todas las medidas necesarias para establecer programas de sangre y plasma sostenibles, gestionados eficientemente y coordinados a nivel nacional, de acuerdo con la disponibilidad de recursos, así como para ponerlos en práctica y prestarles apoyo, con el fin de alcanzar la autosuficiencia, a menos que lo impidan circunstancias especiales;
- 2) a que tomen todas las medidas necesarias para actualizar sus reglamentos nacionales sobre la valoración y el aplazamiento de donantes, la obtención, el análisis, el procesamiento, la conservación, el transporte y el uso de los productos sanguíneos y el funcionamiento de las autoridades reguladoras a fin de que la regulación en la esfera de la calidad y seguridad de los productos sanguíneos a lo largo de toda la cadena de la transfusión se ajuste a las normas reconocidas internacionalmente;
- 3) a que establezcan sistemas de calidad para el procesamiento de la sangre entera y los componentes sanguíneos, prácticas adecuadas de fabricación para la producción de productos medicinales derivados del plasma y normas de regulación adecuadas, incluido el uso de dispositi-

¹ Y, cuando proceda, a las organizaciones de integración económica regional.

tivos de diagnóstico para prevenir con la mayor sensibilidad y especificidad posibles las enfermedades transmisibles por transfusión;

4) a que creen capacidad de recursos humanos ofreciendo formación inicial y continua para el personal a fin de garantizar la calidad de los servicios de sangre y de los productos sanguíneos;

5) a que mejoren la calidad de la evaluación y las medidas de regulación en el área de los productos sanguíneos y los dispositivos médicos, incluidos los dispositivos de diagnóstico in vitro;

6) a que establezcan sistemas que garanticen el uso seguro y racional de los productos sanguíneos, o refuercen los ya existentes, y a que proporcionen formación para todo el personal que interviene en las transfusiones clínicas, a fin de poner en práctica posibles soluciones para reducir al mínimo los errores de transfusión y promover la seguridad del paciente, y fomentar la disponibilidad de alternativas de transfusión como, cuando proceda, las autotransfusiones y la gestión de la sangre del paciente;

7) a que protejan la fiabilidad de sus mecanismos de notificación de reacciones graves o imprevistas asociadas a la donación de sangre y de plasma y a la recepción de componentes sanguíneos y productos medicinales derivados del plasma, incluida la transmisión de patógenos;

2. PIDE a la Directora General:

1) que oriente a los Estados Miembros para que se atengan a las normas reconocidas internacionalmente a la hora de actualizar sus leyes, normas nacionales y medidas de regulación orientadas a garantizar un control eficaz de la calidad y seguridad de los productos sanguíneos y los dispositivos médicos conexos, en particular de los empleados para el diagnóstico in vitro;

2) que asesore a los Estados Miembros y cree en ellos capacidad para dirigir y gestionar los sistemas de suministro de sangre a fin de reforzar unos programas nacionales coordinados y sostenibles de sangre y plasma mediante el intercambio de prácticas óptimas acerca de la estructura de organización de los sistemas de suministro de sangre, con el fin de incrementar la eficiencia y reducir al mínimo los errores;

3) que amplíe el apoyo prestado a los Estados Miembros para desarrollar y fortalecer sus organismos de reglamentación y laboratorios de control nacionales con miras a ampliar su competencia en materia de control de los productos sanguíneos y los dispositivos médicos conexos, incluidos los dispositivos de diagnóstico in vitro, y que promueva la creación de redes regionales de colaboración y regulación, cuando sea necesario y apropiado;

4) que vele por el desarrollo y el suministro sostenibles de las preparaciones biológicas internacionales de referencia de la OMS (patrones internacionales) que deben aplicarse al control de la calidad y la regulación de los productos sanguíneos y de los dispositivos de diagnóstico in vitro conexos;

5) que mejore el acceso de los países en desarrollo a las preparaciones biológicas internacionales de referencia y a la información científica obtenida en su validación, para garantizar que se haga un uso adecuado de esas preparaciones;

6) que elabore, proporcione y difunda orientaciones y apoyo técnico para reforzar los programas nacionales coordinados de sangre y plasma y la introducción de tecnología de separación de componentes sanguíneos y de fraccionamiento del plasma para atender las necesidades locales

y que promueva una supervisión reguladora efectiva de los servicios de sangre y la aplicación de prácticas adecuadas de fabricación en los programas de fraccionamiento de plasma, bajo la responsabilidad de las autoridades reguladoras;

7) que proporcione orientación, formación y apoyo a los Estados Miembros acerca del uso seguro y racional de los productos sanguíneos y para respaldar la introducción de alternativas a la transfusión, inclusive, cuando corresponda, las autotransfusiones, las prácticas de transfusión seguras y la gestión de la sangre del paciente;

8) que aliente la investigación de nuevas tecnologías para producir sucedáneos seguros y eficaces de la sangre;

9) que por conducto del Consejo Ejecutivo informe periódicamente a la Asamblea de la Salud, al menos cada cuatro años, sobre las medidas adoptadas por los Estados Miembros y otros asociados para aplicar la presente resolución.

(Octava sesión plenaria, 21 de mayo de 2010 -
Comisión B, segundo informe)

WHA63.13 Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol¹

La 63.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe sobre estrategias para reducir el uso nocivo del alcohol² y el proyecto de estrategia mundial recogido en su anexo;

Recordando las resoluciones WHA58.26, sobre los problemas de salud pública causados por el uso nocivo del alcohol, y WHA61.4, sobre las estrategias para reducir el uso nocivo del alcohol,

1. HACE SUYA la estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol;³
2. AFIRMA que la estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol tiene por objeto ofrecer orientación para actuar a todos los niveles y determinar esferas prioritarias para la acción mundial; y que se trata de una serie de opciones de política y medidas que pueden estudiarse para aplicarlas y adaptarlas según proceda a nivel nacional, teniendo en cuenta las circunstancias de los países, como el contexto religioso y cultural, las prioridades de salud pública, y los recursos y capacidades;
3. INSTA a los Estados Miembros:⁴
 - 1) a que adopten y apliquen la estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol según sea oportuno, con el fin de complementar y respaldar las políticas de salud pública de los Estados Miembros destinadas a reducir el uso nocivo del alcohol, y a que movilicen la voluntad política y los recursos financieros necesarios para tal fin;

¹ En el documento EB126/13 Add.1 se exponen las repercusiones financieras y administrativas de esta resolución para la Secretaría.

² Documento A63/13.

³ Véase el anexo 3.

⁴ Y, cuando proceda, a las organizaciones de integración económica regional.

- 2) a que continúen aplicando las resoluciones WHA61.4, sobre las estrategias para reducir el uso nocivo del alcohol, y WHA58.26, sobre los problemas de salud pública causados por el uso nocivo del alcohol;
 - 3) a que velen por que la aplicación de la estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol refuerce las iniciativas nacionales destinadas a proteger a las poblaciones en riesgo, los jóvenes y las personas afectadas por el consumo nocivo del alcohol de terceros;
 - 4) a que velen por que la aplicación de la estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol quede reflejada en los sistemas de seguimiento nacionales y por que se informe periódicamente al respecto al sistema de información de la OMS sobre el alcohol y la salud;
4. PIDE a la Directora General:
- 1) que asigne una prioridad suficientemente alta en la Organización a la prevención y reducción del uso nocivo del alcohol y la aplicación de la estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol, y que asegure los recursos financieros y humanos suficientes a todos los niveles;
 - 2) que colabore con los Estados Miembros y les proporcione apoyo, según proceda, en la aplicación de la estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol y el fortalecimiento de las respuestas nacionales a los problemas de salud pública causados por el uso nocivo del alcohol;
 - 3) que siga de cerca los progresos en la aplicación de la estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol y que informe al respecto, por conducto del Consejo Ejecutivo, a la 66.^a Asamblea Mundial de la Salud.

(Octava sesión plenaria, 21 de mayo de 2010 -
Comisión A, cuarto informe)

WHA63.14 Promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños¹

La 63.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe «Prevención y control de las enfermedades no transmisibles: aplicación de la estrategia mundial», y el conjunto de recomendaciones anexas sobre la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños,²

Recordando las resoluciones WHA53.17, sobre prevención y control de las enfermedades no transmisibles, y WHA60.23 «Prevención y control de las enfermedades no transmisibles: aplicación de la estrategia mundial»;

Reafirmando su compromiso de actuar sobre dos de los principales factores de riesgo de enfermedades no transmisibles, a saber, un régimen alimentario insalubre y la inactividad física, mediante la aplicación de la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud, aprobada por la Asamblea de la Salud en 2004 (resolución WHA57.17), y el plan de acción para aplicar la estra-

¹ En el anexo 9 se exponen las repercusiones financieras y administrativas de esta resolución para la Secretaría.

² Documento A63/12.

tegia mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles,¹ aprobado por la Asamblea de la Salud en 2008 (resolución WHA61.14);

Profundamente preocupada por la prevalencia elevada y en aumento de las enfermedades no transmisibles en los países de ingresos bajos y medianos, que aunadas a las enfermedades transmisibles que siguen afectando a los pobres representan una doble carga de morbilidad con graves consecuencias para la reducción de la pobreza y el desarrollo económico y agravan las desigualdades en materia de salud entre los países y dentro de ellos;

Profundamente preocupada por que, según se calcula, en 2010 más de 42 millones de niños menores de cinco años padecerán sobrepeso u obesidad, y casi 35 millones de ellos viven en países en desarrollo, y preocupada asimismo porque en casi todo el mundo la prevalencia de obesidad infantil está aumentando rápidamente;

Reconociendo que un régimen alimentario insalubre es uno de los principales factores de riesgo de enfermedades no transmisibles y que los riesgos que entraña un régimen alimentario insalubre empiezan en la niñez y van aumentando a lo largo de la vida;

Reconociendo que un régimen alimentario insalubre se acompaña de sobrepeso y obesidad y que los niños deberían mantener un peso saludable y consumir alimentos con poco contenido de grasas saturadas, ácidos grasos de tipo *trans*, azúcares libres o sal, para reducir el riesgo de contraer enfermedades no transmisibles en el futuro;

Enterada de las investigaciones que demuestran que la publicidad de productos alimentarios dirigida a los niños es amplia y que otras formas de promoción de dichos productos están generalizadas en todo el mundo;

Reconociendo que una parte considerable de esa publicidad es para promover alimentos ricos en grasas, azúcar o sal, y que los anuncios por la televisión influyen en las preferencias, las solicitudes de compra y los hábitos de consumo de los niños;

Reconociendo las medidas adoptadas hasta el momento por algunos segmentos del sector privado para reducir la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños, pero señalando al mismo tiempo la importancia del monitoreo independiente y transparente de los compromisos asumidos por el sector privado a escala nacional y mundial;

Reconociendo que algunos Estados Miembros ya han introducido leyes y políticas nacionales relativas a la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños,

1. HACE SUYO el conjunto de recomendaciones sobre la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños;²
2. INSTA a los Estados Miembros:
 - 1) a que adopten las medidas necesarias para aplicar las recomendaciones sobre la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños, teniendo en cuenta las leyes y políticas existentes, según corresponda;

¹ Documento A61/2008/REC/1, anexo 3.

² Véase el anexo 4.

- 2) a que determinen el enfoque normativo más idóneo para las circunstancias nacionales y formulen nuevas políticas o refuercen las políticas vigentes con la finalidad de reducir el efecto de la publicidad de alimentos ricos en grasas saturadas, ácidos grasos de tipo *trans*, azúcares libres o sal en los niños;
 - 3) a que establezcan un sistema para monitorear y evaluar la aplicación de las recomendaciones sobre la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños;
 - 4) a que tomen la iniciativa para establecer la colaboración entre gobiernos con el fin de reducir las repercusiones de la publicidad transfronteriza;
 - 5) a que cooperen con la sociedad civil y los interesados del sector público y el privado en la aplicación del conjunto de recomendaciones sobre la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños con el fin de reducir las repercusiones de dicha publicidad, y que al hacerlo procuren evitar posibles conflictos de intereses;
3. PIDE a la Directora General:
- 1) que brinde apoyo técnico a los Estados Miembros que lo soliciten para aplicar el conjunto de recomendaciones sobre la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños y para monitorear y evaluar su aplicación;
 - 2) que apoye las redes regionales existentes y, en su caso, facilite la creación de otras redes, con el fin de fortalecer la cooperación internacional para reducir los efectos de la publicidad de alimentos ricos en grasas saturadas, ácidos grasos de tipo *trans*, azúcares libres o sal en los niños;
 - 3) que coopere con la sociedad civil y los interesados del sector público y el privado en la aplicación del conjunto de recomendaciones sobre la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños, y que al hacerlo procure evitar posibles conflictos de intereses;
 - 4) que fortalezca la cooperación con otras organizaciones intergubernamentales e internacionales para promover la aplicación, por los Estados Miembros, de las recomendaciones sobre la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños;
 - 5) que aplique los métodos existentes para evaluar el plan de acción para aplicar la estrategia mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles con el fin de monitorear las políticas sobre la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños;
 - 6) que, por conducto del Consejo Ejecutivo, informe a la 65.^a Asamblea Mundial de la Salud sobre la aplicación del conjunto de recomendaciones sobre la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños, como parte del informe sobre los progresos logrados en la aplicación de la estrategia mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles y sobre la ejecución del plan de acción para aplicar dicha estrategia.

(Octava sesión plenaria, 21 de mayo de 2010 -
Comisión A, cuarto informe)

WHA63.15 Monitoreo del logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud¹

La 63.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe sobre el monitoreo del logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud;²

Recordando la resolución WHA61.18 sobre el monitoreo del logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud;

Recordando los resultados de las principales conferencias y cumbres de las Naciones Unidas en las esferas económica y social y en otras esferas conexas, especialmente los relacionados con la salud mundial, en particular el Documento Final de la Cumbre Mundial de 2005 y los compromisos adquiridos por la comunidad internacional para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio y los nuevos compromisos contraídos en la Reunión de Alto Nivel de las Naciones Unidas sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio (Nueva York, 25 de septiembre de 2008);

Subrayando la importancia que reviste el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud, sobre todo para favorecer el desarrollo socioeconómico;

Preocupada porque el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio varía de un país a otro y de un objetivo a otro;

Acogiendo con beneplácito la Declaración Ministerial adoptada con ocasión del examen ministerial anual celebrado por el Consejo Económico y Social en 2009, acerca del cumplimiento de los objetivos y compromisos convenidos internacionalmente en relación con la salud pública mundial;

Recordando la resolución 64/108 de la Asamblea General de las Naciones Unidas (10 de diciembre de 2009) sobre salud mundial y política exterior;

Reconociendo que los Objetivos de Desarrollo del Milenio están interrelacionados, y reiterando el compromiso de la Asamblea de la Salud en pro del continuo fortalecimiento de la alianza mundial para el desarrollo como elemento crucial para alcanzar esos Objetivos, en particular los relacionados con la salud, entre otras cosas mediante el fortalecimiento de la capacidad, la transferencia de tecnología, el intercambio de las mejores prácticas y las enseñanzas extraídas, la cooperación Sur-Sur y la previsibilidad de los recursos;

Recordando el Consenso de Monterrey de marzo de 2002 de alentar «a los países desarrollados que aún no lo hayan hecho a que adopten medidas concretas para dedicar el 0,7% de su producto interno bruto (PIB) como AOD» y «a los países en desarrollo a que consoliden los progresos logrados para utilizar eficazmente la AOD a fin de alcanzar sus metas y objetivos de desarrollo»;

Reafirmando los compromisos contraídos por muchos países desarrollados para alcanzar la meta de dedicar el 0,7% del ingreso nacional bruto a la asistencia oficial para el desarrollo en 2015,

¹ En el documento EB126/2010/REC/1, anexo 7 se exponen las repercusiones financieras y administrativas de esta resolución para la Secretaría.

² Documento A63/7.

y al menos el 0,56% del ingreso nacional bruto para 2010, así como la meta del 0,15%-0,20% para los países menos adelantados;

Acogiendo con agrado los esfuerzos cada vez mayores por mejorar la calidad de la ayuda oficial para el desarrollo y por mejorar su repercusión en el desarrollo, como es el caso del Foro sobre Cooperación para el Desarrollo del Consejo Económico y Social, los principios contenidos en la Declaración de París sobre la Eficacia de la Ayuda al Desarrollo y el Programa de Acción de Accra, y las experiencias de la Alianza Sanitaria Internacional y otros, para fortalecer la implicación nacional, el alineamiento, la armonización y la gestión en pro de los resultados;

Tomando nota de la labor realizada por el Grupo piloto sobre financiamientos innovadores para el desarrollo y por el Grupo de trabajo de alto nivel sobre financiación internacional innovadora para los sistemas sanitarios, de las promesas de fondos adicionales realizadas por varios países para aumentar la financiación de la salud, y de los anuncios realizados por varios países en la Reunión de Alto Nivel sobre Salud de la Asamblea General de las Naciones Unidas (Nueva York, 23 de septiembre de 2009) para implantar el acceso universal a una atención básica de salud asequible, incluida la prestación de servicios gratuitos para mujeres y niños en el punto de atención que los países decidan, así como mecanismos de financiación de la protección sanitaria social;

Acogiendo con beneplácito la importante iniciativa del Secretario General de las Naciones Unidas y el trabajo del plan de acción conjunto para mejorar la salud de la madre y el niño y su invitación a que todos los Estados Miembros se involucren;

Expresando su preocupación ante la relativa lentitud de los progresos realizados para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio, especialmente en el África subsahariana;

Expresando su profunda preocupación por la débil capacidad institucional en materia de sistemas de información sanitaria, la inadecuada cobertura y la mala calidad de los registros civiles en los países en desarrollo, que entorpecen el progreso hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio;

Profundamente preocupada por el hecho de que la salud de la madre, el recién nacido y el niño y el acceso universal a los servicios de salud reproductiva siguen viéndose frenados por las inequidades en salud, y por la lentitud de los progresos hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio 4 y 5, relativos a la mejora de la salud de la madre y el niño;

Felicitándose por la contribución de todos los asociados pertinentes y los progresos logrados hacia la meta del acceso universal a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo contra el VIH/sida;

Reafirmando el papel rector de la OMS como principal organismo de las Naciones Unidas especializado en la salud, en particular sus funciones en materia de políticas sanitarias con arreglo a su mandato;

Acogiendo con satisfacción el informe de la OMS sobre las mujeres y la salud¹ como un paso importante para impulsar los derechos de la mujer y la igualdad de género, subrayar la necesidad de abordar la salud de la mujer mediante estrategias integrales centradas en las causas fundamentales de discriminación, y resaltar la importancia del fortalecimiento de los sistemas de salud para responder mejor a las necesidades de salud de las mujeres en términos de acceso y exhaustividad;

¹ *Las mujeres y la salud: los datos de hoy, la agenda de mañana*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2009.

Reconociendo que unos sistemas de salud basados en los principios de abordar las desigualdades sanitarias mediante el acceso universal, garantizar la centralidad de las personas en la atención, integrar la salud en políticas públicas más amplias y desempeñar un liderazgo inclusivo en el campo de la salud son esenciales para lograr mejoras sostenibles de la salud;

Reconociendo asimismo la creciente carga de enfermedades no transmisibles en todo el mundo, y recordando la importancia de prevenir las enfermedades infecciosas que siguen representando una gran carga, particularmente en los países en desarrollo, los efectos adversos de las crisis alimentarias, ambientales, económicas y financieras en la población, en particular entre los más pobres y los más vulnerables, que pueden conducir a un mayor nivel de malnutrición, así como a retrocesos en la prosecución del Objetivo de Desarrollo del Milenio 1 (Erradicar la pobreza extrema y el hambre) y de los Objetivos relacionados con la salud, así como en los avances realizados en los dos últimos decenios,

1. INSTA a los Estados Miembros:

- 1) a que fortalezcan los sistemas de salud para obtener resultados sanitarios equitativos mediante un enfoque amplio de la prosecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio 4, 5 y 6, subrayando la necesidad de establecer sistemas nacionales de salud sostenibles y fortalecer las capacidades nacionales centrandó la atención, entre otras cosas, en la prestación de servicios, la financiación de los sistemas de salud, el personal sanitario, los sistemas de información sanitaria, la adquisición y distribución de medicamentos, vacunas y tecnologías, la salud sexual y reproductiva y la voluntad política en materia de liderazgo y gobernanza;
- 2) a que revisen las políticas, en particular las referentes a contratación, formación y retención, que agravan el problema de la falta de personal sanitario y su desigual distribución, dentro de los países y en todo el mundo, en particular la escasez que sufre el África subsahariana, que socava los sistemas de salud de los países en desarrollo;
- 3) a que reafirmen los valores y principios de la atención primaria, en particular la equidad, la solidaridad, la justicia social, el acceso universal a los servicios, la acción multisectorial, la transparencia, la responsabilización, la descentralización y la participación y empoderamiento de la comunidad, como base del fortalecimiento de los sistemas de salud, apoyando para ello la salud y el desarrollo, teniendo en cuenta el liderazgo, las políticas públicas, la cobertura universal y las reformas de la prestación de servicios necesarias para fortalecer la atención primaria de salud;
- 4) a que tengan en cuenta la equidad sanitaria en todas las políticas nacionales relativas a los determinantes sociales de la salud, y a que consideren la posibilidad de establecer políticas de protección social integrales y universales, o reforzar las ya existentes, que abarquen el fomento de la salud, la prevención de las enfermedades infecciosas y no transmisibles y la atención sanitaria, y que promuevan la disponibilidad de los bienes y servicios esenciales para la salud y el bienestar y el acceso a los mismos;
- 5) a que sigan comprometiéndose a aumentar la inversión en los recursos humanos y financieros y a fortalecer los sistemas nacionales de información sanitaria con el fin de generar datos exactos, fiables y puntuales acerca de la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio;
- 6) a que renueven su compromiso para prevenir y eliminar la mortalidad y morbilidad de la madre, el recién nacido y el niño, sobre la base de una continuidad asistencial efectiva, el fortalecimiento de los sistemas de salud y unas estrategias y programas integrados que aborden las causas fundamentales de las desigualdades en materia de género y la falta de acceso a una atención y una salud reproductiva adecuadas, incluidas la planificación de la familia y la salud

sexual; promoviendo el respeto de los derechos de la mujer; y expandiendo los esfuerzos encaminados a lograr una gestión integrada de la atención de salud del recién nacido y el niño, incluidas medidas que aborden las causas principales de mortalidad en la niñez, en particular por medio de intervenciones que aumenten las tasas de lactancia exclusiva y continuada;

7) a que amplíen considerablemente los esfuerzos desplegados para lograr la meta del acceso universal a las medidas de prevención, tratamiento, atención y apoyo contra la infección por VIH para 2010 y la meta de detener y comenzar a reducir la propagación del VIH/sida para 2015;

8) a que optimicen las sinergias entre la respuesta al VIH/sida y el fortalecimiento de los sistemas de salud y el apoyo social;

9) a que mejoren las políticas para afrontar los desafíos que plantea la malaria, en particular la vigilancia de la farmacorresistencia en el tratamiento combinado basado en la artemisinina;

10) a que mantengan y refuercen los avances logrados en la lucha contra la tuberculosis, y a que formulen estrategias innovadoras de prevención, detección y tratamiento de la tuberculosis, incluidos los medios necesarios para afrontar nuevas amenazas como son la coinfección por VIH, la tuberculosis multirresistente y la tuberculosis ultrarresistente;

11) a que mantengan sus compromisos en apoyo de la erradicación de la poliomielitis y los esfuerzos para eliminar el sarampión;

12) a que en las iniciativas bilaterales y multilaterales dirigidas al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, en particular las de cooperación Sur-Sur, incluyan las mejores prácticas para el fortalecimiento de los servicios de salud;

13) a que apoyen a los países en desarrollo en el cometido nacional de cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio, en particular los relacionados con la salud, entre otras cosas mediante el fortalecimiento de la capacidad, la transferencia de tecnología, el intercambio de las mejores prácticas y las enseñanzas extraídas, la cooperación Sur-Sur y la previsibilidad de los recursos;

14) a que cumplan sus compromisos con respecto a la ayuda oficial para el desarrollo a más tardar en 2015;

15) a que cumplan y mantengan los compromisos políticos y financieros de los gobiernos de los países en desarrollo en la obtención de las asignaciones presupuestarias adecuadas para los sectores de la salud;

2. INVITA a los organismos involucrados del sistema de las Naciones Unidas, los asociados y organismos en pro del desarrollo internacional, las instituciones financieras internacionales, las organizaciones no gubernamentales y las entidades del sector privado a que sigan apoyando y consideren la posibilidad de aumentar el apoyo a los países, particularmente en el África subsahariana, para la elaboración y aplicación de políticas sanitarias y planes nacionales de desarrollo sanitario que sean congruentes con los objetivos de salud internacionalmente acordados, en particular los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

3. PIDE a la Directora General:

1) que siga desempeñando una función de liderazgo en el monitoreo del logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud, en particular de los progresos hacia la cobertura universal de los servicios esenciales para esos objetivos;

- 2) que, en el marco del Plan Estratégico a Plazo Medio 2008-2013 de la OMS, siga cooperando estrechamente con todas las organizaciones de las Naciones Unidas y otras organizaciones internacionales que participan en la prosecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, haciendo especial hincapié en un uso eficiente de los recursos basado en los mandatos y competencias básicas respectivos, evitando la duplicación de esfuerzos y la fragmentación de la ayuda, y promoviendo la coordinación de la labor de los organismos internacionales;
- 3) que preste apoyo a los Estados Miembros en sus esfuerzos encaminados a fortalecer sus sistemas de salud, remediar el problema de la falta de personal sanitario, reafirmar los valores y principios de la atención primaria, abordar los determinantes sociales de la salud, y fortalecer sus políticas públicas orientadas a fomentar el pleno acceso a la protección sanitaria y social, incluido un mayor acceso a los medicamentos de calidad necesarios para apoyar la atención de salud destinada a, entre otros, los sectores más vulnerables de la sociedad;
- 4) que promueva la uniformización y la coordinación de intervenciones mundiales en pro del fortalecimiento de los sistemas de salud, aplicando la perspectiva de la atención primaria de salud, en colaboración con los Estados Miembros, las organizaciones internacionales pertinentes, iniciativas sanitarias internacionales, y otras partes interesadas con el fin de aumentar las sinergias entre las prioridades internacionales y nacionales;
- 5) que explicita y presente a la Asamblea de la Salud, en el marco de su plan de acción para la renovación de la atención primaria, las medidas con que la Secretaría prevé reforzar su apoyo al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio 4, 5 y 6;
- 6) que colabore con todos los asociados pertinentes para lograr altas tasas de cobertura de inmunización con vacunas asequibles de calidad garantizada;
- 7) que dirija las actividades a realizar con todos los asociados pertinentes para contribuir a que la acción referente a los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud sea uno de los temas principales de la Sesión Plenaria de Alto Nivel de las Naciones Unidas relativa a los Objetivos de Desarrollo del Milenio (Nueva York, 20-22 de septiembre de 2010);
- 8) que siga reuniendo y compilando las pruebas científicas necesarias para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud y las difunda a todos los Estados Miembros;
- 9) que presente cada año a la Asamblea de la Salud, por conducto del Consejo Ejecutivo, un informe sobre los progresos realizados hacia el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud, incluidos los obstáculos principales y la manera de superarlos;
- 10) que ayude a los Estados Miembros a establecer sistemas fiables de información sanitaria que les permitan ofrecer datos de calidad para el seguimiento y la evaluación de los Objetivos de Desarrollo del Milenio;

(Octava sesión plenaria, 21 de mayo de 2010 -
Comisión A, cuarto informe)

WHA63.16 Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud¹

La 63.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo considerado el proyecto revisado de código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud, anexo al informe de la Secretaría titulado «Contratación internacional de personal de salud: proyecto de código de prácticas mundial»,²

1. ADOPTA, de conformidad con el Artículo 23 de la Constitución de la OMS, el Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud;³
2. DECIDE que el primer examen de la pertinencia y eficacia del Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud sea efectuado por la 68.^a Asamblea Mundial de la Salud;
3. PIDE a la Directora General:
 - 1) que apoye en todo lo posible a los Estados Miembros que lo soliciten en la aplicación del Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud;
 - 2) que coopere con todas las partes interesadas en la aplicación y el monitoreo del Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud;
 - 3) que, en consulta con los Estados Miembros, prepare rápidamente unas directrices para los conjuntos mínimos de datos, el intercambio de información y los informes sobre la aplicación del Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud;
 - 4) que, basándose en los informes periódicos, formule las propuestas que estime necesarias para revisar el Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud en consonancia con el primer examen y para aplicar las medidas necesarias para su aplicación eficaz.

(Octava sesión plenaria, 21 de mayo de 2010 -
Comisión A, cuarto informe)

¹ En el anexo 9 se exponen las repercusiones financieras y administrativas de esta resolución para la Secretaría.

² Documento A63/8.

³ Véase el anexo 5.

WHA63.17 Defectos congénitos¹

La 63.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe sobre defectos congénitos;²

Preocupada por el elevado número de defunciones prenatales y neonatales que se registran en todo el mundo y por la importante contribución de la mortalidad neonatal a la mortalidad de los niños menores de cinco años;

Reconociendo la importancia de los defectos congénitos como causa de mortalidad prenatal y neonatal;

Teniendo presente que existen intervenciones eficaces para prevenir los defectos congénitos, incluida la prestación de servicios genéticos comunitarios apropiados, que se pueden integrar en los servicios de salud materno-infantil y reproductiva, así como intervenciones que reducen la exposición a los factores de riesgo de defectos congénitos;

Preocupada por la insuficiente cobertura de las intervenciones de salud materna, del recién nacido y del niño y por los obstáculos que aún limitan el acceso a los servicios sanitarios en los países más afectados por la mortalidad materna, neonatal y del niño;

Consciente de que para lograr el Objetivo de Desarrollo del Milenio 4 (reducir la mortalidad de los niños menores de cinco años) será necesario acelerar el ritmo de reducción de la mortalidad neonatal, con inclusión de la prevención y el tratamiento de los defectos congénitos;

Reconociendo que la inexistencia o las deficiencias de los sistemas de registro civil de los países en desarrollo y los registros inexactos de las causas de muerte constituyen importantes obstáculos a la hora de estimar la magnitud de los problemas de salud pública atribuibles a los defectos congénitos;

Recordando la resolución WHA58.31, en la que la Asamblea de la Salud abogó por la cobertura universal en las intervenciones de salud materna, del recién nacido y del niño e instó a los Estados Miembros a que consignaran recursos y aceleraran la aplicación de medidas nacionales para establecer un proceso ininterrumpido de atención de salud reproductiva, materna, del recién nacido y del niño, así como la resolución WHA57.13, en la que se reconoció que la genómica encierra grandes posibilidades para la salud pública;

Reconociendo que la prevalencia de los defectos congénitos varía entre las comunidades y que la falta de datos epidemiológicos adecuados puede obstaculizar el suministro de un tratamiento eficaz y equitativo;

Reconociendo que los trastornos congénitos obedecen a causas y determinantes diversos, entre ellos factores prevenibles tales como los de carácter infeccioso o nutricional, las enfermedades prevenibles mediante vacunación, consumo de alcohol, medicamentos, tabaco o drogas, o la exposición a sustancias químicas, sobre todo a plaguicidas;

¹ En el documento EB126/2010/REC/1, anexo 7 se exponen las repercusiones financieras y administrativas de esta resolución para la Secretaría.

² Documento A63/10.

Profundamente preocupada por que los defectos congénitos aún no se reconozcan como problema prioritario de salud pública;

Preocupada por la limitación de los recursos que se destinan a la prevención y el tratamiento de los defectos congénitos antes y después del nacimiento, en particular en los países de ingresos medios y bajos;

1. INSTA a los Estados Miembros:

- 1) a que fomenten la sensibilización de todas las partes interesadas pertinentes, incluidos los funcionarios gubernamentales, los profesionales de la salud, la sociedad civil y el público, acerca de la importancia de los defectos congénitos como causa de morbilidad y mortalidad infantil;
- 2) a que establezcan prioridades, consignen recursos y formulen planes y actividades para integrar intervenciones eficaces¹ de prevención de los defectos congénitos y atención a los niños con defectos congénitos en los servicios existentes de salud materno-infantil y reproductiva y de bienestar social, con inclusión de orientaciones integrales, información y sensibilización, para atender a todas las personas, y a que apliquen intervenciones eficaces para prevenir el consumo de tabaco y alcohol durante el embarazo;
- 3) a que promuevan la aplicación de normas internacionalmente reconocidas que regulen el uso de sustancias químicas en el aire, el agua y el suelo;
- 4) a que amplíen la cobertura de medidas preventivas eficaces, tales como la vacunación contra la rubéola, la administración de suplementos de ácido fólico o los programas para hacer frente al consumo de tabaco y alcohol entre las embarazadas y las mujeres que están intentando concebir, y de programas de educación sanitaria destinados a la población en general y a los grupos de alto riesgo que abarquen las cuestiones éticas, jurídicas y sociales asociadas con los defectos congénitos, y a que promuevan el establecimiento de organizaciones de padres y pacientes, así como de servicios genéticos comunitarios apropiados;
- 5) a que creen sistemas de registro civil y de vigilancia de los defectos congénitos, y refuercen los existentes, en el marco de los sistemas nacionales de información sanitaria con miras a disponer de información exacta para tomar decisiones sobre la prevención y el control de dichos defectos y seguir prestando atención y apoyo a las personas afectadas por los defectos congénitos;
- 6) a que desarrollen conocimientos especializados y creen capacidad en materia de prevención y tratamiento de los defectos congénitos y atención a los niños con defectos congénitos;
- 7) a que intensifiquen las investigaciones y los estudios sobre etiología, diagnóstico y prevención de los principales defectos congénitos y promuevan la cooperación internacional para combatir estas afecciones;
- 8) a que fomenten la sensibilización de todas las partes interesadas pertinentes, incluidos los funcionarios gubernamentales, los profesionales de la salud, la sociedad civil y el público, acerca de la importancia de los programas de detección para recién nacidos y su función en la identificación de lactantes con defectos congénitos;

¹ Véase el anexo 6.

9) a que adopten todas las medidas necesarias para velar por que los niños con discapacidades disfruten plenamente de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales, en pie de igualdad con los demás niños, a que otorguen prioridad al bienestar de los niños, y a que faciliten los esfuerzos que despliegan las familias en el cuidado y la crianza de los niños, y les presten apoyo;

10) a que presten apoyo a las familias con niños con defectos congénitos y discapacidades asociadas, y velen por que los niños con discapacidades reciban la rehabilitación y el apoyo apropiados;

2. PIDE a la Directora General:

1) que promueva la recopilación de datos sobre la carga mundial de mortalidad y morbilidad debida a los defectos congénitos y estudie la posibilidad de ampliar los grupos de anomalías congénitas incluidos en la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexos (décima edición), cuando ésta se revise;

2) que siga colaborando con la Organización Internacional de Vigilancia e Investigación de los Defectos de Nacimiento para mejorar la recopilación de datos sobre la carga mundial de mortalidad y morbilidad debida a los defectos congénitos;

3) que preste apoyo a los Estados Miembros en la formulación de planes nacionales para aplicar intervenciones eficaces encaminadas a la prevención y el tratamiento de los defectos congénitos¹ en el marco de sus planes nacionales de salud materna, del recién nacido y del niño; en el fortalecimiento de los sistemas de salud y la atención primaria, en particular incrementando la cobertura de vacunación de enfermedades tales como el sarampión y la rubéola; en la detención del consumo de tabaco y alcohol entre las embarazadas y las mujeres que estén intentando concebir, y las estrategias de enriquecimiento de los alimentos con el fin de prevenir defectos congénitos; y en la promoción de un acceso equitativo a esos servicios;

4) que apoye a los Estados Miembros en la elaboración de directrices éticas y jurídicas en relación con los defectos congénitos;

5) que apoye a los Estados Miembros en la prestación de servicios genéticos comunitarios apropiados como parte del sistema de atención primaria de salud;

6) que promueva la cooperación técnica entre los Estados Miembros, las organizaciones no gubernamentales y otros órganos pertinentes con miras a la prevención de los defectos congénitos;

7) que apoye y facilite las actividades de investigación sobre prevención y tratamiento de los defectos congénitos a fin de mejorar la calidad de vida de las personas que padecen esos trastornos;

8) que informe a la 67.^a Asamblea Mundial de la Salud, por conducto del Consejo Ejecutivo, sobre los progresos realizados en la aplicación de la presente resolución.

(Octava sesión plenaria, 21 de mayo de 2010 -
Comisión A, quinto informe)

¹ Véase el anexo 6.

WHA63.18 Hepatitis virales¹

La 63.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe sobre hepatitis virales;²

Teniendo en cuenta que alrededor de 2000 millones de personas se han infectado con el virus de la hepatitis B y que unos 350 millones de personas padecen la forma crónica de la enfermedad;

Considerando que la hepatitis C no es aún prevenible mediante vacunación y que en aproximadamente el 80% de los casos esa infección se vuelve crónica;

Considerando la gravedad de las hepatitis virales como un problema de salud pública mundial y la necesidad de sensibilizar a los gobiernos, a todas las partes y a las poblaciones para que adopten medidas de promoción de la salud, y de prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad;

Expresando su preocupación por la falta de progresos en materia de prevención y control de las hepatitis virales en los países en desarrollo, especialmente en el África subsahariana, debido a la falta de acceso a tratamientos y atención asequibles y apropiados, así como de un enfoque integrado de la prevención y las medidas de control de la enfermedad;

Considerando la necesidad de abordar con una perspectiva global todas las formas de hepatitis viral, prestando especial atención a las hepatitis virales B y C, que son las que conllevan mayores tasas de morbilidad;

Recordando que una de las vías de transmisión de los virus de las hepatitis B y C es la parenteral y que la Asamblea de la Salud, en su resolución WHA28.72 sobre la utilización y el suministro de sangre y productos sanguíneos humanos recomendó el establecimiento de servicios públicos nacionales de donación de sangre, y en la resolución WHA58.13 acordó instituir el Día Mundial del Donante de Sangre, y que en ambas resoluciones la Asamblea de la Salud reconoció la necesidad de que las personas que reciben sangre tengan acceso a sangre segura;

Reafirmando la resolución WHA45.17 sobre inmunización y calidad de las vacunas, que insta a los Estados Miembros a incluir las vacunas contra la hepatitis B en los programas nacionales de inmunización;

Considerando la necesidad de reducir las tasas de mortalidad por cáncer hepático, y el hecho de que las hepatitis virales causan el 78% de los casos de cáncer hepático primario;

Considerando los vínculos de colaboración existentes entre las medidas de prevención y control de las hepatitis virales y las de enfermedades infecciosas como el VIH y otras enfermedades de transmisión sexual o sanguínea;

Reconociendo la necesidad de reducir la incidencia para prevenir y controlar las hepatitis virales, de facilitar el acceso a un diagnóstico correcto y de poner en marcha programas de tratamiento en todas las regiones;

¹ En el documento EB126/2010/REC/1, anexo 7 se exponen las repercusiones financieras y administrativas de esta resolución para la Secretaría.

² Documento A63/15.

Reconociendo asimismo la necesidad de universalizar las prácticas de inyección seguras que promueve la Red Mundial OMS en pro de la Seguridad de las Inyecciones (SIGN),

1. RESUELVE que el 28 de julio, o la fecha que cada Estado Miembro decida, sea designado Día Mundial contra la Hepatitis, como oportunidad para educar al respecto y lograr que se comprenda mejor el problema de salud pública mundial que suponen las hepatitis virales, así como para estimular el fortalecimiento de las medidas preventivas y de control de esas enfermedades en los Estados Miembros;
2. INSTA a los Estados Miembros:
 - 1) a que implementen sistemas de vigilancia epidemiológica o mejoren los existentes y refuercen la capacidad de laboratorio, cuando proceda, a fin de obtener información fiable para orientar las medidas de prevención y control;
 - 2) a que apoyen o posibiliten sistemas integrados y costoeficaces de prevención, control y tratamiento de las hepatitis virales, teniendo en cuenta su relación con coinfecciones asociadas como el VIH, mediante la colaboración multisectorial entre las instituciones sanitarias y educativas, organizaciones no gubernamentales y la sociedad civil, incluidas medidas para reforzar la seguridad y calidad y la regulación de los productos sanguíneos;
 - 3) a que incorporen en su contexto específico las políticas, estrategias e instrumentos recomendados por la OMS con el fin de definir y aplicar medidas preventivas y diagnósticas y brindar asistencia a la población afectada por las hepatitis virales, y en particular a las poblaciones migrantes y vulnerables;
 - 4) a que fortalezcan los sistemas nacionales de salud para abordar eficazmente la prevención y el control de las hepatitis virales mediante medidas de promoción de la salud y vigilancia nacional, incluidos instrumentos para la prevención, el diagnóstico, y el tratamiento de las hepatitis virales, la vacunación, la información, la comunicación y la seguridad de las inyecciones;
 - 5) a que ofrezcan estrategias de vacunación, medidas de control de las infecciones y medios para garantizar la seguridad de las inyecciones para los profesionales de la salud;
 - 6) a que usen recursos nacionales e internacionales, ya sea humanos o económicos, para respaldar el fortalecimiento de los sistemas de salud a fin de ofrecer a las poblaciones locales las intervenciones más costoeficaces y asequibles adaptadas a la situación epidemiológica local;
 - 7) a que consideren, según sea necesario, mecanismos legislativos nacionales para el uso de las flexibilidades mencionadas en el Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio con el fin de fomentar el acceso a productos farmacéuticos específicos;¹

¹ El Consejo General de la OMC, en su decisión de 30 de agosto de 2003 sobre la Aplicación del párrafo 6 de la Declaración de Doha relativa al Acuerdo sobre los ADPIC y la Salud Pública decidió que «por "producto farmacéutico" se entiende cualquier producto patentado, o producto manufacturado mediante un proceso patentado, del sector farmacéutico necesario para hacer frente a los problemas de salud pública reconocidos en el párrafo 1 de la Declaración. Queda entendido que estarían incluidos los ingredientes activos necesarios para su fabricación y los equipos de diagnóstico necesarios para su utilización».

- 8) a que consideren, si es necesario, la posibilidad de usar todos los medios administrativos y legales al alcance para promover el acceso a tecnologías de prevención, diagnóstico y tratamiento de las hepatitis virales;
 - 9) a que desarrollen y pongan en marcha instrumentos de vigilancia y evaluación con el fin de evaluar los progresos hacia la reducción de la carga de las hepatitis virales y de orientar estrategias basadas en datos probatorios para las decisiones de política relacionadas con las actividades preventivas, diagnósticas y terapéuticas;
 - 10) a que promuevan la celebración del Día Mundial contra la Hepatitis el 28 de julio de cada año, o en la fecha en que cada Estado Miembro decida;
 - 11) a que fomenten la completa seguridad de las inyecciones en todos los niveles de los sistemas nacionales de salud;
3. PIDE a la Directora General:
- 1) que, en colaboración con los Estados Miembros, establezca las directrices, estrategias, objetivos sujetos a plazos e instrumentos para la vigilancia, la prevención y el control de las hepatitis virales;
 - 2) que brinde el apoyo necesario para el desarrollo de la investigación científica relacionada con la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las hepatitis virales;
 - 3) que mejore la evaluación del impacto económico mundial y regional y estime la carga de las hepatitis virales;
 - 4) que apoye, cuando corresponda, a los Estados Miembros con recursos limitados en la realización de actividades para conmemorar el Día Mundial contra la Hepatitis;
 - 5) que invite a las organizaciones internacionales, a las instituciones financieras y a otros asociados a apoyar el fortalecimiento de los sistemas de vigilancia, los programas de prevención y control, la capacidad diagnóstica y de laboratorio, y el tratamiento de las hepatitis virales en los países en desarrollo, y a asignarles recursos de forma equitativa, eficiente e idónea;
 - 6) que refuerce la Red Mundial OMS en pro de la Seguridad de las Inyecciones;
 - 7) que colabore con otras organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, asociados, organizaciones internacionales y otros interesados pertinentes para potenciar el acceso a tratamientos asequibles en los países en desarrollo;
 - 8) que informe a la 65.^a Asamblea Mundial de la Salud, por conducto del Consejo Ejecutivo, sobre la aplicación de la presente resolución.

(Octava sesión plenaria, 21 de mayo de 2010 -
Comisión A, quinto informe)

WHA63.19 Estrategia OMS contra el VIH/sida para 2011-2015¹

La 63.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Considerando que la epidemia de VIH sigue siendo uno de los más importantes retos para la salud y el desarrollo, tanto en los países con una epidemia generalizada como en las regiones con epidemias concentradas que afectan a las personas en situación de mayor riesgo, como los hombres que tienen relaciones homosexuales, los profesionales del sexo y los consumidores de drogas inyectables;

Observando que a nivel mundial el VIH es la causa principal de mortalidad entre las mujeres en edad fecunda y causó la muerte de 280 000 niños en 2008, lo que socava los esfuerzos por lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio 4 y 5;

Reconociendo que los importantes logros en materia de prevención y tratamiento del VIH/sida deben sostenerse [y expandirse si se desea alcanzar el Objetivo de Desarrollo del Milenio 6, en particular la necesidad urgente de fortalecer las medidas de prevención focalizadas y de conseguir el acceso universal al tratamiento antirretroviral, en un marco de respeto de los derechos humanos, equidad de género y reducción de la estigmatización y la discriminación;

Reconociendo además la necesidad de fortalecer los vínculos entre la prevención y el tratamiento del VIH/sida y la salud de la madre y el niño con el fin de cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio 4 y 5;

Recordando que las actividades de la OMS sobre el VIH/sida se han visto guiadas por varias estrategias apoyadas por la Asamblea Mundial de la Salud, en particular mediante las resoluciones WHA53.14, WHA56.30, WHA59.12 y WHA59.19;

Considerando que la iniciativa «tres millones para 2005» de la OMS, puesta en marcha en 2003 y centrada en la expansión del acceso al tratamiento antirretroviral, se desarrolló en el marco de la Estrategia mundial del sector sanitario para el VIH/sida (2003-2007), respaldada por la 56.^a Asamblea Mundial de la Salud (resolución WHA56.30);

Recordando que en 2006 la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó el objetivo de lograr el acceso universal a la prevención, el tratamiento y la atención del VIH para el año 2010,² y la OMS elaboró el plan de acceso universal 2006-2010, del que tomó nota la 59.^a Asamblea Mundial de la Salud, que ha orientado la labor de la OMS desde entonces, teniendo presentes los resultados de la segunda evaluación independiente del ONUSIDA (2009);

Reconociendo la necesidad de que los países mantengan el compromiso de abordar la epidemia de VIH/sida a todos los niveles, en particular el nivel político más alto, y de apoyarlos en sus esfuerzos encaminados a expandir el alcance, mejorar la eficacia y garantizar la sostenibilidad de sus respuestas al VIH, con el fin de que puedan alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio;

Tomando nota de que, para que sea sostenible, una respuesta al VIH tiene que estar incorporada en unos sistemas de salud integrales, incluidos los de salud materna, neonatal e infantil, salud sexual y reproductiva, prevención y control de la tuberculosis, reducción de daños para consumidores de dro-

¹ En el anexo 9 se exponen las repercusiones financieras y administrativas de esta resolución para la Secretaría.

² Resolución 60/262 de la Asamblea General de las Naciones Unidas.

gas,¹ y de atención primaria de salud, especialmente teniendo en cuenta el desafío que entraña sostener estos esfuerzos en la actual crisis financiera mundial;

Reconociendo que en la mayoría de los países los programas de tratamiento con antirretrovirales consumen una parte importante del gasto nacional destinado a la lucha contra el sida, lo que exige que se preste una atención inmediata al examinarla y la mejora del desempeño de esos programas mediante la captación temprana, procurando la máxima adhesión a los medicamentos, limitando la farmacoresistencia, reduciendo al mínimo los comportamientos de riesgo y fortaleciendo el nivel del gasto nacional en las medidas de prevención y control de la infección por el VIH;

Expresando su profunda preocupación por que la financiación de los programas contra la infección por el VIH en la mayor parte de los países en desarrollo depende de los recursos financieros externos aportados por los donantes y las iniciativas sanitarias mundiales, que pueden mejorar su observancia de los compromisos con la eficacia de la ayuda, y por que la limitación de los recursos financieros nacionales dificulta la sostenibilidad financiera de dichos programas,

1. INSTA a los Estados Miembros:

- 1) a que reafirmen su compromiso de alcanzar los objetivos y metas de desarrollo acordados internacionalmente, incluidos los Objetivos de Desarrollo del Milenio, en particular el objetivo de detener y comenzar a reducir la propagación del VIH/sida, el paludismo y otras enfermedades graves, así como los acuerdos relativos al VIH/sida concertados en las principales conferencias y cumbres de las Naciones Unidas, incluida la Cumbre Mundial de 2005 y su declaración sobre el tratamiento, y el objetivo de lograr el acceso universal a la salud reproductiva para 2015, según lo establecido en la Cumbre Mundial de 2005;
- 2) a que refuercen el compromiso de los gobiernos con los programas de lucha contra el VIH/sida, incluso aumentando los esfuerzos de prevención, y adopten medidas para acelerar la armonización de la contribución de los donantes y la observancia de los compromisos con la eficacia de la ayuda;
- 3) a que incorporen, en función de las circunstancias nacionales, las políticas, las estrategias, los programas, las intervenciones y los instrumentos recomendados por la OMS, a fin de aplicar medidas eficaces de prevención, detección precoz, tratamiento y atención del VIH, y adopten otras medidas para reducir al mínimo la estigmatización y la discriminación social que obstaculiza el acceso a la prevención, el tratamiento y la atención;
- 4) a que consideren la posibilidad de utilizar, en caso necesario, los mecanismos administrativos y legales disponibles para promover el acceso asequible y costoeficaz a los servicios de prevención, tratamiento y atención;
- 5) a que integren los servicios de VIH/sida en estrategias integrales del sector de la salud y de otros sectores pertinentes, incluidas las relacionadas con la salud materna, neonatal e infantil, la salud sexual y reproductiva, la tuberculosis, la reducción de daños² y la atención primaria de salud, a fin de garantizar la sostenibilidad y maximizar la eficiencia y eficacia;

¹ Armonizado con la *WHO/UNODC/UNAIDS Technical Guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2009.

² *Acción conjunta para obtener resultados: Marco de resultados del ONUSIDA de 2009 a 2011*. Ginebra, ONUSIDA, 2010 (documento ONUSIDA/09.13S).

6) a que sigan de cerca y evalúen los programas contra el VIH/sida para garantizar la exhaustividad, exactitud y fiabilidad de los datos, y utilicen esa información para mejorar la eficacia de los programas;

2. PIDE a la Directora General:

1) que tome la iniciativa de convocar amplios procesos consultivos al objeto de formular una estrategia OMS contra el VIH/sida para 2011-2015 que oriente el apoyo de la Secretaría a los Estados Miembros, esté en consonancia con las políticas directrices del ONUSIDA, incluido el Marco de resultados del ONUSIDA,¹ y con marcos estratégicos más amplios, incluidos los Objetivos de Desarrollo del Milenio y la atención primaria de salud, y que aproveche las cinco orientaciones estratégicas del Plan de Acceso Universal, tenga en cuenta la evolución del contexto internacional de salud pública, y refleje la Declaración de París sobre la Eficacia de la Ayuda;

2) que aliente y promueva la conversión de los resultados de las investigaciones en políticas de salud pública eficientes contra el VIH/sida;

3) que presente a la 64.^a Asamblea Mundial de la Salud, por conducto del Consejo Ejecutivo, una estrategia OMS contra el VIH/sida para 2011-2015, para su consideración y posible aprobación.

(Octava sesión plenaria, 21 de mayo de 2010 -
Comisión A, quinto informe)

WHA63.20 Enfermedad de Chagas: control y eliminación²

La 63.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe sobre la enfermedad de Chagas: control y eliminación;³

Reconociendo que hay que abordar todas las vías de transmisión (es decir, vectores, transfusión, trasplante de órganos y vías vertical y oral) y que, en particular, hay que eliminar la transmisión vectorial doméstica en América Latina, entendiéndose por «eliminación» la interrupción estable de la transmisión doméstica;

Expresando su satisfacción por el considerable progreso alcanzado por los países hacia la meta de eliminar la enfermedad de Chagas, según lo recomendado por la resolución WHA51.14;

Destacando que en 2009 se conmemoró el centenario de la descripción de esta enfermedad por el Dr. Carlos Chagas;

¹ *Acción conjunta para obtener resultados: Marco de resultados del ONUSIDA de 2009 a 2011*. Ginebra, ONUSIDA, 2010 (documento ONUSIDA/09.13S).

² En el documento EB124/2009/REC/1, anexo 7 se exponen las repercusiones financieras y administrativas de esta resolución para la Secretaría.

³ Documento A63/17.

Reconociendo el éxito logrado a través de las iniciativas intergubernamentales en América Latina y los progresos realizados por mediante las estrategias de control del vector;

Reconociendo el creciente número de casos de enfermedad de Chagas registrados en países en que la enfermedad no es endémica;

Teniendo en cuenta la necesidad de armonizar los procedimientos de diagnóstico y tratamiento;

Reconociendo la necesidad de proporcionar atención médica apropiada a las personas afectadas por la enfermedad de Chagas;

Destacando la necesidad de medicamentos más eficaces, seguros y adecuados, incluyendo formulaciones pediátricas, así como una mejor cobertura y distribución de las actualmente disponibles;

Recordando la resolución CD49.R19, adoptada por el 49.º Consejo Directivo de la OPS en 2009, en la que se instó a los Estados Miembros a que se comprometan con la eliminación o la reducción de las enfermedades desatendidas y otras enfermedades relacionadas con la pobreza, incluida la enfermedad de Chagas, para que la enfermedad de Chagas deje de representar un problema de salud pública;

Reconociendo la colaboración y ayuda significativa entre los Estados Miembros y el apoyo de otros socios y apreciando su ayuda continua,

1. INSTA a los Estados Miembros:

- 1) a redoblar esfuerzos para fortalecer y consolidar los programas de control nacionales, en particular en las zonas donde la enfermedad de Chagas ha resurgido, en los países endémicos y no endémicos, o establecerlos donde están ausentes;
- 2) a establecer mecanismos para asegurar la cobertura amplia de las medidas de control adecuado, incluyendo la promoción de condiciones de vida dignas y saludables, la prevención y la integración de las acciones específicas dentro de los servicios de salud basados en la atención primaria de salud, junto con el fortalecimiento de la participación comunitaria;
- 3) a armonizar los sistemas y reforzar las capacidades para la vigilancia, la recolección y el análisis de datos, y la difusión de información;
- 4) a integrar la atención de las personas que padezcan formas agudas y crónicas de la enfermedad de Chagas en los servicios de atención primaria;
- 5) a reforzar el suministro de los tratamientos existentes en los países donde la enfermedad de Chagas es endémica a fin de lograr el acceso universal;
- 6) a promover e incentivar la investigación operacional sobre el control de enfermedades de Chagas:
 - a) para interrumpir la transmisión por insectos vectores domésticos mediante su control y eliminación;
 - b) para promover el desarrollo de medicamentos que sean más apropiados, seguros y asequibles;

- c) para promover el desarrollo de una prueba de curación válida y accesible;
 - d) para reducir el riesgo de las complicaciones tardías de la infección;
 - e) establecer sistemas de detección temprana, particularmente para el diagnóstico temprano de nuevas infecciones, de la infección congénita en el recién nacido, y de la reactivación de la infección en pacientes inmunocomprometidos;
 - f) para optimizar la seguridad de las transfusiones sanguíneas y los procedimientos de tamizaje en los países donde la enfermedad es endémica y considerar la posibilidad de establecer procedimientos de tamizaje en los países no endémicos;
- 7) a reforzar y armonizar las políticas de salud pública a fin de reducir la carga de enfermedad de Chagas, especialmente en los países en que la enfermedad no es endémica;
- 8) a promover el desarrollo de medidas sanitarias públicas en los países endémicos y en los países no endémicos, centrándose en especial en las zonas endémicas, para la prevención de la transmisión por transfusión de sangre y trasplante de órganos, el diagnóstico temprano de la transmisión congénita y el manejo de los casos;
- 9) a integrar en el nivel de atención primaria el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad de Chagas en los pacientes, tanto en la fase aguda como en la fase crónica de la enfermedad;

2. PIDE a la Directora General:

- 1) que llame la atención sobre la carga de la enfermedad de Chagas y la necesidad de proporcionar acceso equitativo a los servicios médicos para el manejo y la prevención de la enfermedad;
- 2) que fortalezca la implementación de las actividades del control del vector para alcanzar la interrupción de la transmisión doméstica de *Trypanosoma cruzi* y promover la investigación para el mejoramiento o desarrollo de nuevas estrategias de prevención;
- 3) que en las zonas donde la enfermedad de Chagas es endémica promueva la adopción de medidas para detectar donantes infectados en bancos de sangre a fin de integrar estrategias en materia de seguridad de la sangre;
- 4) que apoye a los países de las Américas para fortalecer las iniciativas intergubernamentales y la secretaría técnica de la Oficina Sanitaria Panamericana como modalidad exitosa de cooperación técnica entre países, y que estudie una posible iniciativa de prevención y control de la enfermedad de Chagas en las regiones no endémicas;
- 5) que colabore con los Estados Miembros y las iniciativas intergubernamentales a fin de establecer objetivos y metas para la interrupción de la transmisión, en particular de la transmisión vectorial doméstica en los países de América Latina;
- 6) que apoye la movilización de recursos financieros y humanos, nacionales e internacionales, públicos y privados para garantizar el cumplimiento de las metas;
- 7) que promueva la investigación referente a la prevención, el control y la atención de la enfermedad de Chagas;

8) que promueva el despliegue de esfuerzos intersectoriales y la colaboración, y que facilite el establecimiento de redes entre organizaciones y asociados interesados en apoyar el desarrollo y el fortalecimiento de los programas de control de la enfermedad de Chagas;

9) que informe a la 65.^a Asamblea Mundial de la Salud, por conducto del Consejo Ejecutivo, sobre el progreso en la eliminación de la enfermedad de Chagas.

(Octava sesión plenaria, 21 de mayo de 2010 -
Comisión A, quinto informe)

WHA63.21 Función y responsabilidades de la OMS en las investigaciones sanitarias¹

La 63.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el proyecto de estrategia de la OMS sobre investigaciones en pro de la salud;²

Recordando la resolución WHA58.34 relativa a la Cumbre Ministerial sobre Investigación en Salud y la resolución WHA60.15 relativa a la función y responsabilidades de la OMS en las investigaciones sanitarias;

Reconociendo la contribución de las investigaciones a la búsqueda de soluciones a los problemas sanitarios y la mejora de la salud en el mundo;

Consciente de que, en un mundo de constante evolución y enfrentado a importantes desafíos ambientales, demográficos, sociales y económicos, la investigación será cada vez más importante para aclarar la naturaleza y el alcance de los problemas de salud y para definir intervenciones y estrategias eficaces que salven vidas;

Comprendiendo el carácter cada vez más multidisciplinario e intersectorial de las investigaciones en pro de la mejora de la salud;

Afirmando las funciones y responsabilidades que en materia de investigaciones sanitarias tiene la OMS en su condición de principal organización mundial en la esfera de la salud;

Reconociendo la necesidad de fortalecer la capacidad del sector público en materia de investigaciones sanitarias;

Reconociendo que las actividades de investigación de los sectores privado y público pueden reforzarse mutuamente y complementarse para mejorar la salud a nivel mundial;

Consciente de la necesidad de reforzar la realización, gestión y coordinación de las actividades de la OMS en el ámbito de las investigaciones sanitarias;

¹ En el documento A63/22 Add.1 se exponen las repercusiones financieras y administrativas de esta resolución para la Secretaría.

² Documento A63/22.

Sabedora de la necesidad de dar a conocer mejor las actividades de investigación de la OMS y sus resultados, sobre todo a los Estados Miembros y asociados de la Organización;

Observando las referencias a las investigaciones en pro de la salud que se hacen en la resolución WHA61.21 relativa a la Estrategia mundial y plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual y las conclusiones y recomendaciones pertinentes de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS;

Teniendo en cuenta los resultados del Foro Ministerial Mundial sobre Investigaciones para la Salud (Bamako, 17-19 de noviembre de 2008),

1. APRUEBA la estrategia de la OMS sobre investigaciones en pro de la salud;¹
2. INSTA a los Estados Miembros:
 - 1) a que reconozcan la importancia de las investigaciones para mejorar la salud y la equidad sanitaria, y adopten y apliquen políticas de investigación en pro de la salud que se ajusten a los planes de salud nacionales, prevean la participación de todos los sectores interesados - públicos y privados -, adapten el apoyo externo en torno a prioridades comunes y fortalezcan las principales instituciones nacionales;
 - 2) a que consideren la posibilidad de aprovechar la estrategia de la OMS sobre investigaciones en pro de la salud con arreglo a sus propias circunstancias y contextos nacionales y en el marco de sus políticas generales de salud e investigaciones sanitarias;
 - 3) a que fortalezcan los sistemas nacionales de investigaciones sanitarias reforzando el liderazgo en materia de investigaciones en pro de la salud y la gestión de éstas, prestando especial atención a las necesidades nacionales, creando mecanismos institucionales de investigación eficaces, utilizando datos probatorios en la formulación de las políticas sanitarias y armonizando y coordinando el apoyo nacional y externo (incluido el aportado por la OMS);
 - 4) a que establezcan, según sea oportuno y apropiado, mecanismos de gobernanza de las investigaciones en pro de la salud, para velar por que se apliquen rigurosamente normas y estándares de investigación adecuados, y en particular se proteja a los seres humanos participantes en las investigaciones, y promuevan un diálogo abierto entre los formuladores de políticas y los investigadores acerca de las necesidades, la capacidad y los problemas nacionales en materia de salud;
 - 5) a que mejoren el acopio de información y datos sanitarios fiables y potencien al máximo, cuando proceda, el acceso libre y sin trabas del público a ellos;
 - 6) a que promuevan la colaboración intersectorial y las investigaciones de gran calidad, a fin de producir los datos probatorios necesarios para que las políticas adoptadas en todos los sectores contribuyan a mejorar la salud y la equidad sanitaria;
 - 7) a que impulsen o refuercen la colaboración entre los países, con objeto de conseguir eficiencias de escala en las investigaciones, gracias al intercambio de experiencias, mejores prácti-

¹ Véase el anexo 7.

cas y recursos, a la puesta en común de mecanismos de formación y adquisición y al uso de métodos normalizados para la evaluación de las investigaciones;

8) a que consideren, cuando proceda, la posibilidad de crear mecanismos de colaboración regionales, como centros de excelencia, para facilitar el acceso de los Estados Miembros a las investigaciones y la experiencia necesarias para afrontar los desafíos sanitarios;

9) a que sigan impulsando la financiación de las investigaciones sanitarias según se articula en la resolución WHA58.34, sobre la Cumbre Ministerial sobre Investigación en Salud;

3. INVITA a los Estados Miembros, a la comunidad de investigación sanitaria, a las organizaciones internacionales, a quienes respaldan las investigaciones, al sector privado, a la sociedad civil y a otros interesados:

1) a que proporcionen apoyo a la Secretaría para aplicar la estrategia de la OMS sobre investigaciones en pro de la salud y supervisar y evaluar su eficacia;

2) a que colaboren con la Secretaría, en el marco de la estrategia, para determinar las prioridades en materia de investigaciones en pro de la salud, elaborar directrices relativas a las investigaciones en pro de la salud, y reunir información y datos sanitarios;

3) a que ayuden a la Secretaría y a los asociados de la OMS en materia de investigaciones a movilizar más recursos para las prioridades mundiales observadas en materia de investigaciones en pro de la salud;

4) a que concedan especial atención a las necesidades en materia de investigaciones de los países de ingresos bajos, en particular en esferas como las relacionadas con la transferencia de tecnología, el personal de investigación, el desarrollo de infraestructura y los determinantes de la salud, sobre todo en los casos en que ello pueda contribuir al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, la equidad sanitaria y una mejor salud para todos, y que colaboren con los Estados Miembros de la OMS y la Secretaría para mejorar la adaptación y coordinación de la arquitectura de las investigaciones sanitarias y su gobernanza a través de la racionalización de las alianzas mundiales en materia de investigaciones sanitarias existentes, para mejorar la coherencia y el impacto, y para aumentar la eficiencia y la equidad;

5) a que respalden, cuando proceda, la cooperación técnica entre los países en desarrollo en el ámbito de las investigaciones en pro de la salud;

4. PIDE a la Directora General:

1) que asuma el liderazgo en la identificación de las prioridades mundiales en materia de investigaciones en pro de la salud;

2) que aplique la estrategia de la OMS sobre investigaciones en pro de la salud a todos los niveles de la Organización y con los asociados, coordinándola con las referencias relativas a las investigaciones sanitarias de la Estrategia mundial y plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual;

3) que mejore la calidad de las investigaciones en la Organización;

4) que prevea suficientes recursos básicos en los proyectos de presupuesto por programas para aplicar la estrategia de la OMS sobre investigaciones en pro de la salud;

- 5) que vele por que se mantengan en la OMS las mejores normas y estándares de buenas prácticas de investigación, inclusive en lo que se refiere a los aspectos técnicos, éticos y metodológicos y a la puesta en práctica, el uso y la difusión de los resultados obtenidos, y que examine y uniformice la arquitectura y gobernanza de las actividades y alianzas de la Organización en materia de investigaciones;
- 6) que preste apoyo a los Estados Miembros que lo soliciten, en función de los recursos disponibles, en la adopción de las medidas pertinentes para reforzar los sistemas nacionales de investigaciones sanitarias y la colaboración intersectorial, incluida la creación de capacidad con el fin de generar una masa crítica sostenible de sistemas de salud e investigadores en políticas de salud en los países en desarrollo;
- 7) que fortalezca la función de los centros colaboradores de la OMS como mecanismo eficaz y bien establecido de cooperación entre la Organización y los países en la esfera de las investigaciones en pro de la salud;
- 8) que informe a la 65.^a Asamblea Mundial de la Salud acerca de la aplicación de la presente resolución, a través del Consejo Ejecutivo.

(Octava sesión plenaria, 21 de mayo de 2010 -
Comisión A, quinto informe)

WHA63.22 Trasplante de órganos y tejidos humanos¹

La 63.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe sobre trasplante de órganos y tejidos humanos;²

Recordando las resoluciones WHA40.13, WHA42.5 y WHA44.25, sobre adquisición y trasplante de órganos humanos, y WHA57.18, en la que se pedía la actualización de los Principios Rectores sobre Trasplante de Órganos Humanos;

Consciente de la magnitud y la utilidad cada vez mayores de los trasplantes de células, tejidos y órganos humanos para una gran variedad de afecciones, en los países de bajos y de altos recursos por igual;

Comprometida con los principios de la dignidad y la solidaridad humanas, que condenan la adquisición de partes del cuerpo humano para el trasplante y la explotación de las poblaciones más pobres y vulnerables y el tráfico humano que se deriva de esas prácticas;

Determinada a prevenir el daño que causa la búsqueda de beneficios económicos o de la obtención de ventajas comparables en transacciones con partes del cuerpo humano, incluido el tráfico de órganos humanos y el turismo de trasplantes;

Convencida de que la donación voluntaria y no remunerada de órganos, células y tejidos de donantes fallecidos o vivos contribuye a garantizar la persistencia de un recurso comunitario vital;

¹ En el documento A63/24 Add.1 se exponen las repercusiones financieras y administrativas de esta resolución para la Secretaría.

² Documento A63/24.

Consciente de la gran circulación transfronteriza de células y tejidos destinados a trasplantes;

Sensible a la necesidad de que se vigilen los eventos y reacciones adversas posteriores al trasplante asociados con la donación, incluido el seguimiento a largo plazo de los donantes vivos, el procesamiento y el trasplante de células, tejidos y órganos humanos en cuanto tales, y al intercambio internacional de esos datos para optimizar la seguridad y la eficacia de los trasplantes,

1. APRUEBA los Principios Rectores de la OMS sobre Trasplante de Células, Tejidos y Órganos Humanos;¹
2. INSTA a los Estados Miembros:²
 - 1) a aplicar los Principios Rectores de la OMS sobre Trasplante de Células, Tejidos y Órganos Humanos al formular y ejecutar sus políticas, leyes y legislaciones relativas a la donación y el trasplante de células, tejidos y órganos humanos según proceda;
 - 2) a promover el desarrollo de sistemas de donación altruista, voluntaria y no remunerada de células, tejidos y órganos en cuanto tales, y aumentar la sensibilización pública y el conocimiento de los beneficios derivados de la provisión voluntaria y no remunerada de células, tejidos y órganos en cuanto tales procedentes de donantes fallecidos o vivos, frente a los riesgos físicos, psicológicos y sociales que entraña para los individuos y las comunidades el tráfico de material de origen humano y el turismo de trasplantes;
 - 3) a combatir la búsqueda de beneficio económico o de ventajas comparables en las transacciones con partes del cuerpo humano, el tráfico de órganos y el turismo de trasplantes, incluso alentando a los profesionales de la salud a notificar a las autoridades pertinentes esas prácticas cuando tengan conocimiento de ellas, de conformidad con las capacidades nacionales y la legislación nacional;
 - 4) a promover un sistema de asignación transparente y equitativa de órganos, células y tejidos, orientado por criterios clínicos y normas éticas, así como el acceso equitativo a los servicios de trasplante de conformidad con las capacidades nacionales, que es el cimiento del apoyo público y de la donación voluntaria;
 - 5) a mejorar la seguridad y la eficacia de la donación y los trasplantes promoviendo las prácticas óptimas internacionales;
 - 6) a reforzar las autoridades y/o las capacidades nacionales y multinacionales, y a prestarles apoyo para que aseguren la supervisión, organización y coordinación de las actividades de donación y trasplante, prestando atención especial a que se recurra lo máximo posible a las donaciones de personas fallecidas y se proteja la salud y el bienestar de los donantes vivos, con servicios de atención de salud apropiados y un seguimiento a largo plazo;
 - 7) a colaborar en la obtención de datos, en particular sobre eventos y reacciones adversas, relativos a las prácticas, la seguridad, la calidad, la eficacia, la epidemiología y la ética de la donación y los trasplantes;

¹ Véase el anexo 8.

² Y, cuando proceda, a las organizaciones de integración económica regional.

8) a alentar la aplicación de sistemas de codificación de células, tejidos y órganos humanos coherentes a escala mundial con el fin de facilitar la trazabilidad nacional e internacional del material de origen humano destinado al trasplante;

3. PIDE a la Directora General:

1) que difunda los Principios Rectores de la OMS sobre Trasplante de Células, Tejidos y Órganos Humanos lo más ampliamente posible a todas las partes interesadas;

2) que preste apoyo a los Estados Miembros y las organizaciones no gubernamentales con el fin de prohibir el tráfico de material de origen humano y del turismo de trasplantes;

3) que siga obteniendo y analizando datos mundiales sobre las prácticas, la seguridad, la calidad, la eficacia, la epidemiología y la ética de la donación y el trasplante de células, tejidos y órganos humanos;

4) que facilite a los Estados Miembros el acceso a información apropiada sobre la donación, el procesamiento y el trasplante de células, tejidos y órganos humanos, en particular a los datos sobre eventos y reacciones adversas graves;

5) que proporcione asistencia técnica a los Estados Miembros que la soliciten para elaborar legislaciones y reglamentaciones nacionales sobre donación y trasplante de células, tejidos y órganos humanos, y establecer sistemas de codificación y rastreo apropiados, en particular facilitando la cooperación internacional;

6) que examine periódicamente los Principios Rectores de la OMS sobre Trasplante de Células, Tejidos y Órganos Humanos, a la luz de las experiencias nacionales adquiridas en la aplicación y de las novedades registradas en materia de trasplante de células, tejidos y órganos humanos;

7) que informe a la Asamblea de la Salud, por conducto del Consejo Ejecutivo, por lo menos cada cuatro años sobre las medidas adoptadas por la Secretaría, así como por los Estados Miembros, en la aplicación de la presente resolución.

(Octava sesión plenaria, 21 de mayo de 2010 -
Comisión A, quinto informe)

WHA63.23 Nutrición del lactante y del niño pequeño¹

La 63.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe sobre nutrición del lactante y del niño pequeño;²

Recordando las resoluciones WHA33.32, WHA34.22, WHA35.26, WHA37.30, WHA39.28, WHA41.11, WHA43.3, WHA45.34, WHA46.7, WHA47.5, WHA49.15, WHA54.2, WHA55.25,

¹ En el documento EB126/2010/REC/1, anexo 7 se exponen las repercusiones financieras y administrativas de esta resolución para la Secretaría.

² Documento A63/9.

WHA58.32, WHA59.21 y WHA61.20 sobre nutrición del lactante y del niño pequeño, y sobre nutrición y VIH/sida y las directrices del Codex Alimentarius para el uso de declaraciones nutricionales y sanitarias;¹

Consciente de que la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio exigirá una reducción de la malnutrición materna e infantil;

Teniendo presente que la malnutrición representa un 11% de la carga mundial de enfermedad y es causa de problemas de salud y discapacidad a largo plazo, así como de malos resultados educativos y problemas de desarrollo; que en el mundo hay cada año 186 millones de niños con retraso del crecimiento² y 20 millones que padecen la forma más mortal de malnutrición aguda grave, y que los factores de riesgo nutricionales, tales como la insuficiencia ponderal, la lactancia materna subóptima o las carencias de vitaminas y minerales, en particular de vitamina A, hierro, yodo y cinc, son responsables de 3,9 millones de muertes (35% del total de muertes) y de la pérdida de 144 millones de años de vida ajustados en función de la discapacidad (33% de la pérdida total de años de vida ajustados en función de la discapacidad) entre los menores de cinco años;

Consciente de que los países se enfrentan a problemas de salud pública cada vez mayores derivados de la doble carga de la malnutrición (la desnutrición y la hipernutrición), así como de sus repercusiones negativas en fases posteriores de la vida;

Reconociendo que el 90% de los niños con retraso del crecimiento viven en 36 países y que los menores de dos años son los más afectados por la subnutrición;

Reconociendo que la promoción de los sucedáneos de la leche materna y algunos alimentos para lactantes y niños pequeños que se comercializan menoscaban los progresos hacia el logro de la alimentación óptima de los lactantes y niños pequeños;

Conocedora de los retos que plantea la pandemia de VIH/sida y las dificultades que entraña la formulación de políticas apropiadas sobre la alimentación de los lactantes y los niños pequeños, y preocupada por el hecho de que la ayuda alimentaria no atienda las necesidades nutricionales de los niños pequeños infectados por el VIH;

Preocupada por el hecho de que en casos de emergencia, muchos de los cuales se producen en países que no están encaminados hacia la consecución del Objetivo de Desarrollo del Milenio 4 e incluyen situaciones generadas por los efectos del cambio climático, los lactantes y niños pequeños son particularmente vulnerables a la malnutrición, la enfermedad y la muerte;

Reconociendo que los planes nacionales de preparación ante emergencias y las respuestas internacionales ante emergencias no siempre incluyen medidas para proteger, promover y apoyar la alimentación óptima del lactante y el niño pequeño;

Expresando honda preocupación por la persistente notificación de violaciones del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna por parte de algunos fabricantes y distribuidores de alimentos para lactantes en lo que respecta a la promoción dirigida a las madres y a los agentes de salud;

¹ Documento CAC/GL/23.

² *Estadísticas sanitarias mundiales, 2010*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2010.

Expresando además su preocupación por la notificación de la ineficacia de las medidas, en particular las voluntarias, orientadas a asegurar la aplicación del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna en algunos países;

Teniendo presente que las prácticas alimentarias inapropiadas y sus consecuencias constituyen importantes obstáculos a la consecución de un desarrollo socioeconómico sostenible y a la reducción de la pobreza;

Preocupada por el gran número de lactantes y niños pequeños que todavía carecen de una alimentación apropiada, lo cual compromete su estado nutricional, crecimiento, desarrollo, salud y supervivencia;

Consciente de que la aplicación de la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño y sus metas operacionales requiere un compromiso político firme y un planteamiento integral que incluya el fortalecimiento de los sistemas de salud y las comunidades, haciendo particular hincapié en la iniciativa «hospitales amigos del niño» así como un cuidadoso seguimiento de la eficacia de las intervenciones utilizadas;

Reconociendo que la mejora de las prácticas de lactancia materna exclusiva, y la alimentación complementaria adecuada y oportuna, junto con la continuación de la lactancia materna durante por lo menos dos años, podría salvar la vida cada año a 1,5 millones de menores de cinco años;

Consciente de que son necesarias políticas alimentarias y nutricionales multisectoriales para que se pueda llevar a cabo una expansión exitosa de intervenciones nutricionales seguras y eficaces basadas en pruebas;

Reconociendo que son necesarias políticas nacionales integrales sobre la alimentación del lactante y del niño pequeño que estén bien integradas en las estrategias nacionales de nutrición y supervivencia infantil;

Convencida de que es hora de que los gobiernos, la sociedad civil y la comunidad internacional renueven su compromiso con el fomento de una alimentación óptima de los lactantes y los niños pequeños y de que colaboren estrechamente con este fin;

Convencida de que el fortalecimiento de la vigilancia nutricional nacional es fundamental para aplicar políticas nutricionales eficaces y ampliar las intervenciones,

1. INSTA a los Estados Miembros:

- 1) a que incrementen el compromiso político a fin de prevenir y reducir la malnutrición en todas sus formas;
- 2) a que fortalezcan y aceleren la aplicación sostenible de la estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño, haciendo hincapié en el objetivo y los principios del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y en la aplicación de la iniciativa «hospitales amigos del niño»;
- 3) a que elaboren medidas legislativas, reguladoras y/u otras medidas eficaces para controlar la comercialización de sucedáneos de la leche materna y/o las fortalezcan con el fin de hacer efectivo el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y la resolución pertinente adoptada por la Asamblea Mundial de la Salud;

- 4) a que pongan fin a la promoción inapropiada de alimentos para lactantes y niños pequeños y velen por que no se permita la utilización de afirmaciones sobre presuntas propiedades nutricionales y beneficiosas para la salud en el caso de los alimentos para lactantes y niños pequeños, excepto cuando lo prevean específicamente las normas pertinentes del Codex Alimentarios o la legislación nacional;
- 5) a que formulen marcos de política, o revisen los ya existentes, para afrontar la doble carga de la malnutrición, a que en ellos incluyan la obesidad infantil y la seguridad alimentaria, y a que asignen los recursos humanos y financieros suficientes para garantizar la ejecución de esas políticas;
- 6) a que amplíen las intervenciones para mejorar la nutrición del lactante y del niño pequeño de manera integrada con la protección, el fomento y el apoyo de la lactancia materna y una alimentación complementaria oportuna, segura y apropiada, como intervenciones esenciales; la aplicación de intervenciones de prevención y tratamiento de la malnutrición grave, y el control específico de las carencias de vitaminas y minerales;
- 7) a que consideren y apliquen, según proceda, los principios y recomendaciones actualizados sobre la alimentación del lactante en el contexto del VIH, publicados por la OMS en 2009,¹ a fin de abordar el dilema de la alimentación del lactante para las madres infectadas con el VIH y para sus familias y, al mismo tiempo, proteger, promover y apoyar la lactancia materna exclusiva y sostenida para la población general;
- 8) a que velen por que los planes nacionales e internacionales de preparación y respuesta ante emergencias se basen en los datos fidedignos sobre Alimentación de Lactantes y Niños Pequeños en Emergencias, de la Guía Operativa para el Personal de Mitigación de Emergencias y los Administradores del Programa,² que incluye medidas para proteger, promover y apoyar la lactancia materna óptima y minimizar los riesgos que entraña la alimentación artificial, asegurando que la compra, distribución y utilización de cualquier sucedáneo de la leche materna necesario se ajusten a criterios rigurosos;
- 9) a que incluyan las intervenciones mencionadas en el párrafo 1(6) en unos servicios de salud materna y del niño pequeño integrales, que respalden la finalidad de la cobertura universal y los principios de la atención primaria de salud, incluido el fortalecimiento de los sistemas de salud, según se expresa en la resolución WHA62.12;
- 10) a que fortalezcan los sistemas de vigilancia nutricional y mejoren el uso y la notificación de los indicadores acordados de los Objetivos de Desarrollo del Milenio para monitorear los progresos realizados;
- 11) a que apliquen los Patrones de Crecimiento Infantil de la OMS, integrándolos plenamente en los programas de salud del niño;

¹ *Rapid advice: revised principles and recommendations in the context of HIV, November 2009.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2009.

² Disponible en línea en <http://www.emnonline.net/resources/6>.

- 12) a que apliquen las medidas para prevenir la malnutrición especificadas en la estrategia de la OMS para el tratamiento de la malnutrición aguda grave desde el ámbito comunitario,¹ en particular el mejoramiento de los sistemas de abastecimiento de agua y saneamiento y las prácticas de higiene, a fin de proteger a los niños contra las enfermedades transmisibles y las infecciones;
2. EXHORTA a los fabricantes y distribuidores de alimentos para lactantes a cumplir plenamente sus responsabilidades en virtud del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y de las subsiguientes resoluciones pertinentes de la Asamblea Mundial de la Salud;
3. PIDE a la Directora General:
- 1) que fortalezca la base de datos probatorios sobre medidas nutricionales seguras y eficaces para contrarrestar los efectos en la salud pública de la doble carga de la malnutrición, y que defina las prácticas óptimas para su aplicación exitosa;
 - 2) que incorpore la nutrición a todas las políticas y estrategias sanitarias de la OMS y confirme la presencia de medidas nutricionales esenciales, incluida la integración de los principios y recomendaciones actualizados sobre la alimentación del lactante en el contexto del VIH, publicados por la OMS en 2009, en el marco de la reforma de la atención primaria de salud;
 - 3) que prosiga y fortalezca los mecanismos existentes como un medio de colaboración con otros organismos de las Naciones Unidas y organizaciones internacionales que participan en el proceso de mejora de la nutrición, incluso identificando claramente el liderazgo, la división del trabajo y los resultados;
 - 4) que apoye a los Estados Miembros, a solicitud de estos, en la ampliación de sus intervenciones nutricionales relacionadas con la doble carga de la malnutrición, el seguimiento y la evaluación de su impacto, el fortalecimiento o la creación de sistemas eficaces de vigilancia nutricional y la aplicación de los Patrones de Crecimiento Infantil de la OMS y la iniciativa «hospitales amigos del niño»;
 - 5) que apoye a los Estados Miembros que lo soliciten en sus esfuerzos por elaborar y/o fortalecer medidas legislativas, reguladoras u otras medidas eficaces de control de la comercialización de sucedáneos de la leche materna;
 - 6) que elabore un plan claro e integral de aplicación sobre la nutrición del lactante y del niño pequeño como elemento esencial de un marco multisectorial mundial en materia de nutrición, para que sea examinado con carácter preliminar en la 64.^a Asamblea Mundial de la Salud y sea presentado definitivamente a la 65.^a Asamblea Mundial de la Salud, por conducto del Consejo Ejecutivo y tras la celebración de un proceso amplio de consultas con los Estados Miembros.

(Octava sesión plenaria, 21 de mayo de 2010 -
Comisión A, quinto informe)

¹ *Community-based management of severe acute malnutrition: a joint statement by the World Health Organization, the World Food Programme, the United Nations System Standing Committee on Nutrition and the United Nations Children's Fund.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2007.

WHA63.24 Acelerar los progresos hacia el logro del Objetivo de Desarrollo del Milenio 4 para reducir la mortalidad en la niñez: prevención y tratamiento de la neumonía¹

La 63.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe sobre prevención y tratamiento de la neumonía,²

Enterada del informe conjunto OMS/UNICEF sobre un plan de acción mundial para la prevención y el control de la neumonía, presentado en noviembre de 2009;³

Tomando nota del primer compromiso anticipado de mercado para la vacuna antineumocócica y de los progresos logrados hasta la fecha para integrar la vacuna contra *Haemophilus influenzae* de tipo b en los programas de inmunización sistemática;

Tomando nota asimismo de los planes de aceleración del desarrollo e introducción de vacunas antineumocócicas;

Recordando que en la resolución WHA58.15 sobre la estrategia mundial de inmunización la Asamblea de la Salud pidió al Director General que movilizara 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;

Preocupada por la falta de progresos importantes hacia la reducción de la morbilidad y la mortalidad por neumonía, pese a ser esta la causa principal de mortalidad de los menores de cinco años a nivel mundial;

Consciente de que la reducción de la carga mundial de neumonía será esencial para alcanzar la meta 4.A del Objetivo de Desarrollo del Milenio 4;

Observando que hay instrumentos seguros y muy eficaces para controlar la neumonía, concretamente la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia preconizada por la OMS para el tratamiento de los casos a todos los niveles, la inmunización infantil universal contra las infecciones por *Haemophilus influenzae* de tipo b y por *Streptococcus pneumoniae*, mejoras de la nutrición y prevención de la insuficiencia ponderal del recién nacido, medidas de control de la contaminación del aire en interiores generada por el uso doméstico de combustibles sólidos y el tabaquismo pasivo en el hogar, y prevención y tratamiento de la infección por VIH;

Observando asimismo que el precio asequible de las vacunas para prevenir la neumonía y la ampliación importante de la capacidad de la cadena de frío son determinantes para la adopción y ejecución de los programas de vacunación, sobre todo en los países en desarrollo;

Preocupada porque la neumonía sigue causando más de 1,8 millones de muertes evitables entre los menores de cinco años cada año en todo el mundo;

¹ En el documento EB126/2010/REC/1, anexo 7 se exponen las repercusiones financieras y administrativas de esta resolución para la Secretaría.

² Documento A63/26.

³ Documento WHO/FCH/CAH/NCH/09.04.

Observando que la Alianza GAVI y otros donantes han puesto a disposición recursos sustanciales, y que el Mecanismo Internacional de Financiación de Programas de Inmunización y el Fondo Rotatorio de la OPS para inmunización son instrumentos poderosos para dirigir recursos a los programas de inmunización;

Acogiendo con agrado la contribución a la movilización de recursos en favor del desarrollo de las innovadoras iniciativas de financiación de carácter voluntario de grupos de Estados Miembros;

Observando además que los esfuerzos desplegados a fin de fortalecer la capacidad de los sistemas de salud para detectar y controlar eficazmente la neumonía también han de contribuir con toda probabilidad a las iniciativas tendentes a alcanzar el Objetivo de Desarrollo del Milenio 5 (Mejorar la salud materna);

Consciente de que la pandemia (H1N1) 2009 ha fomentado la toma de conciencia sobre la necesidad de fortalecer a nivel de todo el sistema el tratamiento de las infecciones respiratorias agudas graves, y observando que es por tanto un momento oportuno para aprovechar las inversiones efectuadas en relación con la pandemia y para proseguir los esfuerzos encaminados a garantizar que los pacientes con infecciones respiratorias agudas reciban tratamiento rápido y eficaz,

1. INSTA a los Estados Miembros:

- 1) a que apliquen en función de sus circunstancias las políticas, las estrategias y los instrumentos recomendados por la OMS para prevenir y tratar la neumonía;
- 2) a que establezcan políticas nacionales y planes operacionales basados en la evidencia para fortalecer los sistemas de salud a fin de ampliar la cobertura de las poblaciones en riesgo con intervenciones preventivas y curativas eficaces;
- 3) a que evalúen con prontitud y eficacia el desempeño de los programas, y en particular la cobertura y el impacto de las intervenciones, y utilicen estas evaluaciones para aportar información a la base de datos de perfiles de los países de la OMS;
- 4) a que determinen los recursos nacionales e internacionales, tanto humanos como financieros, necesarios para fortalecer los sistemas de salud y proporcionar apoyo técnico a fin de que se apliquen las estrategias más adaptadas a la situación y la epidemiología locales y se llegue a las poblaciones destinatarias;
- 5) a que pongan en práctica las recomendaciones formuladas en el plan de acción mundial conjunto OMS/UNICEF para la prevención y el control de la neumonía, destacando la importancia de:
 - a) el manejo integrado de los casos en la comunidad, los centros de salud y los hospitales;
 - b) la inmunización, acelerando la adopción de vacunas asequibles y costoeficaces, basándose para ello en la información aportada en los perfiles epidemiológicos;
 - c) la lactancia materna exclusiva durante seis meses;
 - d) la mejora de la nutrición y prevención de la insuficiencia ponderal del recién nacido;

- e) el control de la contaminación del aire en interiores;
 - f) la prevención y tratamiento de la infección por VIH;
- 6) a que fomenten los enfoques integrados de la prevención y el tratamiento de la neumonía mediante la colaboración multisectorial y la participación corresponsable de la comunidad;
2. PIDE a la Directora General:
- 1) que refuerce los recursos humanos dedicados a la prevención y el control de la neumonía a todos los niveles, especialmente a nivel de país, mejorando de ese modo la capacidad de las oficinas de la OMS en los países para respaldar los programas nacionales de salud y coordinar las actividades de los asociados en materia de prevención y control de la neumonía;
 - 2) que reúna en un foro a los Estados Miembros interesados, organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, la Alianza GAVI, consejos de investigaciones médicas y otras partes interesadas con el fin de mejorar la coordinación de los diferentes interesados directos en la lucha contra la neumonía, y que movilice recursos para fomentar la disponibilidad y la asequibilidad de las vacunas contra el *Haemophilus influenzae* tipo b y el neumococo;
 - 3) que, empezando en la 64.^a Asamblea Mundial de la Salud, amplíe la cobertura del informe a la Asamblea de la Salud, por conducto del Consejo Ejecutivo, sobre el estado de los progresos realizados hacia el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud que se pidió en la resolución WHA61.18, incluyendo en él los progresos realizados en la aplicación de la presente resolución.

(Octava sesión plenaria, 21 de mayo de 2010 -
Comisión A, quinto informe)

WHA63.25 Mejora de la salud mediante una gestión de desechos segura y ecológicamente racional¹

La 63.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe sobre el enfoque estratégico para la gestión de los productos químicos a nivel internacional,²

Recordando la resolución WHA61.19 sobre cambio climático y salud, así como las resoluciones WHA59.15, WHA50.13, WHA45.32, WHA31.28 y WHA30.47 relacionadas con la seguridad química;

Recordando también las resoluciones de la Asamblea General de las Naciones Unidas 44/226, de 22 de diciembre de 1989, sobre tráfico, eliminación, control y movimiento transfronterizo de productos y desechos tóxicos y peligrosos, y 43/212, de 20 de diciembre de 1988, sobre la responsabilidad de los Estados respecto de la protección del medio ambiente;

¹ En el documento EB126/2010/REC/1, anexo 7 se exponen las repercusiones financieras y administrativas de esta resolución para la Secretaría.

² Documento A63/21.

Tomando nota de los principios establecidos en el Programa 21, incluidos los capítulos 20 y 21, acordados en la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo en 1992;

Tomando nota también de la Declaración de Johannesburgo sobre el Desarrollo Sostenible y del conexo Plan de Aplicación de las Decisiones de la Cumbre Mundial sobre el Desarrollo Sostenible, de 2002;

Reconociendo la decisión 25/8 sobre gestión de desechos adoptada por el Consejo de Administración/Foro Ambiental Mundial a Nivel Ministerial del Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente en su 25.º periodo de sesiones;

Consciente de los resultados del segundo periodo de sesiones de la Conferencia Internacional sobre la Gestión de los Productos Químicos en relación con la salud humana;

Consciente de que, si no se manejan apropiadamente, de forma segura y ecológicamente racional, los desechos pueden tener graves consecuencias para la salud y los medios de vida humanos;

Convencida de que la falta de gestión de los desechos de manera ecológicamente racional provocará daños en el medio ambiente y será perjudicial para la salud humana, debido a la contaminación del aire, el agua y la tierra, y las cadenas alimentarias;

Preocupada por que la deficiente gestión de los desechos de la atención sanitaria, incluidos los objetos punzocortantes y otros, la sangre, los restos humanos, las sustancias químicas y farmacéuticas y los dispositivos médicos exponen al personal sanitario, los manipuladores de desechos y la comunidad al riesgo de sufrir infecciones, efectos tóxicos y lesiones;

Acogiendo favorablemente la Declaración de Bali sobre la gestión de los desechos en pro de la salud y los medios de vida humanos, adoptada en la novena reunión de la Conferencia de las Partes en el Convenio de Basilea sobre el Control de los Movimientos Transfronterizos de los Desechos Peligrosos y su Eliminación en 2008,

1. INSTA a los Estados Miembros¹ a que hagan de la evaluación del impacto sanitario uno de los instrumentos neurálgicos para evaluar los aspectos sanitarios de la gestión de los desechos para que sea segura y ecológicamente racional y a que estudien distintas opciones para colaborar más estrechamente con el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente, el Enfoque estratégico para la gestión de los productos químicos a nivel internacional, el Convenio de Basilea sobre el Control de los Movimientos Transfronterizos de los Desechos Peligrosos y su Eliminación y la Secretaría de la OMS con el fin de alcanzar sus objetivos comunes en materia de mejora de la salud mediante una gestión de desechos segura y ecológicamente racional;

2. PIDE a la Directora General:

1) que apoye la ejecución de las medidas expuestas en la Declaración de Bali sobre la gestión de los desechos en pro de la salud y los medios de vida humanos, ateniéndose al mandato de la OMS y a los recursos disponibles;

¹ Y, cuando proceda, a las organizaciones de integración económica regional.

- 2) que colabore con el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente y la secretaría del Convenio de Basilea sobre el Control de los Movimientos Transfronterizos de los Desechos Peligrosos y su Eliminación en materia de gestión ecológicamente racional de los desechos, inclusive colaborando con los gobiernos y las organizaciones donantes a que refuercen la aplicación de la Declaración de Bali sobre la gestión de los desechos en pro de la salud y los medios de vida humanos, en particular con miras a:
- a) promover la concienciación acerca del vínculo entre la gestión de desechos, la salud y los medios de vida, y el medio ambiente;
 - b) fortalecer la cooperación subregional y regional en materia de desechos y salud, fomentando las capacidades humanas y técnicas apropiadas en los planos nacional, regional e internacional;
 - c) mejorar los controles en el transporte de desechos y los procedimientos en las fronteras con el objeto de prevenir los movimientos ilegales de desechos peligrosos y de otro tipo, recurriendo a medios como el aumento de la capacidad, la transferencia de tecnología y la asistencia técnica;
 - d) mejorar la cooperación entre las autoridades nacionales en los sectores de desechos, sustancias químicas y salud y, en colaboración con otras autoridades e interesados pertinentes, en la creación y aplicación de sistemas eficaces y racionales de gestión de desechos;
 - e) intensificar el aumento de la capacidad, promover y, cuando sea posible, mejorar las inversiones públicas y privadas para la transferencia y el uso de tecnologías apropiadas para una gestión de desechos segura y ecológicamente racional;
- 3) que siga apoyando la prevención de los riesgos para la salud que lleva asociados la exposición a desechos procedentes de la atención sanitaria y promoviendo una gestión ecológicamente racional de esos desechos, a fin de respaldar la labor del Convenio de Basilea sobre el Control de los Movimientos Transfronterizos de los Desechos Peligrosos y su Eliminación y del Convenio de Estocolmo sobre contaminantes orgánicos persistentes;
- 4) que examine la posibilidad de elaborar estrategias encaminadas a reducir al mínimo la generación de desechos de la atención sanitaria;
- 5) que invite a los gobiernos, las organizaciones intergubernamentales y de integración económica regional pertinentes y las entidades pertinentes de los sectores industrial y empresarial, y la sociedad civil, a proporcionar recursos y asistencia técnica a los países en desarrollo en la elaboración y aplicación de estrategias y planteamientos para mejorar la salud mediante una gestión segura y ecológicamente racional de los desechos;
- 6) que informe a la 64.^a Asamblea Mundial de la Salud, por conducto del Consejo Ejecutivo, sobre la aplicación de la presente resolución.

(Octava sesión plenaria, 21 de mayo de 2010 -
Comisión A, quinto informe)

WHA63.26 Mejora de la salud mediante la gestión racional de los plaguicidas y otras sustancias químicas en desuso¹

La 63.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe sobre el Enfoque Estratégico para la gestión de los productos químicos a nivel internacional;²

Recordando la resolución WHA59.15, relativa al enfoque estratégico de la gestión de los productos químicos a nivel internacional;

Reconociendo los resultados del segundo periodo de sesiones de la Conferencia Internacional sobre la Gestión de los Productos Químicos (Ginebra, 11-15 de mayo de 2009) en relación con la salud humana y, en particular la resolución II/8, sobre los aspectos sanitarios de la gestión racional de los productos químicos, en la que se señala a la atención la necesidad de que aumente la participación del sector sanitario, los Estados Miembros³ y la Secretaría de la OMS en la aplicación del Plan de Acción Mundial del Enfoque Estratégico para la gestión de productos químicos a nivel internacional⁴ debido a los efectos adversos que pueden tener algunas sustancias químicas en la salud humana, y tomando nota de que algunas de las prioridades mundiales para la cooperación definidas en el Enfoque Estratégico para la gestión de los productos químicos a nivel internacional también han de ser abordadas por el sector sanitario;

Reconociendo que los plaguicidas están diseñados para destruir o controlar organismos y plagas nocivos, y pueden tener efectos adversos agudos y crónicos, y que, aunque están regulados en la mayoría de los países, pueden afectar a la salud de las poblaciones y al medio ambiente, particularmente cuando se utilizan y se almacenan de forma indebida, incluso cuando están en desuso;⁵

Recordando la Constitución de la OMS y reconociendo los siguientes acuerdos e instrumentos internacionales pertinentes: la Declaración de Bali sobre la gestión de los desechos en pro de la salud y los medios de vida humanos (2008), la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo (Río de Janeiro (Brasil), 1992), la Cumbre Mundial sobre el Desarrollo Sostenible (Johannesburgo (Sudáfrica), 2002), la adopción del Enfoque Estratégico para la gestión de productos químicos a nivel internacional por la Conferencia Internacional sobre la Gestión de los Productos Químicos (Dubai, 2006), el Convenio de Basilea sobre el Control de los Movimientos Transfronterizos de los Desechos Peligrosos y su Eliminación (1989), el Convenio de Rotterdam para la aplicación del procedimiento de consentimiento fundamentado previo a ciertos plaguicidas y productos químicos peligrosos objeto de comercio internacional (2004, revisado en 2008), el Convenio de Estocolmo sobre Contaminantes Orgánicos Persistentes (Estocolmo, 2004) y el Convenio sobre la prevención de la

¹ En el documento EB126/2010/REC/1, anexo 7 se exponen las repercusiones financieras y administrativas de esta resolución para la Secretaría.

² Documento A63/21.

³ Y, cuando proceda, de las organizaciones de integración económica regional.

⁴ Documento WHA59/2006/REC/1, anexo 1.

⁵ La International HCH and Pesticides Association (IHPA) estima que la cantidad total de plaguicidas en desuso se eleva a entre 260 000 y 265 000 toneladas en Europa central y oriental y los países de la ex Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas. Las cantidades estimadas en 25 Estados Miembros de la Unión Europea son de 22 000 a 24 000 toneladas, en Europa sudoriental entre 36 000 y 41 000 toneladas, en los países de la ex Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas 199 000 toneladas, en África 50 000 toneladas (estimación de la FAO en el Programa de Reservas en África), en Asia sudoriental 6500 toneladas (FAO, primera estimación aproximada), y en Centroamérica y América del Sur 30 000 toneladas (FAO, 2005).

contaminación del mar por vertimiento de desechos y otras materias de 1972 y su Protocolo de 1996 (Londres, 1972); y el Reglamento Sanitario Internacional (2005);

Reconociendo que todos los foros, tratados e instrumentos mencionados en el párrafo precedente son importantes herramientas mundiales para preservar y proteger la salud humana y el medio ambiente que contienen medidas y orientaciones para hacer frente a ciertos aspectos del ciclo de vida de las sustancias químicas y que, en ese sentido, el Convenio de Estocolmo sobre Contaminantes Orgánicos Persistentes y el Convenio de Basilea sobre el Control de los Movimientos Transfronterizos de los Desechos Peligrosos y su Eliminación,¹ estrechamente relacionados, prevén la elaboración de estrategias apropiadas para la identificación de desechos contaminantes orgánicos persistentes, reservas de contaminantes orgánicos persistentes y su gestión;

Reconociendo que los desechos peligrosos y los plaguicidas muy tóxicos se encuentran en los ámbitos de prioridad mundial identificados para la cooperación dentro del Enfoque Estratégico para la gestión de productos químicos a nivel internacional, y que, en su resolución WHA59.15 relativa al enfoque estratégico de la gestión de los productos químicos a nivel internacional, la Asamblea de la Salud instaba a los Estados Miembros a participar en los esfuerzos nacionales, regionales e internacionales para aplicar el Enfoque Estratégico;

Consciente de los nuevos retos y determinantes de la salud, y de la necesidad de nuevas acciones para preservar y proteger la salud humana y el medio ambiente;

Reconociendo los riesgos que suponen para la salud humana y el medio ambiente los plaguicidas en desuso y otras sustancias químicas en desuso, en particular si se producen accidentes químicos y desastres;

Reconociendo también los riesgos que entrañan para la salud humana y el medio ambiente los plaguicidas en desuso y otras sustancias químicas en desuso, relacionados con la generación de reservas a raíz de su reglamentación (como la retirada del mercado sin un periodo apropiado de retirada gradual o heredados de periodos pretéritos en que se consumían en exceso), que podrían causar la propagación de sustancias químicas indebidamente almacenadas en todo el mundo;

Recordando que la exposición de seres humanos y del medio ambiente a plaguicidas en desuso y otras sustancias químicas en desuso también puede deberse a su transporte a grandes distancias;

Reconociendo la amenaza que representa el almacenamiento sin condiciones de seguridad de plaguicidas en desuso y otras sustancias químicas en desuso que, debido a un uso ilícito, al deterioro de los envases o a accidentes, puede provocar una contaminación localizada o generalizada y representar un riesgo potencial para la salud humana y el medio ambiente;

Conocedora de las pruebas claras de que, además de los beneficios ambientales, cabe esperar beneficios para la salud del manejo y la eliminación eficiente y segura de plaguicidas en desuso y otras sustancias químicas en desuso;

Reconociendo los progresos realizados en relación con los plaguicidas en desuso por los países africanos mediante el Programa Africano de Reservas, de carácter interinstitucional, con apoyo de la FAO, el Fondo para el Medio Ambiente Mundial, el Banco Mundial y otros asociados;

¹ Los objetivos fundamentales del Convenio de Basilea son el control y la reducción del movimiento transfronterizo de desechos peligrosos y de otro tipo previstos en el Convenio, la prevención y reducción al mínimo de su generación, la gestión ecológicamente racional de esos desechos y la promoción activa de la transferencia y la utilización de tecnologías más limpias.

Acogiendo favorablemente la labor del Convenio de Basilea sobre el Control de los Movimientos Transfronterizos de los Desechos Peligrosos y su Eliminación en la elaboración de directrices técnicas sobre la eliminación ecológicamente racional de desechos que contienen contaminantes orgánicos persistentes;

Reconociendo además que sólo podrá ser eficaz una estrategia completa y a largo plazo de gestión racional de los plaguicidas en desuso y otras sustancias químicas en desuso,

1. INSTA a los Estados Miembros:¹

- 1) a que adopten, cuando proceda, leyes racionales en el nivel nacional en materia de manipulación y eliminación seguras de plaguicidas en desuso y otras sustancias químicas en desuso, y refuercen las existentes;
- 2) a que adopten, si no lo han hecho en el contexto del Convenio de Estocolmo sobre Contaminantes Orgánicos Persistentes y otros instrumentos vigentes, planes nacionales amplios de aplicación u otras estrategias como base para adoptar medidas encaminadas a la eliminación de riesgos derivados de los plaguicidas en desuso y otras sustancias químicas en desuso;
- 3) a que incrementen la responsabilidad social mediante actividades de concienciación en lo que se refiere a los plaguicidas en desuso y otras sustancias químicas en desuso y las sustancias químicas con riesgos transfronterizos potenciales para la salud humana;
- 4) a que aumenten el apoyo a las actividades de formación y aumento de la capacidad y a las actividades técnicas coordinadas destinadas a aplicar las convenciones y los instrumentos internacionales pertinentes;
- 5) a que alienten y promuevan la cooperación entre los Estados Miembros a este respecto;
- 6) a que creen capacidad, o refuercen la existente, para regular la gestión racional de los plaguicidas y otras sustancias químicas durante su ciclo de vida, como medida preventiva para evitar la acumulación de sustancias químicas en desuso;

2. INVITA a todos los interesados directos pertinentes, incluidos los Estados Miembros, las organizaciones regionales de integración económica, los órganos del sistema de las Naciones Unidas y otras organizaciones intergubernamentales incluidas organizaciones y fundaciones no gubernamentales de ámbito regional, internacional y nacional, empresas dedicadas a la gestión de desechos, fabricantes de plaguicidas, donantes y el resto de la comunidad internacional:

- 1) a promover la gestión racional de los plaguicidas en desuso y otras sustancias químicas en desuso con miras a reducir al mínimo y, siempre que sea posible, a evitar los efectos adversos en la salud humana y el medio ambiente;
- 2) a movilizar esfuerzos y cooperar con otros interesados directos en la ejecución de planes y estrategias nacionales de aplicación, por conducto de redes locales, regionales y mundiales, entre otros medios;
- 3) a considerar las sinergias que se obtendrían intercambiando experiencias técnicas, conocimientos especializados y esfuerzos de creación de capacidad entre los instrumentos, las convenciones, la reglamentación y los procesos internacionales;

¹ Y, cuando proceda, a las organizaciones de integración económica regional.

3. PIDE a la Directora General:

- 1) que respalde la elaboración de estrategias apropiadas y eficientes (en los niveles nacional, regional e internacional) para reducir al mínimo los riesgos que representan los plaguicidas en desuso y otras sustancias químicas en desuso, promoviendo con ello los objetivos de política y las prácticas pertinentes de la OMS;
- 2) que mejore la capacidad de la OMS para fomentar las estrategias mencionadas en el subpárrafo 3(1);
- 3) que facilite la aplicación de las estrategias de gestión racional de los plaguicidas en desuso y otras sustancias químicas en desuso con miras a reducir las desigualdades en materia de salud y asegurar un entorno vital libre de contaminación;
- 4) que colabore con el PNUMA y el Enfoque Estratégico para la gestión de los productos químicos a nivel internacional, en relación con la Iniciativa PNUMA/OMS sobre los Vínculos entre la Salud y el Medio Ambiente, así como con el PNUD, la FAO, el Banco Mundial y otras instituciones apropiadas, para ayudar a los Estados Miembros a aplicar sus estrategias nacionales y las directrices existentes, por ejemplo en el Convenio de Basilea sobre el Control de los Movimientos Transfronterizos de los Desechos Peligrosos y su Eliminación¹ y estrategias para la gestión racional de los plaguicidas en desuso y otras sustancias químicas en desuso a escala mundial;
- 5) que incluya los plaguicidas en desuso y otras sustancias químicas en desuso entre las prioridades de la OMS con el fin de reducir y prevenir los riesgos para la salud humana y el medio ambiente que tienen sus efectos adversos, y que apoye su eliminación segura en todo el mundo;
- 6) que asegure el pleno apoyo de la OMS a las actividades de la Secretaría del Enfoque Estratégico para la gestión de los productos químicos a nivel internacional;
- 7) que apoye los esfuerzos conjuntos iniciados por la FAO y la OMS para el desarrollo de capacidad de gestión racional de los plaguicidas en los Estados Miembros;
- 8) que informe a la 64.^a Asamblea Mundial de la Salud, por conducto del Consejo Ejecutivo, sobre los progresos realizados en la aplicación de la presente resolución.

(Octava sesión plenaria, 21 de mayo de 2010 -
Comisión A, quinto informe)

¹ Directrices técnicas sobre la eliminación segura de plaguicidas en desuso
(<http://www.basel.int/meetings/sbc/workdoc/techdocs.html>):

- Directrices técnicas generales actualizadas para la gestión ecológicamente racional de desechos formados por contaminantes orgánicos persistentes, o desechos que los contengan o estén contaminados por ellos,
- Directrices técnicas para la gestión ecológicamente racional de desechos formados por 1,1,1-tricloro-2,2-bis(4-clorofenil)etano (DDT), o desechos que lo contengan o estén contaminados por él,
- Directrices técnicas sobre la gestión ecológicamente racional de desechos formados por los plaguicidas aldrín, clordano, dieldrín, endrín, heptacloro, hexaclorobenceno (HCB), mirex o toxafeno o con HCB como sustancia química industrial, o que los contengan o estén contaminados con ellos.

WHA63.27 Fortalecimiento de la capacidad de los gobiernos para implicar de forma constructiva al sector privado en la prestación de servicios esenciales de atención de salud¹

La 63.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe sobre fortalecimiento de la capacidad de los gobiernos para implicar de forma constructiva al sector privado en la prestación de servicios esenciales de atención de salud,²

Reconociendo la variedad de proveedores del sector privado, desde organizaciones confesionales y otras organizaciones no gubernamentales sin fines de lucro y empresarios dedicados a la atención de salud, con actividades tanto formales como informales, hasta empresas y grupos empresariales privados con fines de lucro, así como el hecho de que su papel en la prestación de atención de salud es cada vez más importante en todo el mundo;

Observando que en todo el mundo los gobiernos se enfrentan con el desafío de implicar de forma constructiva a la compleja gama de proveedores de atención de salud según modalidades que varían considerablemente en los distintos contextos;

Observando que el costo y la calidad de la atención suministrada y su efecto en los resultados sanitarios y sociales pueden variar considerablemente y que, si bien en general se dispone de escasa documentación y base probatoria a este respecto, existen serios motivos de preocupación en entornos donde la reglamentación es insuficiente o no se ha establecido;

Reconociendo que los gobiernos con capacidad institucional para tratar con la amplia variedad de proveedores de atención de salud pueden desempeñar una función constructiva en la prestación de servicios esenciales de atención sanitaria;

Preocupada por los datos que indican que en muchos países la falta de conocimientos estratégicos adecuados, la influencia financiera limitada y la escasa capacidad institucional pueden obstaculizar la implicación efectiva, la supervisión y la reglamentación de las actividades de los diferentes proveedores de atención de salud;

Consciente de que el fomento de la confianza y el diálogo constructivo sobre políticas son fundamentales para lograr la implicación, supervisión y reglamentación de las actividades de esos proveedores;

Observando que en el marco de política para la renovación de la atención primaria de salud es posible establecer criterios relativos al fortalecimiento de la capacidad de los gobiernos para implicar de forma constructiva a los proveedores públicos y privados de atención sanitaria y supervisar su actuación,

¹ En el documento A63/25 Add.1 se exponen las repercusiones financieras y administrativas de esta resolución para la Secretaría.

² Documento A63/25.

1. INSTA a los Estados Miembros a:

- 1) que reúnan, entre otros recursos mediante sistemas de información mejorados y procesos reforzados de diálogo sobre políticas, la información estratégica necesaria para: llevar a cabo una valoración objetiva de los aspectos positivos y negativos de la prestación de atención de salud por proveedores privados sin fines de lucro o con fines de lucro; determinar estrategias apropiadas para lograr su implicación productiva; y elaborar marcos reglamentarios que garanticen el acceso universal con protección social y la reorientación de la prestación de servicios hacia una atención primaria centrada en las personas;
- 2) que describan y evalúen, según corresponda, la capacidad y el desempeño de los departamentos y otros órganos gubernamentales competentes en la supervisión y reglamentación de la prestación de atención de salud por proveedores públicos y privados, con inclusión de: colegios de profesionales; compradores institucionales de servicios de salud, como financiadores públicos y organismos estatales de seguros de salud; y órganos de acreditación;
- 3) que investiguen la contribución a la reglamentación de la prestación de atención de salud que pueden aportar entidades gubernamentales y no gubernamentales no pertenecientes al sector de la salud, incluidos los organismos de protección de los consumidores y los grupos de pacientes, y que, cuando proceda, establezcan mecanismos para potenciar al máximo el valor de esas contribuciones;
- 4) que creen y refuercen la capacidad institucional a largo plazo de estos organismos de reglamentación mediante una financiación, una dotación de personal y un apoyo adecuados y sostenidos;
- 5) que exploren oportunidades para el intercambio de experiencias entre los países sobre diversas estrategias de implicación, supervisión y reglamentación de las actividades de toda la gama de proveedores de atención sanitaria;

2. PIDE a la Directora General:

- 1) que preste asistencia técnica a los Estados Miembros que la soliciten para apoyar sus actividades encaminadas a fortalecer la capacidad de los ministerios de salud y otros organismos de reglamentación a fin de incrementar la implicación de toda la gama de proveedores públicos y privados de atención de salud, así como la supervisión y reglamentación de sus actividades;
- 2) que convoque consultas técnicas, respalde el programa de investigaciones establecido por los Estados Miembros y facilite el intercambio de experiencias entre los países a fin de mejorar la comprensión común y la documentación sobre las consecuencias, positivas y negativas, de la creciente diversidad de proveedores de atención sanitaria, velando por que se preste especial atención a los contextos con marcos reglamentarios deficientes y a sus consecuencias para la salud, la equidad sanitaria y el desarrollo de los sistemas de salud;
- 3) que convoque asimismo consultas técnicas, respalde el programa de investigaciones establecido por los Estados Miembros y facilite el intercambio de experiencias entre los países a fin de mejorar la comprensión común de las posibilidades de las diferentes estrategias para crear capacidad institucional en materia de reglamentación, supervisión y aprovechamiento del dinamismo empresarial y fomentar una estrecha cooperación entre los diferentes tipos de proveedores de atención sanitaria;

- 4) que informe a la 65.^a Asamblea Mundial de la Salud, por conducto del Consejo Ejecutivo, sobre los progresos hechos en la aplicación de la presente resolución.

(Octava sesión plenaria, 21 de mayo de 2010 -
Comisión A, quinto informe)

WHA63.28 Establecimiento de un grupo consultivo de expertos en investigación y desarrollo: financiación y coordinación¹

La 63.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe «Salud pública, innovación y propiedad intelectual: estrategia mundial y plan de acción» y el informe del Grupo de Trabajo de Expertos sobre Investigación y Desarrollo: Coordinación y Financiación;²

Considerando que en la resolución WHA61.21 se pide a la Directora General que «establezca con urgencia un grupo de trabajo especial de duración limitada integrado por expertos y orientado a la obtención de resultados, para que examine la actual financiación y coordinación de las actividades de investigación y desarrollo, así como propuestas de fuentes nuevas e innovadoras de financiación para estimular dichas actividades por lo que respecta a las enfermedades de tipo II y de tipo III y a las necesidades específicas de los países en desarrollo en materia de investigación y desarrollo en relación con las enfermedades de tipo I, y abierto a la consideración de propuestas de los Estados Miembros, y que presente un informe sobre los progresos realizados a la 62.^a Asamblea Mundial de la Salud, y un informe definitivo a la 63.^a Asamblea Mundial de la Salud por conducto del Consejo Ejecutivo»;

Observando que, si bien el Grupo de Trabajo de Expertos avanzó parcialmente en el examen de las propuestas de financiación de las actividades de investigación y desarrollo y de su coordinación, según lo establecido en la resolución WHA61.21, las expectativas de los Estados Miembros³ diferían de los resultados proporcionados por el Grupo, poniéndose de manifiesto la importancia de un mandato claro;

Considerando que, en sus recomendaciones, el Grupo de Trabajo de Expertos manifiesta la necesidad de que se revisen en profundidad las propuestas recomendadas;

Reconociendo la necesidad de seguir promoviendo «una variedad de planes de incentivos para las actividades de investigación y desarrollo, incluso abordando, cuando proceda, la desvinculación del costo de las actividades de investigación y desarrollo y del precio de los medicamentos, por ejemplo, mediante la concesión de premios, con el fin de abordar enfermedades que afectan de manera desproporcionada a los países en desarrollo»;⁴

Observando los trabajos realizados y en curso sobre opciones innovadoras de financiación de la salud, las investigaciones y el desarrollo, y la necesidad de utilizar esos trabajos cuando sea pertinente;

¹ En el anexo 9 se exponen las repercusiones financieras y administrativas de esta resolución para la Secretaría.

² Documentos A63/6 y A63/6 Add.1, respectivamente.

³ Y, cuando proceda, de las organizaciones de integración económica regional.

⁴ Resolución WHA61.21, anexo, elemento 5, párrafo 5.3(a).

Destacando la importancia de la financiación pública de la investigación y desarrollo en materia de salud y la función de los Estados Miembros¹ en la coordinación, la facilitación y la promoción de la investigación y desarrollo sanitarios;

Reafirmando la importancia de otros actores en materia de investigación y desarrollo sanitarios,

1. INSTA a los Estados Miembros:¹

- 1) a que respalden la labor del grupo consultivo de expertos del modo siguiente:
 - a) proporcionando, cuando corresponda, información, comunicaciones o propuestas adicionales;
 - b) organizando, cuando corresponda, consultas regionales y subregionales, y/o respaldándolas;
 - c) proponiendo nombres para la lista de expertos;

2. PIDE a la Directora General:

- 1) que para el final de junio de 2010 ponga a disposición electrónicamente lo siguiente:
 - a) todas las propuestas consideradas por el Grupo de Trabajo de Expertos, con inclusión de su procedencia;
 - b) los criterios utilizados para evaluar las propuestas;
 - c) la metodología utilizada por el Grupo de Trabajo de Expertos;
 - d) la lista de partes interesadas que se entrevistaron y la de quienes aportaron información;
 - e) la procedencia de los datos estadísticos utilizados;
- 2) que establezca un grupo consultivo de expertos que habrá de realizar lo siguiente:
 - a) llevar adelante los trabajos del Grupo de Trabajo de Expertos;
 - b) profundizar en el análisis de las propuestas del informe del Grupo de Trabajo de Expertos y, en particular, lo siguiente:
 - i) examinar los pormenores prácticos de las cuatro opciones innovadoras de recaudación de fondos propuestas por el Grupo de Trabajo de Expertos en su informe;²
 - ii) examinar las cinco propuestas prometedoras determinadas por el Grupo de Trabajo de Expertos en su informe;³ y

¹ Y, cuando proceda, a las organizaciones de integración económica regional.

² *Informe del Grupo de Expertos en Financiación de la Investigación y el Desarrollo*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2010, capítulo 5.3.

³ *Informe del Grupo de Expertos en Financiación de la Investigación y el Desarrollo*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2010, capítulo 5.6.

- iii) seguir estudiando las seis propuestas que no cumplían los criterios aplicados por el Grupo de Trabajo de Expertos;¹
 - c) considerar las comunicaciones y propuestas adicionales recibidas de los Estados Miembros,² de toda consulta regional o subregional, o de otras partes interesadas;
 - d) al realizar lo previsto en los subpárrafos 2(b) y 2(c), examinar la idoneidad de los diferentes planteamientos de financiación de la investigación y el desarrollo y la viabilidad de la aplicación de esos planteamientos en cada una de las seis regiones de la OMS, con análisis subregionales, cuando corresponda;
 - e) respetar la integridad científica y realizar su labor sin conflictos de intereses;
- 3) que, cuando se le solicite y dentro de los recursos asignados a la financiación del grupo consultivo de expertos, proporcione apoyo técnico y financiero a las consultas regionales, con inclusión de reuniones, con el fin de obtener opiniones regionales que ayuden a fundamentar la labor del grupo consultivo de expertos.
- 4) a) que invite a los Estados Miembros³ a proponer el nombre de expertos, cuyos pormenores, después de realizar consultas con los comités regionales para lograr un equilibrio de género y de competencia técnica y especialización, se presentarán a la Directora General por conducto de los directores regionales correspondientes;
- b) a establecer una lista de expertos en la que figuren todas las personas propuestas por los directores regionales;
- c) a que presenten al Consejo Ejecutivo, para su aprobación, una relación de miembros del grupo, basada en la lista de expertos y teniendo en cuenta la representación regional de conformidad con la composición del Consejo Ejecutivo, el equilibrio de género y la diversidad de especializaciones;
- d) una vez obtenida la aprobación del Consejo Ejecutivo, que establezcan el grupo y faciliten sus trabajos, incluida la realización de consultas con los Estados Miembros² y otras partes interesadas pertinentes, cuando corresponda;
- 5) que haga especial hincapié en el manejo transparente de los posibles conflictos de intereses velando por el pleno respeto de los mecanismos establecidos por la Directora General con ese fin;
- 6) que asegure una máxima transparencia a los Estados Miembros³ proporcionando al grupo consultivo de expertos actualizaciones periódicas acerca de la aplicación del plan de trabajo del grupo, y poniendo a disposición todos los documentos utilizados por el grupo consultivo de expertos cuando finalice el proceso;

¹ Informe del Grupo de Expertos en Financiación de la Investigación y el Desarrollo. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2010, anexo 2.

² Y, cuando proceda, de las organizaciones económicas de integración regional.

³ Y, cuando proceda, a las organizaciones económicas de integración regional.

7) que presente el plan de trabajo y el informe de establecimiento del grupo consultivo de expertos al Consejo Ejecutivo, en su 129.^a reunión, y un informe sobre los progresos al Consejo Ejecutivo, en su 130.^a reunión, con miras a la presentación de un informe definitivo a la 65.^a Asamblea Mundial de la Salud.

(Octava sesión plenaria, 21 de mayo de 2010 -
Comisión A, quinto informe)

DECISIONES

WHA63(1) Composición de la Comisión de Credenciales

La 63.^a Asamblea Mundial de la Salud estableció una Comisión de Credenciales integrada por delegados de los Estados Miembros siguientes: Angola, Austria, Bangladesh, Eritrea, Ex República Yugoslava de Macedonia, Israel, Nauru, Nicaragua, Omán, Singapur, Trinidad y Tabago y Zambia.

(Primera sesión plenaria, 17 de mayo de 2010)

WHA63(2) Elección del Presidente y de los Vicepresidentes de la 63.^a Asamblea Mundial de la Salud

La 63.^a Asamblea Mundial de la Salud eligió al Presidente y a los Vicepresidentes:

Presidente: Sr. M. Zenaidi (Túnez)

Vicepresidentes: Dra. M. I. Rodríguez (El Salvador)
Dr. R. Sezibera (Rwanda)
Profesor R. Akdağ (Turquía)
Sra. G. A. A. Gidlow (Samoa)
Profesor Mya Oo (Myanmar)

(Primera sesión plenaria, 17 de mayo de 2010)

WHA63(3) Elección de la Mesa de las comisiones principales

La 63.^a Asamblea Mundial de la Salud eligió a los Presidentes de las comisiones principales:

Comisión A: Presidente Dr. M. Mugitani (Japón)

Comisión B: Presidente Dr. W. Jayantha (Sri Lanka)

(Primera sesión plenaria, 17 de mayo de 2010)

Las comisiones principales eligieron después a los Vicepresidentes y Relatores:

Comisión A: Vicepresidentes Sr. U. Scholten (Alemania)
Dr. D. Chiriboga (Ecuador)

Relator Dr. P. Mishra (Nepal)

Comisión B: Vicepresidentes Dr. G. J. Komba-Kono (Sierra Leona)
Dr. N. El Sayed (Egipto)

Relator Dr. A.-P. Sanne (Noruega)

(Primeras sesiones de las Comisiones A y B, 17 y 19 de mayo de 2010, respectivamente)

WHA63(4) Constitución de la Mesa de la Asamblea

La 63.^a Asamblea Mundial de la Salud eligió a los delegados de los 17 países siguientes para formar parte de la Mesa de la Asamblea: Burkina Faso, Cabo Verde, Chad, Chile, China, Cuba, España, Estados Unidos de América, Estonia, Federación de Rusia, Francia, Jamahiriya Árabe Libia, Jamaica, Jordania, Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, República Democrática del Congo y República Unida de Tanzania.

(Primera sesión plenaria, 17 de mayo de 2010)

WHA63(5) Adopción del orden del día

La 63.^a Asamblea Mundial de la Salud adoptó el orden del día provisional preparado por el Consejo Ejecutivo en su 126.^a reunión, después de suprimir cuatro puntos y transferir un punto de la Comisión B a la Comisión A.

(Segunda sesión plenaria, 17 de mayo de 2010)

WHA63(6) Verificación de credenciales

La 63.^a 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; Benin; Bhután; Bolivia (Estado Plurinacional de); 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; Montenegro; Mozambique; Myanmar; Namibia; Nepal; Nicaragua; Níger; Nigeria; Noruega; Nueva Zelandia; Omán; Países Bajos; Pakistán; Palau; Panamá; Papua Nueva Guinea; Paraguay; Perú; Polonia; Portugal; Qatar; Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte; República Árabe Siria; República Centroafricana; República Checa; República de Corea; República de Moldova; República Democrática del Congo; República Democrática Popular Lao; República Dominicana; República Popular Democrática de Corea; República Unida de Tanzania; Rumania; Rwanda; Samoa; San

Marino; Santa Lucía; Santo Tomé y Príncipe; Senegal; Serbia; Seychelles; Sierra Leona; Singapur; Somalia; Sri Lanka; Sudáfrica; Sudán; Suecia; Suiza; Suriname; Swazilandia; Tailandia; Tayikistán; Timor-Leste; Togo; Tonga; Trinidad y Tabago; Túnez; Turkmenistán; Turquía; Tuvalu; Ucrania; Uganda; Uruguay; Uzbekistán; Vanuatu; Venezuela (República Bolivariana de); Viet Nam; Yemen; Zambia; Zimbabwe.

(Sexta sesión plenaria, 19 de mayo de 2010)

WHA63(7) Elección de Miembros facultados para designar una persona que forme parte del Consejo Ejecutivo

La 63.^a Asamblea Mundial de la Salud, después de examinar las recomendaciones de la Mesa de la Asamblea, eligió a los siguientes países como Miembros facultados para designar una persona que forme parte del Consejo Ejecutivo: Armenia, Barbados, China, Ecuador, Estados Unidos de América, Marruecos, Mongolia, Mozambique, Noruega, Seychelles, Timor-Leste y Yemen.

(Séptima sesión plenaria, 20 de mayo de 2010)

WHA63(8) 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 63.^a Asamblea Mundial de la Salud nombró miembro del Comité de la Caja de Pensiones del Personal de la OMS al Dr. A. A. Yoosuf (Maldivas) y miembro suplente del Comité al Sr. R. Chacón (Guatemala), en ambos casos por un periodo de tres años, es decir hasta mayo de 2013.

(Séptima sesión plenaria, 20 de mayo de 2010)

WHA63(9) Elección del país en que se ha de reunir la 64.^a Asamblea Mundial de la Salud

De conformidad con lo dispuesto en el Artículo 14 de la Constitución, la 63.^a Asamblea Mundial de la Salud decidió que la 64.^a Asamblea Mundial de la Salud se celebre en Suiza.

(Octava sesión plenaria, 21 de mayo de 2010)

WHA63(10) Productos médicos de calidad subestándar, espurios, de etiquetado engañoso, falsificados o de imitación

La 63.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Reafirmando la función fundamental que desempeña la OMS para velar por la seguridad, calidad y eficacia de los productos médicos;

Observando la labor que lleva a cabo la OMS para velar por la seguridad, calidad y eficacia de los productos médicos,

1. DECIDIÓ establecer un grupo de trabajo, de duración limitada y orientado a la obtención de resultados, sobre productos médicos de calidad subestándar, espurios, de etiquetado engañoso, falsificados o de imitación, integrado por Estados Miembros y abierto a todos ellos;¹
2. PIDIÓ a la Directora General que convocara al grupo de trabajo y facilitara su labor;
3. DECIDIÓ que el grupo de trabajo examinara los asuntos siguientes, desde la perspectiva de la salud pública y con exclusión de consideraciones de carácter comercial y de propiedad intelectual:
 - a) la función de la OMS en relación con la adopción de medidas que garanticen la disponibilidad de productos médicos de calidad, seguros, eficaces y asequibles;
 - b) la relación entre la OMS y el Grupo Especial Internacional contra la Falsificación de Productos Médicos;
 - c) la función de la OMS en la prevención y el control, desde la perspectiva de la salud pública y con exclusión de consideraciones de carácter comercial y de propiedad intelectual, de los productos médicos deficientes en cuanto a su calidad, seguridad y eficacia, tales como los de calidad subestándar, espurios, de etiquetado engañoso, falsificados o de imitación;
 - d) cualquier cuestión que susciten las propuestas que figuran en los documentos A63/A/Conf.Paper n.º 4 Rev.1, A63/A/Conf.Paper n.º 5 y A63/A/Conf.Paper n.º 7,² empezando por las que se mencionan en los subpárrafos a) a c) *supra*;
4. DECIDIÓ que el grupo de trabajo formulara recomendaciones específicas en relación con las cuestiones expuestas en el párrafo 3 *supra* e informara a la 64.^a Asamblea Mundial de la Salud, y que informara al Consejo Ejecutivo en su 128.^a reunión acerca de los progresos realizados en la aplicación de la presente decisión.

(Octava sesión plenaria, 21 de mayo de 2010)

¹ Y, cuando proceda, por organizaciones de integración económica regional.

² Véase *infra*.

Punto 11.20 del orden del día

A63/A/Conf.Paper n.º 4 Rev.1
18 de mayo de 2010

Plan de trabajo en apoyo de la prevención y lucha contra la falsificación de productos médicos

Proyecto de resolución presentado por la delegación del Ecuador en nombre de la Unión de Naciones Suramericanas (UNASUR)¹

La 63.^a Asamblea Mundial de la Salud,

PP1 Considerando las resoluciones WHA41.16 y WHA47.13, sobre la necesidad de proporcionar directrices a los Estados Miembros acerca del desarrollo de estructuras propias y la adopción de medidas nacionales para la prevención y lucha contra la falsificación de productos médicos;

PP2 Teniendo presente la Conferencia de Expertos en el Uso Racional de Medicamentos (Nairobi, 25-29 de noviembre de 1985), donde se abordó por primera vez esa cuestión a escala internacional;

PP3 Consciente de los riesgos que entrañan para la población los productos médicos falsificados;

PP4 Observando que la falsificación de productos médicos presenta una dimensión internacional y que la prevención y el control de ese problema exige una cooperación a escala regional, subregional y entre los países;

PP5 Reafirmando que las autoridades sanitarias deben desempeñar una función importante en la aplicación de reglamentaciones sanitarias que fortalezcan una cadena de productos médicos seguros, de calidad y eficaces,

RESUELVE:

- 1) que se establezca un grupo de trabajo intergubernamental integrado por delegados de los Estados Miembros y la Secretaría, para examinar e implementar la cooperación a escala regional, subregional y entre los países en la prevención y el control de la falsificación de productos médicos, bajo la perspectiva de la salud pública y con exclusión de consideraciones de carácter comercial y de propiedad intelectual;
- 2) que el grupo inicie sus trabajos examinando las cuestiones siguientes:
 - a) medidas educativas tales como la formación de los consumidores y los actores del sector de la salud pública;
 - b) medidas de fortalecimiento de la cadena de producción y distribución de los productos médicos, en particular en relación con la regulación y la inspección;

¹ Argentina, Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Guyana, Paraguay, Perú, Suriname, Uruguay y Venezuela (República Bolivariana de).

- c) estrategias de acción a escala nacional, subregional y regional, en las que se prevean mecanismos para mejorar el intercambio de informaciones y experiencias entre países;
 - d) estrategias para mejorar la capacidad del sector de la salud pública en la aplicación de las medidas de regulación sanitaria;
- 3) que, con la aprobación de los Estados Miembros, el grupo pueda establecer subgrupos técnicos, específicos y temporales, y pueda invitar a expertos para el examen de puntos específicos.

Punto 11.20 del orden del día

**A63/A/Conf.Paper n.º 5
19 de mayo de 2010**

Falsificación de productos médicos

Proyecto de resolución presentado por las delegaciones de Angola, Argelia, Benin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cabo Verde, Camerún, Chad, Comoras, Congo, Côte d'Ivoire, Etiopía, Gabón, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea-Bissau, Guinea Ecuatorial, Kenya, Lesotho, Liberia, Madagascar, Malawi, Malí, Mauricio, Namibia, Níger, Nigeria, República Centroafricana, República Unida de Tanzania, Rwanda, Senegal, Sierra Leona, Sudáfrica, Swazilandia, Togo, Uganda, Zambia y Zimbabwe

La 63.^a Asamblea Mundial de la Salud,

PP1 Habiendo examinado el informe sobre falsificación de productos médicos;¹

PP2 Recordando la resolución WHA41.16 sobre uso racional de los medicamentos, en la que se pedía al Director General que emprendiera programas para la prevención y detección de la exportación, la importación y el contrabando de preparaciones farmacéuticas indebidamente etiquetadas, adulteradas, falsificadas o que no se ajustan a las normas de calidad exigidas;

PP3 Recordando la resolución WHA47.13 sobre uso racional de los medicamentos, en la que se pedía al Director General que apoyara a los Estados Miembros en sus esfuerzos para combatir la utilización de medicamentos falsificados;

PP4 Recordando la resolución WHA52.19 sobre la estrategia revisada en materia de medicamentos, y en particular la petición que se hacía a la Directora General para que elaborara y difundiera directrices uniformes sobre el control reglamentario, la exportación, la importación y las condiciones de tránsito de los productos farmacéuticos; y que elaborara normas en materia de prácticas para las entidades que participan en el comercio internacional de preparaciones farmacéuticas y materias primas farmacéuticas;

PP5 Recordando las continuas y repetidas peticiones que las autoridades reguladoras de los Estados Miembros reunidas en el marco de las Conferencias Internacionales de Organismos de Re-

¹ Documento A63/23.

glamentación Farmacéutica han hecho a la OMS para que ayude a los Estados Miembros a adoptar medidas para luchar contra la falsificación de medicamentos;

PP6 Preocupada por la situación actual, en la que sigue habiendo comercio internacional de productos médicos falsificados que constituyen una importante amenaza para la salud pública, especialmente en las zonas más pobres de los países en desarrollo, donde la capacidad de reglamentación y las autoridades encargadas del cumplimiento de la ley son débiles, y donde los productos médicos falsificados suponen un obstáculo a la credibilidad y eficacia de los sistemas de salud;

PP7 Reconociendo que el objetivo fundamental de la lucha contra la fabricación, distribución y utilización de productos médicos falsificados es la protección de la salud pública y que las principales víctimas de la falsificación son los pacientes y el público en general;

PP8 Reconociendo que la lucha contra la falsificación de productos médicos es un aspecto específico para asegurar la calidad, seguridad y eficacia de los productos médicos;

PP9 Reconociendo la importancia de asegurar que la lucha contra la falsificación de productos médicos no menoscabe la disponibilidad de medicamentos genéricos legítimos;

PP10 Reconociendo los logros de diversas iniciativas y los progresos alcanzados desde 1988 por las directrices específicas de la OMS para luchar contra la falsificación de productos médicos, así como el mejoramiento de las directrices sobre procedimientos de importación de productos farmacéuticos, inspección de canales de distribución de medicamentos y buenas prácticas de distribución de productos farmacéuticos;

PP11 Consciente de la importancia de asegurar la colaboración efectiva entre los pacientes, los profesionales de la salud, el sector privado y las instituciones oficiales a fin de luchar eficazmente contra la falsificación de productos médicos;

PP12 Consciente de la importancia de velar por la colaboración y el intercambio de información en el plano internacional para luchar eficazmente contra la falsificación de productos médicos;

PP13 Tomando nota con satisfacción de que la Directora General ha intensificado las actividades destinadas a reforzar la colaboración internacional para luchar contra la falsificación de productos médicos, y que la OMS desempeña un papel de liderazgo en esas actividades;

PP14 Reconociendo la contribución de todas las partes interesadas que han asumido sus responsabilidades en cumplimiento de las disposiciones contenidas en las resoluciones WHA41.16, WHA47.13 y WHA52.19, que se centran específicamente en la lucha contra la falsificación de productos médicos y alientan a todas las partes a perseverar en esa lucha;

PP15 Invitando a los organismos bilaterales, a los órganos multilaterales dentro y fuera del sistema de las Naciones Unidas y a las organizaciones voluntarias a que colaboren con los países en desarrollo y les presten apoyo para establecer y ejecutar programas encaminados a combatir la falsificación de productos médicos, y expresando su reconocimiento a los países que ya están realizando esa labor;

PP16 Pidiendo a los gobiernos, a los fabricantes de medicamentos y a otras partes interesadas que cooperen en la detección, investigación y prevención de la creciente penetración en el comercio internacional de productos médicos falsificados y de otros productos de calidad inferior a la norma;

PP17 Consciente de las repercusiones de salud pública de la falsificación de medicamentos en el logro del Objetivo de Desarrollo del Milenio 8, que se refiere a la colaboración internacional, y en particular el logro de la meta 8.E, relativa a la disponibilidad y accesibilidad de medicamentos de calidad,

1. INSTA a los Estados Miembros a:

- 1) que reafirmen su compromiso de elaborar y aplicar políticas nacionales, de llevar a cabo un seguimiento de las mismas, y adopten todas las medidas necesarias para garantizar el acceso a productos médicos que cumplan las normas reglamentarias;
- 2) que establezcan y hagan cumplir disposiciones legislativas y reglamentos que prevengan la fabricación, la exportación, la importación o el comercio internacional de productos médicos falsificados, y reglamenten y vigilen los sistemas de suministro y distribución;
- 3) que establezcan mecanismos eficaces de coordinación y colaboración, incluido el intercambio de información entre las autoridades sanitarias, las instituciones encargadas de hacer cumplir la ley y otras instancias competentes para mejorar la prevención, la detección, la investigación y el enjuiciamiento en los casos de falsificación de productos médicos;
- 4) que fomenten la concienciación de los profesionales sanitarios y los consumidores con respecto a los riesgos que plantea el uso de productos médicos falsificados, en especial los adquiridos de proveedores no autorizados y de sitios de Internet;

2. PIDE a la Directora General:

- 1) que siga considerando los productos médicos falsificados como parte integral, dentro del marco existente, del establecimiento de normas en materia de calidad, seguridad y eficacia;
- 2) que brinde apoyo a los Estados Miembros para que elaboren y pongan en práctica políticas y programas dirigidos a combatir los productos médicos falsificados, en particular facilitando el intercambio de información a nivel internacional, elaborando instrumentos, formulando directrices, impartiendo capacitación, emprendiendo iniciativas de sensibilización y preparando métodos de evaluación y monitoreo;
- 3) que siga preparando y distribuyendo información independiente y oportuna sobre los casos de falsificación de productos médicos;
- 4) que coopere con los Estados Miembros que lo soliciten, y con organizaciones internacionales y otras partes interesadas, en la detección, el seguimiento y el análisis de los casos de falsificación de productos médicos y sus repercusiones en la salud pública;
- 5) que informe a la 65.^a Asamblea Mundial de la Salud, por conducto del Consejo Ejecutivo, de los progresos logrados y los problemas encontrados en la aplicación de la presente resolución.

Punto 11.3 del orden del día

**A63/A/Conf.Paper n.º 7
18 de mayo de 2010**

Medidas para garantizar el acceso a productos médicos seguros, eficaces, de calidad y asequibles

Proyecto de resolución presentado por las delegaciones de la India y Tailandia

La 63.^a Asamblea Mundial de la Salud,

PP1 Recordando la Constitución de la OMS, que dice que «La finalidad de la Organización Mundial de la Salud será alcanzar para todos los pueblos el grado más alto posible de salud»;

PP2 Recordando los principios de la Estrategia mundial y plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual adoptada por la Asamblea Mundial de la Salud en su resolución WHA61.21;

PP3 Destacando la importancia de garantizar el acceso a medicamentos, tecnologías y otros productos sanitarios asequibles a las personas que los necesitan, y de asegurar al mismo tiempo la calidad, seguridad y eficacia de los productos médicos,¹ y fomentar el uso racional de los medicamentos;

PP4 Preocupada por los informes sobre productos médicos con problemas de calidad, seguridad y eficacia, y destacando la necesidad de garantizar la disponibilidad de productos médicos seguros, eficaces, de calidad y asequibles;

PP5 Reconociendo que los productos médicos indebidamente etiquetados o de calidad inferior a la norma pueden tener graves consecuencias para la salud de la población;

PP6 Tomando nota de que el término «falsificación» y su definición están relacionados con la violación de los derechos de propiedad intelectual y no deberían equipararse con los productos médicos que presentan problemas de calidad, seguridad y eficacia;

PP7 Tomando nota de que el Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio define las «mercancías de marca de fábrica o de comercio falsificadas» como «cualesquiera mercancías, incluido su embalaje, que lleven apuesta sin autorización una marca de fábrica o de comercio idéntica a la marca válidamente registrada para tales mercancías, o que no pueda distinguirse en sus aspectos esenciales de esa marca, y que de ese modo lesione los derechos que al titular de la marca de que se trate otorga la legislación del país de importación»;²

PP8 Reconociendo que las cuestiones relacionadas con la protección y la observancia del derecho de propiedad intelectual son distintas de las relacionadas con la calidad, seguridad y eficacia de los productos médicos;

¹ De aquí en adelante se entenderá que la expresión «productos médicos» incluye las vacunas, los productos diagnósticos y los medicamentos, de conformidad con la resolución WHA59.24.

² Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio, artículo 51, nota al pie 14(a).

PP9 Gravemente preocupada por numerosos incidentes relacionados con medidas para hacer cumplir los derechos de propiedad intelectual que han dado lugar a la incautación injustificada de medicamentos genéricos, afectando así el acceso oportuno de la población de los países en desarrollo, y en particular de los países menos adelantados, a productos médicos eficaces asequibles;

PP10 Reconociendo que se está confundiendo la violación de los derechos de propiedad intelectual con el tema de la calidad, seguridad y eficacia;

PP11 Reconociendo que el alto precio de los productos médicos da lugar a inequidades en el acceso y facilita la proliferación de productos médicos con problemas de calidad, seguridad y eficacia;

PP12 Resuelta a tomar medidas inmediatas para fomentar la disponibilidad de productos médicos asequibles, de calidad, seguros y eficaces;

PP13 Reconociendo la necesidad de fomentar medidas para abordar las cuestiones relacionadas con la calidad, seguridad y eficacia de los productos médicos que no se conviertan ellas mismas en obstáculos a la disponibilidad oportuna de productos médicos asequibles y a la producción de productos médicos genéricos;

PP14 Reconociendo que el Grupo Especial Internacional contra la Falsificación de Productos Médicos, o su mandato, no han sido aprobados por ningún órgano deliberante de la OMS y que hay conflictos de interés en su composición,

1. INSTA a los Estados Miembros:

- 1) a que adopten medidas para fortalecer los organismos nacionales de reglamentación farmacéutica mediante la potenciación de su capacidad para garantizar a toda la población, y en particular a los grupos vulnerables, el acceso a productos médicos seguros, eficaces, de calidad y asequibles;
- 2) a que hagan frente a las causas básicas de la circulación de medicamentos con problemas de seguridad, eficacia y calidad, tales como la escasa capacidad de reglamentación, la promoción de medicamentos contraria a la ética o el alto precio de los productos médicos;
- 3) a que adopten medidas para eliminar los obstáculos al acceso a productos médicos de calidad, seguros, eficaces y asequibles;
- 4) a que garanticen la incorporación de salvaguardias de salud pública, y en particular la reafirmación de la Declaración de Doha relativa al Acuerdo sobre los ADPIC y la Salud Pública, en sus leyes nacionales sobre la propiedad intelectual;
- 5) a que apliquen políticas comerciales, de propiedad intelectual y de otra índole que no limiten el espacio de las políticas de salud, y en particular el acceso a productos médicos de calidad, seguros, eficaces y asequibles, así como la producción de productos médicos genéricos;
- 6) a que se abstengan de aplicar medidas para hacer observar los derechos de propiedad intelectual, tales como la incautación de productos médicos en tránsito, que creen obstáculos al comercio legítimo de medicamentos genéricos e impidan el acceso a los productos médicos, especialmente en los países en desarrollo;
- 7) a que fomenten una colaboración estrecha entre los organismos nacionales de reglamentación farmacéutica para que compartan información, técnicas de inspección y métodos de análisis;

2. PIDE a la Directora General:

- 1) que preste apoyo a los Estados Miembros que lo soliciten para fortalecer las autoridades nacionales de reglamentación farmacéutica, centrándose en el mejoramiento de la capacidad, los conocimientos técnicos, la infraestructura y las instalaciones, y en la promoción de sistemas sólidos para lograr que los productos médicos disponibles en su jurisdicción sean de calidad, seguros y eficaces;
 - 2) que preste apoyo para el desarrollo de técnicas y métodos de prueba nuevos para el uso de las autoridades nacionales de reglamentación a fin de que estas velen por la calidad, seguridad y eficacia de los productos médicos;
 - 3) que remplace la participación de la OMS en el Grupo Especial Internacional contra la Falsificación de Productos Médicos con un programa eficaz para abordar los problemas de la calidad, la seguridad y la eficacia que se detallan en esta resolución, y que procure que el nuevo programa evite los conflictos de intereses, se base en datos científicos, sea transparente y sea orientado por los Estados Miembros;
 - 4) que propugne por que la OMS no se vea inmiscuida en la violación de los derechos de propiedad intelectual y otras medidas que pudieran socavar la disponibilidad de productos médicos de calidad, seguros, eficaces y asequibles y la producción de productos médicos genéricos;
 - 5) que implante medidas para velar por que el cumplimiento de los derechos de propiedad intelectual no inhiba el acceso a productos médicos asequibles;
 - 6) que informe acerca de la aplicación de esta resolución a la 64.^a Asamblea Mundial de la Salud y posteriormente cada dos años, por conducto del Consejo Ejecutivo.
-

ANEXOS

ANEXO 1

Política relativa a la participación de la OMS en alianzas mundiales en pro de la salud y a los acuerdos de acogida¹

[A63/44, anexo - 22 de abril de 2010
y Corr.1 - 13 de mayo de 2010]

1. En el presente documento figura la política de la OMS que proporciona un marco rector para que la Organización evalúe las posibilidades de participar en diferentes tipos de alianzas en pro de la salud y decida al respecto; además, facilita parámetros específicos que se aplicarán en los casos en que la OMS acepte acoger una alianza formal.
2. El conjunto de criterios que figuran más adelante tiene la finalidad de orientar a las instancias decisorias de la OMS acerca del momento y la forma de su participación en alianzas y la manera más conveniente de desarrollar, revisar o dar por concluida esa participación. Como norma general, la OMS apoya mecanismos internos que facilitan la colaboración y no requieren estructuras de gobierno separadas.
3. En el último decenio el número de alianzas mundiales, iniciativas y otras formas de colaboración en pro de la salud ha aumentado constantemente. El término «alianzas» se está utilizando genéricamente para designar diferentes estructuras, relaciones y arreglos de organización, tanto en la OMS como fuera de ella, concebidos para promover la colaboración con miras a lograr mejores resultados sanitarios. Esto abarca desde entidades jurídicamente constituidas con mecanismos de gobierno propios, hasta modalidades más simples de colaboración con diversas partes interesadas. Para designarlas se utilizan términos tales como «asociación», «alianza», «red», «programa», «colaboración por proyecto», «campana conjunta» y «grupo especial»; sin embargo, estos términos no indican diferentes tipos de alianzas.
4. Entre las diferentes alianzas figuran tanto entidades jurídicamente constituidas exteriores a la OMS (por ejemplo, el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, la Alianza para Vacunas e Inmunización (GAVI), la Operación Medicamentos Antipalúdicos) como alianzas no constituidas jurídicamente interiores a la OMS con mecanismos de gobierno propios (por ejemplo, la Alianza Alto a la Tuberculosis, la Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño, la Alianza para Hacer Retroceder el Paludismo, el UNITAID, la Alianza Mundial en pro del Personal Sanitario, y la Red de Sanimetría).
5. Como parte de sus funciones básicas, la OMS gestiona varias iniciativas de colaboración que dependen plenamente de su control administrativo y responsabilidad, no cuentan con un mecanismo de gobierno propio y están concebidos como medios de cooperación con distintas partes interesadas. Entre esas iniciativas figuran diferentes redes, programas, grupos especiales y fórmulas de colaboración en proyectos, como la Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos, la Red Mundial contra las Enfermedades No Transmisibles, el Programa de erradicación del gusano de Guinea, el Proyecto Vacunas contra la

¹ Véase la resolución WHA63.10.

Meningitis, la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis, y el Grupo Especial Mundial de Lucha contra el Cólera.

Definición

6. A los fines de esta política, por «alianzas formales» se entienden las asociaciones que pueden estar dotadas o no de personalidad jurídica propia pero cuentan con mecanismos de gobierno propios (por ejemplo, una junta o un comité directivo) que adopta decisiones relativas a dirección, planes de trabajo y presupuestos. En la actualidad la OMS acoge varias alianzas formales que no se han constituido jurídicamente. El proceso de adopción de decisiones para la participación de la OMS en alianzas, que se describe más adelante, se aplica en todos los casos, ya se trate de alianzas exteriores o interiores a la Organización.

Crterios para la participación de la OMS en una alianza

7. En toda situación en que la Secretaría determine que es conveniente participar en una alianza o se le pida que así lo haga, la Organización utilizará un árbol de decisión (véase el apéndice) basado en los criterios que figuran más adelante, a fin de examinar esas peticiones e identificar alternativas, según proceda. Este procedimiento se aplica a todas las formas de asociación, independientemente de que estén acogidas o no por la OMS, o a las asociaciones no acogidas por la OMS en las que la OMS desee actuar como un asociado en el plano técnico o se le pida que así lo haga.

8. Los siguientes criterios se utilizarán para evaluar futuras alianzas y orientarán las relaciones con las alianzas formales existentes:

- a) **La alianza evidencia un claro valor añadido para la salud pública** en lo que concierne a movilización de asociados, conocimientos y recursos y creación de sinergias, y por lo tanto facilitaría el logro de un objetivo de salud pública que de otra manera no se podría conseguir en la misma medida.
- b) **La alianza tiene un objetivo bien definido relacionado con un área de trabajo prioritaria de la OMS** reflejada en los objetivos estratégicos de la OMS y para cuya consecución se han fijado plazos realistas. La participación supondrá una ampliación de las funciones básicas, las políticas y las ventajas comparativas de la OMS respecto de otras organizaciones y reforzará la calidad e integridad de los programas y trabajos de la OMS.
- c) **La alianza se rige por normas y criterios establecidos por la OMS.**
- d) **La alianza apoya los objetivos nacionales de desarrollo.** En caso de que una alianza actúe en el ámbito nacional y procure contribuir al desarrollo de la capacidad del país, la participación de la OMS ayudará a armonizar los esfuerzos y, consiguientemente, a reducir la carga general de gestión para los países.
- e) **La alianza asegura la participación adecuada y apropiada de las partes interesadas.** Los objetivos acordados de la alianza se afianzarán mediante la participación activa de todas las partes interesadas (incluidos, según proceda, los beneficiarios, la sociedad civil y el sector privado) y el respeto de sus respectivos mandatos. Las alianzas pueden beneficiarse de la contribución de organizaciones y organismos ajenos al sector de la salud pública tradicional cuando ello sea pertinente.

- f)* **Las funciones de los asociados están claramente definidas.** Para que la OMS participe en una alianza ésta deberá aprovechar claramente las ventajas comparativas de los asociados, evitar la duplicación de actividades de la Organización y los asociados, y la introducción de sistemas paralelos.
- g)* **Los costos de transacción relacionados con una alianza se deben evaluar junto con sus potenciales beneficios y riesgos.** Se deberá evaluar y cuantificar la carga de trabajo adicional prevista para la OMS (en todos los niveles).
- h)* **La consecución del objetivo de salud pública tiene precedencia sobre los intereses especiales de los participantes.** Los riesgos y las responsabilidades dimanantes de las alianzas publicoprivadas se identificarán y gestionarán mediante la elaboración y la aplicación de salvaguardias que incorporen consideraciones relativas a conflictos de intereses. La alianza contará con mecanismos para gestionar los conflictos de intereses. Toda vez que se considere la posibilidad de establecer vínculos de asociación con empresas comerciales con fines de lucro se deberán tener en cuenta los potenciales conflictos de intereses como parte de la concepción y la estructura de la alianza.
- i)* **La estructura de la alianza debe corresponder a las funciones propuestas.** La concepción de la estructura de la alianza corresponderá a su función. Por ejemplo, las alianzas con un elemento de financiación importante pueden necesitar una estructura de gobierno más formalizada, con un claro mecanismo de rendición de cuentas por las decisiones concernientes a la financiación. Aquellas cuyo principal cometido sea la coordinación podrían funcionar eficazmente sin una estructura de gobierno formalizada. Las redes centradas en tareas específicas pueden ser muy eficaces y eficientes para lograr las metas de la alianza con la máxima flexibilidad y pueden reducir los costos de transacción frecuentemente relacionados con estructuras y mecanismos de gobierno formalizados.
- j)* **La alianza debe contar con un mecanismo de evaluación y/o autovigilancia independiente y externo.** El plazo, la finalidad, los objetivos, la estructura y el funcionamiento de una alianza se examinarán regularmente y se modificarán según proceda. Los criterios para modificar o dar por finalizada una alianza se presentarán claramente, junto con un examen de los planes de transición.

Acuerdos de acogida

9. En algunos casos, la OMS conviene en acoger una alianza formal que carezca de personalidad jurídica propia. La acogida se considerará un arreglo excepcional que deberá ser indudablemente beneficioso para todas las partes.
10. En el contexto de las consideraciones generales concernientes a las alianzas formales acogidas por la OMS se debe asegurar que el mandato de la alianza y sus condiciones de acogida sean compatibles con el mandato constitucional y los principios de la OMS y no supongan cargas adicionales para la Organización; que minimice los costos de transacción para la OMS, añada valor a sus trabajos y responda a su sistema de rendición de cuentas.
11. La decisión de la OMS de albergar una alianza oficial está supeditada ante todo y principalmente a la participación de la Organización en dicha alianza como asociado estratégico y técnico. Más importante aún, la OMS debe integrar el órgano directivo de la alianza y participar plenamente en él. Además, la alianza deberá reconocer y complementar el mandato y las funciones básicas de la OMS, estar en armonía con ellos y evitar toda duplicación y competencia.

12. La OMS velará por que su acogida de la alianza y la prestación de sus servicios de secretaría sean compatibles con el sistema de rendición de cuentas de la OMS¹ y su plataforma operacional (que abarca actividades normativas, jurídicas, financieras, de comunicación y administrativas) y preserven la integridad y la reputación de la OMS. El examen y la aplicación de los acuerdos de acogida se realizarán de conformidad con el marco proporcionado por la Constitución, el Reglamento Financiero y las Normas de Gestión Financiera y el Estatuto del Personal y el Reglamento de Personal, y las normas administrativas y de otra índole de la OMS («normas de la OMS»). Cuando la OMS actúe como anfitrión, las actividades de la secretaría de la alianza se administrarán, en todos sus aspectos, con arreglo a las normas de la OMS.

13. La acogida de una alianza por parte de la OMS va más allá de la simple prestación de servicios administrativos. La secretaría de una alianza acogida formará parte de la Secretaría de la OMS y, por lo tanto, compartirá la identidad y la condición jurídica de la Organización. En particular, el personal de la alianza disfrutará, en su calidad de funcionarios de la OMS, de las prerrogativas e inmunidades aplicables para la protección de sus funciones. A tal fin, es esencial que la función de la secretaría forme parte de las funciones de la OMS y se perciba como tal. Esta consideración es particularmente pertinente para Suiza, el país anfitrión de la sede de la OMS, que ha otorgado a la Organización y a su personal prerrogativas, inmunidades y facilidades para el desempeño de su mandato constitucional. Con miras al cumplimiento del Acuerdo de Residencia con el Consejo Federal de Suiza, las funciones de la secretaría de la alianza formarán parte de las funciones generales de la OMS y no podrán considerarse separadamente de ellas. Al considerar la posibilidad de acoger alianzas formales el Director General de la OMS realizará consultas con las autoridades de Suiza.

14. El Director General presentará al Consejo Ejecutivo toda propuesta de acogida de una alianza formal por la OMS, para que la examine y decida al respecto.

Recursos humanos

15. Aunque generalmente el órgano directivo de cada alianza determina la estructura de organización y los cometidos específicos de su secretaría, el personal de la secretaría se selecciona, gestiona y evalúa de conformidad con las normas de la OMS. Ese personal se contratará únicamente para desempeñar funciones en la secretaría de la alianza.

16. En lo que respecta al jefe de la secretaría de una alianza, la persona que deba desempeñar esa función será designada por el Director General con arreglo al Estatuto del Personal, el Reglamento de Personal y los procedimientos de selección de personal de la OMS y en consulta con el órgano directivo de la alianza. Asimismo, el desempeño del jefe de la secretaría de una alianza se evaluará mediante el sistema de la OMS para la gestión y la mejora del desempeño, con la posibilidad de recibir retroinformación del órgano directivo de la alianza.

Gestión financiera y de programas

17. Las alianzas formales en cuyo marco la OMS *no* ejerce de forma exclusiva las funciones de gobernanza y planificación estratégica y operacional quedarán fuera del presupuesto por programas. Este enfo-

¹ Con particular referencia al Artículo 37 de la Constitución de la OMS cuyo texto es el siguiente: «En el cumplimiento de sus deberes, el Director General y el personal no solicitarán ni recibirán instrucciones de ningún gobierno ni de ninguna autoridad ajena a la Organización. Se abstendrán de actuar en forma alguna que sea incompatible con su condición de funcionarios internacionales. Cada uno de los Miembros de la Organización se compromete, por su parte, a respetar el carácter exclusivamente internacional del Director General y del personal y a no tratar de influir sobre ellos».

que señala una distinción entre las alianzas formales y los programas de la OMS. Se deberán crear cuentas separadas para cada alianza, a fin de que los correspondientes ingresos y gastos se consignen y notifiquen separadamente respecto de las cuentas de la OMS. La OMS deberá invertir todo saldo en efectivo o equivalente al efectivo disponible para uso de la alianza, de conformidad con sus propios reglamentos. Si bien esas alianzas no se incluyen en el presupuesto por programas, su labor debe generar sinergias con los correspondientes objetivos estratégicos de la OMS.

18. Independientemente de su condición en el presupuesto por programas, todos los pagos con cargo a las cuentas de una alianza se realizarán de conformidad con el Reglamento Financiero y las Normas de Gestión Financiera de la OMS, a fin de permitir un seguimiento adecuado de la responsabilidad financiera de los destinatarios de subvenciones y otros beneficiarios, así como de los progresos realizados hacia el logro de los objetivos del programa.

19. En lo que concierne a la gestión financiera de las alianzas formales no incluidas en el presupuesto por programas, la secretaría de la alianza deberá preparar estados de cuentas separados, en los que figurarán los ingresos y los gastos, certificados por la Oficina del Contador Jefe de la OMS, con el fin de presentarlos anualmente al órgano directivo de la alianza. Por lo general, los estados de cuentas serán objeto de un dictamen separado del Comisario de Cuentas de la OMS. Además, todas las alianzas estarán sujetas a auditorías internas de conformidad con el Reglamento Financiero, las Normas de Gestión Financiera y las prácticas financieras de la OMS. Antes de seleccionar un nuevo jefe de la secretaría de una alianza, el Director General podrá solicitar una auditoría interna de la alianza.

20. Como una excepción a lo manifestado anteriormente, existe un pequeño número de alianzas formales en las que la OMS no ejerce la función de gobernanza de forma exclusiva, pero esas alianzas contribuyen directa y plenamente a la consecución de los resultados e indicadores previstos para toda la Organización que figuran en el presupuesto por programas. La labor de esas instituciones es exclusiva respecto de la jerarquía de resultados de la OMS, por la que se rige estrictamente. Esas alianzas figuran en el presupuesto por programas en el segmento presupuestario relativo a programas especiales y arreglos de colaboración. Cabe destacar que ese pequeño grupo incluye programas de investigación establecidos desde hace largo tiempo, cuyas actividades se incorporaron en los trabajos de la OMS hace muchos años.¹

21. En cuanto a los programas de la OMS que contribuyen directamente con una alianza acogida, los costos resultantes se incluirán en los correspondientes resultados previstos, presupuestos y planes de trabajo del presupuesto por programas de la OMS.

Mobilización de recursos y recuperación de costos

22. Cada alianza acogida se encargará de movilizar fondos suficientes destinados a sufragar los gastos necesarios para su buen funcionamiento, incluidos los gastos de su secretaría y de todas las actividades conexas previstas en su presupuesto y plan de trabajo. La obligación de la OMS de ejecutar cualquier aspecto particular del plan de trabajo de la alianza dependerá de que la OMS reciba todos los fondos necesarios. Las alianzas acogidas coordinarán estrechamente con la OMS la movilización de recursos, y se les pedirá que indemnicen a la Organización por cualesquiera riesgos y pasivos financieros en que ésta incurra en el desempeño de sus funciones de anfitrión. La recaudación de fondos del sector privado comercial por

¹ Programa Especial UNICEF/PNUD/Banco Mundial/OMS de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales y Programa Especial PNUD/UNFPA/OMS/Banco Mundial de Investigaciones, Desarrollo y Formación de Investigadores sobre Reproducción Humana.

parte de una alianza acogida por la OMS se regirá por las directrices de la Organización relativas a la interacción con las empresas comerciales.

23. A menos que en el acuerdo de acogida se disponga otra cosa, se reembolsarán a la OMS sus gastos de apoyo al programa conforme lo determine la Asamblea de la Salud y/o la política interna de la OMS. Las alianzas acogidas pueden generar un gran volumen de trabajo en diferentes ámbitos de la Organización, incluidos los planos regional y nacional. La OMS procurará obtener el reembolso de todos los gastos de apoyo administrativo y técnico incurridos en el cumplimiento de sus funciones de anfitrión de las alianzas y en la ejecución o el apoyo de sus actividades. Asimismo, se pedirá a las alianzas cuyas actividades tengan repercusiones sobre los recursos humanos de la OMS en los planos regional y nacional que sufragan los gastos correspondientes. En los acuerdos de acogida también se establecerá la obligación de las alianzas de compensar a la OMS por los costos, gastos y reembolsos que haya tenido que sufragar como resultado de las actividades de la secretaría de las alianzas.

Comunicaciones

24. A fin de proteger la integridad de la alianza y de la OMS, la secretaría de la alianza se regirá por las directrices y los procedimientos administrativos de la OMS relativos a las comunicaciones internas y externas (incluidos los productos para los medios de comunicación, las publicaciones, los informes técnicos y el material de promoción). Las comunicaciones oficiales que realice la secretaría de la alianza con Estados Miembros, oficinas y funcionarios de la OMS seguirán las vías habituales de la OMS.

Evaluación y «cláusula de terminación»

25. Los acuerdos de la OMS con todas las alianzas acogidas incluirán una cláusula de «evaluación y terminación» en virtud de la cual se llevará a cabo una evaluación antes de la expiración de cada acuerdo de acogida, sobre la base del desempeño de la alianza, su relación con la OMS, la constante demanda o las nuevas alternativas para fomentar la colaboración y las expectativas para el futuro. En colaboración con las alianzas, la OMS elaborará un marco de seguimiento y evaluación a los fines de esa cláusula.

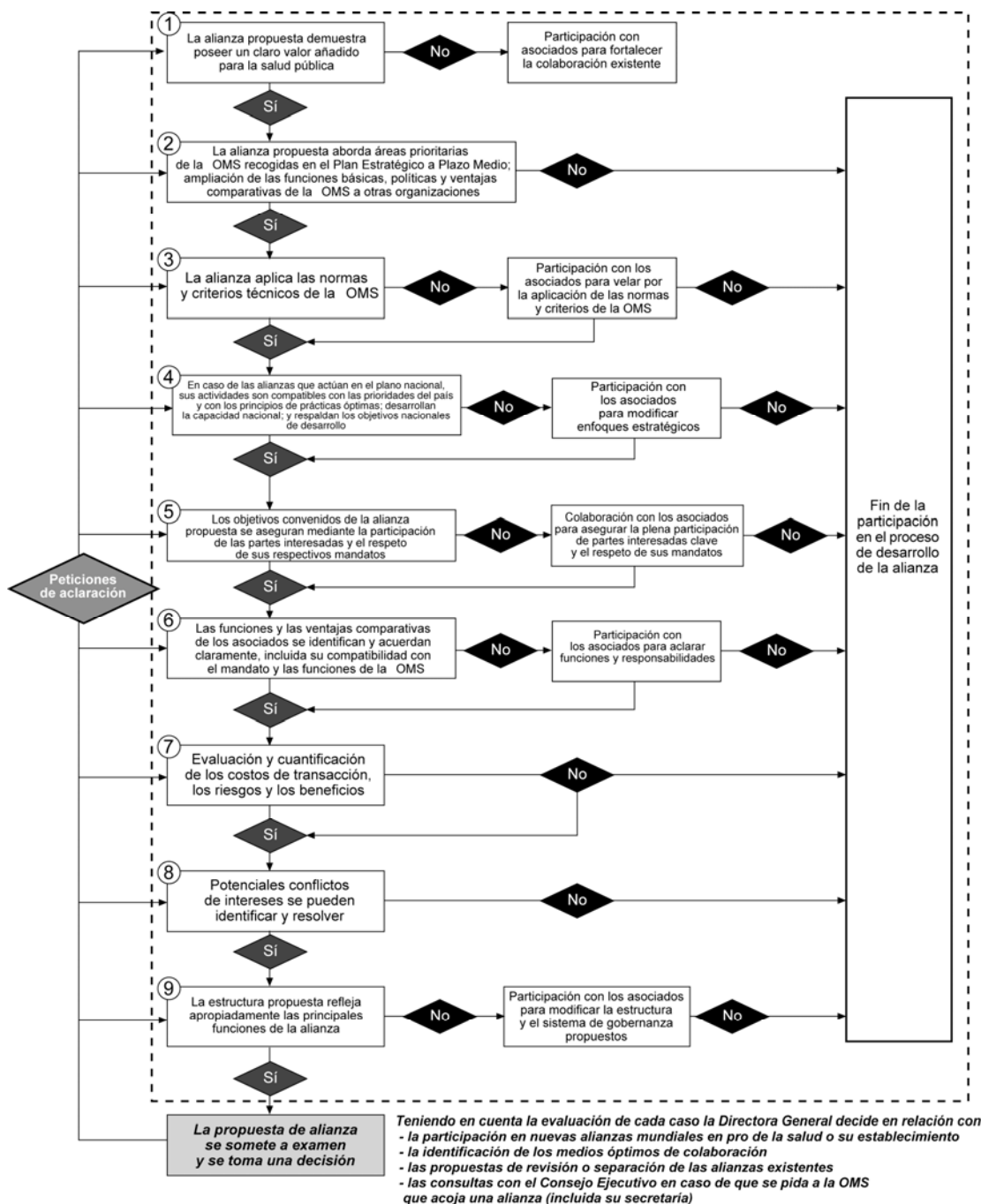
26. Una vez realizada la evaluación, la OMS y la alianza examinarán los resultados con miras a escoger uno de cuatro enfoques posibles, a saber: 1) prorrogar el acuerdo por un periodo especificado; 2) formular recomendaciones para introducir cambios en la estructura y/o en el propósito de la alianza y para revisar el acuerdo de acogida de la OMS; 3) incorporarla en la OMS con especificaciones claras para asegurar la colaboración amplia y participativa con los asociados; o 4) separar a la alianza de la OMS.

27. La aplicación y los efectos de esta política se examinarán y actualizarán periódicamente.

28. El Director General preparará directrices y procedimientos operativos para guiar a la Secretaría en la aplicación de esta política.

Apéndice

Árbol de decisión para evaluar los criterios de participación de la OMS en alianzas



ANEXO 2

Texto modificado del Acuerdo entre el Office international des Épizooties y la Organización Mundial de la Salud¹

[A63/46 - 22 de abril de 2010]

Artículo IV

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

- 4.1 El intercambio recíproco de informes, publicaciones y otras informaciones, en particular el intercambio oportuno de información sobre focos de zoonosis y de enfermedades de transmisión alimentaria. Ambas Partes concertarán arreglos especiales para coordinar la respuesta ante los focos de zoonosis y/o de enfermedades de transmisión alimentaria de importancia, reconocida o potencial, para la salud pública internacional.
- 4.2 La organización, tanto a nivel regional como mundial, de reuniones y conferencias sobre zoonosis, enfermedades de transmisión alimentaria y cuestiones conexas, tales como las prácticas de alimentación animal y la resistencia antimicrobiana relacionada con el uso prudente de agentes antimicrobianos en zootecnia, y las políticas y programas de contención o de control de estas enfermedades
- 4.3 La elaboración conjunta y la promoción de programas nacionales, regionales o mundiales de control o de eliminación de las principales zoonosis y enfermedades de transmisión alimentaria o sobre cuestiones emergentes o reemergentes de interés común, y la asistencia técnica conjunta para esos programas.
- 4.4 El fomento y fortalecimiento, especialmente en los países en desarrollo, de la educación y operacionalización en el ámbito de la salud pública veterinaria y de la cooperación eficaz entre los sectores de salud pública y de sanidad animal o veterinaria.
- 4.5 El fomento y coordinación internacionales de las actividades de investigación sobre zoonosis, salud pública veterinaria e inocuidad de los alimentos.
- 4.6 El fomento y refuerzo de la colaboración entre la red de Centros y Laboratorios de Referencia del OIE y la red de Centros Colaboradores y Laboratorios de Referencia de la OMS para consolidar su apoyo a los Estados Miembros de la OMS y a los Miembros del OIE sobre asuntos de interés común.
- 4.7 La preparación conjunta de normas internacionales relacionadas con aspectos pertinentes de la producción pecuaria que tengan repercusiones en la inocuidad de los alimentos, en colaboración con otros organismos internacionales apropiados.

¹ Véase la resolución WHA63.11.

ANEXO 3

Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol¹

[A63/13 - 25 de marzo de 2010]

Panorama general

1. El uso nocivo del alcohol² tiene graves repercusiones en la salud pública y es considerado uno de los principales factores de riesgo de la mala salud a nivel mundial. En el marco de este proyecto de estrategia, el concepto de uso nocivo del alcohol³ es una noción amplia que abarca el consumo de alcohol que provoca efectos sanitarios y sociales perjudiciales para el bebedor, para quienes lo rodean y para la sociedad en general, así como las pautas de consumo de alcohol asociadas a un mayor riesgo de resultados sanitarios perjudiciales. El uso nocivo del alcohol compromete tanto el desarrollo individual como el social, y puede arruinar la vida del bebedor, devastar a su familia y desgarrar la urdimbre de la comunidad.

2. El uso nocivo del alcohol contribuye de forma importante a la carga mundial de morbilidad, y ocupa el tercer lugar entre los principales factores de riesgo de muerte prematura y discapacidad a nivel mundial.⁴ Se estima que en 2004 murieron en todo el mundo unos 2,5 millones de personas, incluidos 320 000 jóvenes de 15 a 29 años, por causas relacionadas con el alcohol. El uso nocivo del alcohol fue el responsable del 3,8% de la mortalidad mundial ese año, así como del 4,5% de la carga mundial de morbilidad expresada como pérdida de años de vida ajustados en función de la discapacidad, aun teniendo en cuenta el pequeño efecto protector del consumo bajo de alcohol, especialmente contra la cardiopatía coronaria, en algunas personas de más de 40 años.

3. El consumo nocivo de alcohol es uno de los principales factores de riesgo evitables de los trastornos neuropsiquiátricos y otras enfermedades no transmisibles, como las cardiovasculares, la cirrosis hepática y diversos cánceres. Para algunas enfermedades no hay indicios de un efecto de umbral en la relación entre el riesgo y el nivel de consumo de alcohol. El uso nocivo del alcohol también está relacionado con varias enfermedades infecciosas, como el VIH/sida, la tuberculosis y la neumonía. Una proporción importante de la carga de morbilidad atribuible al consumo nocivo de alcohol consiste en traumatismos intencionales o no intencionales, en particular los debidos a accidentes de tránsito, violencia y suicidios. Las lesiones mortales atribuibles al consumo de alcohol suelen afectar a personas relativamente jóvenes.

¹ Véase la resolución WHA63.13.

² Una bebida alcohólica es un líquido que contiene etanol (alcohol etílico, comúnmente denominado «alcohol») y está destinado a ser bebido. En la mayoría de los países que cuentan con una definición legal de «bebida alcohólica», el umbral relativo al contenido de etanol por volumen de una bebida está fijado en $\geq 0,5\%$ o $1,0\%$. Las bebidas alcohólicas predominantes son la cerveza, el vino y los licores.

³ En esta estrategia el término «nocivo» se refiere sólo a los efectos del consumo de alcohol en la salud pública, sin perjuicio alguno de las creencias religiosas y las normas culturales.

⁴ Véase el documento A60/14 Add.1, donde se hace una evaluación global de los problemas de salud pública causados por el uso nocivo del alcohol, y *Global Health Risks: Mortality and burden of disease attributable to selected major risk factors*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2009.

4. El grado de riesgo por el uso nocivo del alcohol varía en función de la edad, el sexo y otras características biológicas del consumidor, así como de la situación y el contexto en que se bebe. Algunos grupos y personas vulnerables o en situación de riesgo presentan una mayor sensibilidad a las propiedades tóxicas, psicoactivas y adictivas del etanol. Al mismo tiempo, las pautas de consumo de alcohol que entrañan poco riesgo a nivel individual pueden no estar asociadas con la aparición de efectos sanitarios y sociales negativos ni con un aumento significativo de las probabilidades de que éstos ocurran.

5. Los formuladores de políticas tienen a su alcance una importante base de conocimientos científicos sobre la eficacia y la costoeficacia de las estrategias y las intervenciones de prevención y reducción de los daños relacionados con el alcohol.¹ Aunque gran parte de la evidencia procede de países de ingresos altos, los resultados de metaanálisis y exámenes de los datos disponibles² aportan suficientes conocimientos para fundamentar las recomendaciones de política en lo que se refiere a la eficacia y la costoeficacia comparativas de algunas medidas de política. Si la concienciación es mayor, también es mayor la respuesta a nivel nacional, regional y mundial. No obstante, esas respuestas de política suelen ser fragmentarias y no siempre se corresponden con la magnitud del impacto en la salud y el desarrollo social.

Retos y oportunidades

6. El presente compromiso de reducir el uso nocivo del alcohol ofrece una excelente oportunidad para mejorar la salud y el bienestar social y aliviar la actual carga de morbilidad atribuible al alcohol. Sin embargo, existen grandes desafíos que se han de tener en cuenta en las iniciativas o programas mundiales o nacionales; se trata de:

a) **Reforzar la acción mundial y la cooperación internacional.** Las actuales tendencias sanitarias, culturales y comerciales pertinentes a nivel mundial indican que el uso nocivo del alcohol seguirá siendo un problema de salud en el mundo entero. Es necesario reconocer esas tendencias y aportar respuestas apropiadas a todos los niveles. A este respecto, hace falta orientación global y una mayor colaboración internacional para respaldar y complementar las iniciativas regionales y nacionales.

b) **Posibilitar la acción intersectorial.** La diversidad de los problemas asociados con el alcohol y de las medidas necesarias para reducir los daños relacionados con él apuntan a la necesidad de una acción integral en muchos sectores. Las políticas destinadas a reducir el uso nocivo del alcohol deben trascender el sector de la salud y hacer participar oportunamente a sectores como los del desarrollo, el transporte, la justicia, el bienestar social, la política fiscal, el comercio, la agricultura, la política sobre consumo, la educación y el empleo, así como a actores económicos y de la sociedad civil.

c) **Prestar la atención necesaria.** Las instancias decisorias a menudo conceden poca prioridad a la prevención y la reducción del uso nocivo del alcohol, pese a la contundente evidencia disponible acerca de sus graves efectos en la salud pública. Además, existe una clara discrepancia entre la creciente disponibilidad y asequibilidad de las bebidas alcohólicas en muchos países en desarrollo y de ingresos bajos y medios y la capacidad de esos países para hacer frente a la carga de salud pú-

¹ Véase el documento A60/14, en el que se presentan estrategias e intervenciones basadas en la evidencia para reducir los daños relacionados con el alcohol.

² Véase, por ejemplo: OMS, Serie de Informes Técnicos, n.º 944, 2007 y *Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm*. Copenhague, Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud, 2009.

blica adicional que provoca dicha tendencia. De no conceder a este problema la atención que merece, no se detendrá la propagación de prácticas y normas de uso nocivo del alcohol.

d) **Equilibrar los distintos intereses.** La producción, la distribución, el marketing y la venta de alcohol crean empleo y reportan unos ingresos considerables a los operadores económicos, así como ingresos fiscales a distintos niveles. En ocasiones se considera que las medidas de salud pública orientadas a reducir el uso nocivo del alcohol chocan con otros objetivos, como la libertad de mercado y la posibilidad de elección de los consumidores, y que afectan a los intereses económicos y reducen los ingresos públicos. Los formuladores de políticas se hallan ante el reto de conceder una prioridad adecuada a la promoción y protección de la salud de la población, teniendo presentes al mismo tiempo otros objetivos, intereses y obligaciones, entre ellas las obligaciones jurídicas internacionales. Cabe señalar a este respecto que los acuerdos comerciales internacionales suelen reconocer el derecho de los países a adoptar medidas que protejan la salud humana, siempre que esas medidas no se apliquen de manera que constituyan un medio de discriminación injustificable o arbitraria o restricciones encubiertas del comercio. En este sentido, las iniciativas nacionales, regionales e internacionales deberían tener en cuenta las repercusiones del uso nocivo del alcohol.

e) **Centrarse en la equidad.** Las tasas de consumo de bebidas alcohólicas a nivel poblacional son mucho menores en las sociedades pobres que en las ricas. Sin embargo, para un mismo consumo, las poblaciones más pobres pueden sufrir daños desproporcionadamente más graves atribuibles al alcohol. Urge formular y aplicar políticas y programas eficaces que reduzcan esas disparidades sociales, tanto dentro de los países como entre ellos. También hacen falta políticas eficaces para generar y difundir nuevos conocimientos sobre la compleja interacción entre el consumo nocivo de alcohol y las inequidades sociales y sanitarias, sobre todo entre las poblaciones indígenas y los grupos minoritarios o marginados y en los países en desarrollo.

f) **Tener en cuenta el «contexto» al recomendar medidas.** Gran parte de los datos publicados sobre la eficacia de las intervenciones de política relacionadas con el alcohol corresponden a países de ingresos altos, y se ha manifestado preocupación por el hecho de que la eficacia de esas intervenciones dependa del contexto y de que éstas puedan no ser reproducibles en otros entornos. Sin embargo, muchas intervenciones destinadas a reducir el uso nocivo del alcohol se han llevado a cabo en una amplia variedad de culturas y entornos, y sus resultados suelen ser coherentes y acordes con las teorías en que se sustentan y la base evidencial reunida en áreas similares de la salud pública. Los responsables del desarrollo y la aplicación de las políticas deben aspirar fundamentalmente a idear intervenciones eficaces adaptadas a los contextos locales y a desarrollar mecanismos idóneos de seguimiento y evaluación que proporcionen retroinformación para fundamentar las medidas ulteriores.

g) **Mejorar la información.** Los Estados Miembros, la Secretaría de la OMS, y otros interesados directos han desarrollado sistemas para reunir, analizar y difundir datos sobre el consumo de alcohol, los daños relacionados con el alcohol y las respuestas de política correspondientes. Sigue habiendo grandes lagunas de conocimientos, y es importante hacer más hincapié en la producción y difusión de información y conocimientos para seguir avanzando en este ámbito, especialmente en los países en desarrollo y los países de ingresos bajos y medios. El Sistema Mundial de Información sobre el Alcohol y la Salud, de la OMS, y los sistemas integrados de información regional ofrecen un medio para hacer un mejor seguimiento de los progresos logrados en la reducción del uso nocivo del alcohol a nivel mundial y regional.

Fines y objetivos

7. Los esfuerzos desplegados a nivel nacional y local pueden ser más fructíferos si se ven respaldados por iniciativas regionales y mundiales en el contexto de marcos normativos previamente acordados. Así pues, la finalidad de la estrategia mundial es apoyar y complementar las políticas de salud pública de los Estados Miembros.

8. La visión que anima a la estrategia mundial es la mejora de los resultados sanitarios y sociales de los individuos, las familias y las comunidades, reflejada en particular en una reducción considerable de la morbilidad y la mortalidad atribuibles al uso nocivo del alcohol y de sus consecuencias sociales. Se prevé que la estrategia mundial promoverá y respaldará las iniciativas locales, regionales y mundiales destinadas a prevenir y reducir el uso nocivo del alcohol.

9. La estrategia mundial tiene por objeto ofrecer orientación para actuar a todos los niveles; determinar esferas prioritarias para una acción mundial, y recomendar una serie de opciones de política y medidas que podrían estudiarse para su posible aplicación, adaptándolas según proceda, a nivel nacional, teniendo en cuenta las circunstancias de los países, como el contexto religioso y cultural, las prioridades de salud pública y los recursos y capacidades.

10. La estrategia tiene cinco objetivos:

- a) aumentar la concienciación mundial respecto de la magnitud y la naturaleza de los problemas sanitarios, sociales y económicos causados por el uso nocivo del alcohol, y reforzar el compromiso de los gobiernos para adoptar medidas que contrarresten el uso nocivo del alcohol;
- b) consolidar el acervo de conocimientos sobre la magnitud y los determinantes de los daños relacionados con el alcohol y sobre las intervenciones que reducen y previenen eficazmente esos daños;
- c) incrementar el apoyo técnico prestado a los Estados Miembros y reforzar su capacidad para prevenir el uso nocivo del alcohol y gestionar los trastornos por consumo de alcohol y los problemas de salud asociados;
- d) fortalecer las alianzas e intensificar la coordinación entre los interesados, y aumentar la movilización de los recursos necesarios para adoptar medidas adecuadas y concertadas de prevención del uso nocivo del alcohol;
- e) mejorar los sistemas de seguimiento y vigilancia a distintos niveles, y la difusión y aplicación más eficaz de la información para fines de promoción, desarrollo de políticas y evaluación.

11. El uso nocivo del alcohol y los problemas de salud pública que conlleva están determinados por el nivel general de consumo de alcohol entre la población, las pautas de consumo y los contextos locales. Para alcanzar los cinco objetivos señalados será necesario adoptar medidas de ámbito mundial, regional y nacional con respecto a los niveles, las pautas y los contextos del consumo de alcohol y otros determinantes sociales más amplios de la salud. Se debe hacer especial hincapié en reducir los daños sufridos por las personas del entorno del bebedor y por las poblaciones expuestas a un mayor riesgo en caso de uso nocivo del alcohol, como niños, adolescentes, mujeres en edad fértil, mujeres gestantes y lactantes, poblaciones indígenas y otros grupos minoritarios o con un estatus socioeconómico bajo.

Principios rectores

12. La protección de la salud de la población mediante la prevención y la reducción del uso nocivo del alcohol constituye una prioridad de salud pública. Los principios expuestos a continuación, que guiarán la formulación y aplicación de políticas a todos los niveles, reflejan la gran diversidad de factores determinantes de los daños relacionados con el alcohol y las medidas multisectoriales concertadas necesarias para ejecutar intervenciones eficaces.

- a) La formulación de las políticas públicas y las intervenciones destinadas a prevenir y reducir los daños relacionados con el alcohol debe guiarse por los intereses de salud pública y basarse en objetivos de salud pública claramente definidos y en la mejor evidencia disponible.
- b) Las políticas deben ser equitativas y tener presentes los contextos nacionales, religiosos y culturales.
- c) Todas las partes interesadas tienen la responsabilidad de actuar de manera que no se socave la aplicación de las políticas públicas y las intervenciones destinadas a prevenir y reducir el uso nocivo del alcohol.
- d) Hay que otorgar la debida deferencia a la salud pública en caso de conflicto de intereses y promover enfoques que propicien esa forma de actuar.
- e) La protección de las poblaciones expuestas a un gran riesgo de sufrir daños atribuibles al alcohol y de las expuestas a los efectos del consumo nocivo de terceros debe ser parte integrante de las políticas destinadas a hacer frente al uso nocivo del alcohol.
- f) Las personas y las familias afectadas por el uso nocivo del alcohol deben tener acceso a servicios asequibles y eficaces de prevención y atención.
- g) Los niños, adolescentes y adultos que optan por no consumir bebidas alcohólicas tienen derecho a que se respete su decisión de no beber y a estar protegidos de las presiones para que beban.
- h) Las políticas e intervenciones públicas de prevención y reducción de los daños relacionados con el alcohol deberían abarcar todas las bebidas alcohólicas y el alcohol de sustitución.¹

Políticas y medidas nacionales

13. El uso nocivo del alcohol se puede reducir si los países adoptan medidas eficaces para proteger a su población. Los Estados Miembros tienen la responsabilidad primordial de formular, aplicar, supervisar y evaluar políticas públicas de reducción del uso nocivo del alcohol. Esas políticas necesitan una amplia gama de estrategias de prevención y tratamiento orientadas a la salud pública. Todos los países, independientemente de su nivel de recursos, se verán beneficiados si cuentan con una estrategia nacional y marcos jurídicos apropiados para reducir el uso nocivo del alcohol. En función de las características de las opciones de política y las circunstancias nacionales, algunas políticas se podrán aplicar con arreglo a marcos no jurídicos, como directrices o limitaciones voluntarias. Para que las medidas se apliquen con éxito, habrá

¹ En esta estrategia se habla de «alcohol de sustitución» para referirse a líquidos que por lo general contienen etanol y no se han concebido como bebidas, pero son consumidos por vía oral como sucedáneo de las bebidas alcohólicas con el fin de experimentar un estado de intoxicación u otros efectos asociados al consumo de alcohol.

que respaldarlas con actividades de vigilancia del impacto y el cumplimiento y estableciendo e imponiendo sanciones para los casos en que no se cumplan las leyes y reglamentaciones adoptadas.

14. Un compromiso político sostenido, una coordinación eficaz, una financiación sostenible y la participación oportuna de las administraciones subnacionales, así como de la sociedad civil y los agentes económicos, son esenciales para el éxito de esa empresa. Numerosas instancias decisorias, como ministerios de salud, organismos de transporte u organismos fiscales, deberán tomar parte en la formulación y aplicación de las políticas relativas al alcohol. Los gobiernos han de establecer mecanismos de coordinación eficaces y permanentes, como un consejo nacional sobre el alcohol, integrado por representantes de alto nivel de numerosos ministerios y otros asociados, para garantizar un enfoque coherente en las políticas referentes al alcohol y un equilibrio adecuado entre los objetivos relativos al uso nocivo del alcohol y otros objetivos de políticas públicas.

15. Los ministerios de salud tienen un papel crucial que desempeñar en la concertación con los demás ministerios y las partes interesadas que se necesitan para formular y aplicar eficazmente las políticas. También deben velar por que la planificación y la aplicación de las estrategias e intervenciones de prevención y tratamiento se coordinen con las correspondientes a otros problemas de salud conexos de alta prioridad para la salud pública, como el consumo ilícito de drogas, las enfermedades mentales, la violencia y los traumatismos, las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la tuberculosis y el VIH/sida.

16. Las opciones de política y las intervenciones aplicables a nivel nacional se han agrupado en 10 esferas de acción recomendadas, que se apoyan y complementan entre sí, a saber:

- a) liderazgo, concienciación y compromiso
- b) respuesta de los servicios de salud
- c) acción comunitaria
- d) políticas y medidas contra la conducción bajo los efectos del alcohol
- e) disponibilidad de alcohol
- f) marketing de las bebidas alcohólicas
- g) políticas de precios
- h) mitigación de las consecuencias negativas del consumo de alcohol y la intoxicación etílica
- i) reducción del impacto en la salud pública del alcohol ilícito y el alcohol de producción informal¹
- j) seguimiento y vigilancia.

¹ Por alcohol de producción informal se entiende las bebidas alcohólicas producidas en el hogar o a nivel local mediante la fermentación y destilación de frutas, cereales, hortalizas y productos similares, y a menudo en el contexto de prácticas culturales y tradicionales locales. Como ejemplo de bebidas alcohólicas de producción informal cabe citar la cerveza de sorgo, el vino de palma y los licores preparados a partir de caña de azúcar, cereales y otros productos.

17. Las opciones de política y las intervenciones que a continuación se someten a la consideración de los Estados Miembros para cada una de las 10 esferas de acción recomendadas se basan en los conocimientos científicos actuales, en la evidencia disponible sobre su eficacia y costoeficacia, en la experiencia y en las prácticas adecuadas. No todas las opciones de política e intervenciones serán aplicables en todos los Estados Miembros o de interés para ellos, y algunas pueden requerir más recursos de los disponibles. Por lo tanto, la aplicación de las medidas queda a la discreción de cada Estado Miembro, en función de sus contextos nacionales, religiosos y culturales, prioridades nacionales de salud pública y recursos disponibles, y de conformidad con sus principios constitucionales y obligaciones jurídicas internacionales. Las medidas de política y las intervenciones a nivel nacional se verán respaldadas y complementadas con iniciativas mundiales y regionales para reducir el uso nocivo del alcohol.

OPCIONES DE POLÍTICA E INTERVENCIONES

Esfera 1. Liderazgo, concienciación y compromiso

18. Para que la acción sea sostenible, hace falta un firme liderazgo y una sólida base de concienciación, voluntad política y compromiso. La expresión ideal de esos compromisos sería adoptar políticas nacionales integrales e intersectoriales, suficientemente financiadas, en las que se definieran claramente la contribución y las responsabilidades de los distintos asociados. Las políticas deben estar basadas en la evidencia disponible, ajustarse a las circunstancias locales y comprender estrategias, metas y objetivos claros. Asimismo, la política de que se trate debe ir acompañada de un plan de acción concreto y tener el respaldo de mecanismos de aplicación y evaluación eficaces y sostenibles. La participación oportuna de la sociedad civil y los actores económicos es fundamental.

19. Las **opciones de política e intervenciones** en esta esfera comprenden:

- a) formulación de estrategias, planes de acción y actividades nacionales y subnacionales integrales, o fortalecimiento de los existentes, para reducir el uso nocivo del alcohol;
- b) establecimiento o designación de un organismo o institución principal, según proceda, que se encargue del seguimiento de las políticas, las estrategias y los planes nacionales;
- c) coordinación de las estrategias relativas al alcohol con la labor de otros sectores pertinentes, lo que incluye la cooperación entre los distintos niveles de gobierno y con otros planes y estrategias pertinentes del sector de la salud;
- d) fomento de un acceso amplio a información y programas eficaces de educación y concienciación a todos los niveles de la sociedad sobre toda la serie de daños relacionados con el alcohol que se registren en el país y sobre las medidas preventivas eficaces ya existentes o que se necesiten;
- e) aumento del conocimiento sobre los daños que el consumo de alcohol causa a terceros y entre grupos vulnerables, evitando la estigmatización y desalentando de forma activa la discriminación de las personas y los grupos afectados.

Esfera 2. Respuesta de los servicios de salud

20. Los servicios de salud son fundamentales para abordar los daños a nivel individual entre las personas con trastornos debidos al uso nocivo del alcohol y otros problemas de salud provocados por el alcohol. Los servicios de salud deben ofrecer intervenciones de prevención y tratamiento a los individuos y

las familias que corren el riesgo de sufrir trastornos por el consumo de alcohol y afecciones asociadas, o que ya los padecen. Otro cometido importante de los servicios de salud y los profesionales sanitarios consiste en informar a la sociedad acerca de las repercusiones de salud pública y sociales del uso nocivo del alcohol, en ayudar a las comunidades en sus intentos por reducir el uso nocivo del alcohol y en preconizar la articulación de respuestas sociales eficaces. Los servicios de salud deben llegar a una amplia gama de actores ajenos al sector de la salud, movilizarlos y recabar su participación. La respuesta de los servicios de salud debe reforzarse y financiarse suficientemente, de manera que se ajuste a la magnitud de los problemas de salud pública ocasionados por el uso nocivo del alcohol.

21. Las **opciones de política e intervenciones** en esta esfera comprenden:

- a) ampliación de la capacidad de los sistemas de salud y bienestar social para ofrecer servicios de prevención, tratamiento y atención de los trastornos por consumo de alcohol o inducidos por el alcohol y las afecciones comórbidas, con inclusión de servicios de apoyo y tratamiento para las familias afectadas y respaldo de las actividades y los programas de ayuda mutua o autoayuda;
- b) apoyo a las iniciativas de detección y las intervenciones breves relacionadas con el consumo peligroso y nocivo de alcohol en la atención primaria de salud y otros entornos; esas iniciativas deben incluir la identificación precoz y la gestión del consumo nocivo de alcohol entre las embarazadas y las mujeres en edad de procrear;
- c) refuerzo de la capacidad para prevenir y detectar los casos de personas y familias que viven con el síndrome alcohólico fetal y toda una serie de trastornos asociados, y para llevar a cabo las intervenciones adecuadas;
- d) desarrollo y coordinación eficaz de estrategias y servicios integrados o vinculados de prevención, tratamiento y atención de los trastornos por consumo de alcohol y las afecciones comórbidas, incluidos los trastornos por consumo de drogas, la depresión, los suicidios, el VIH/sida y la tuberculosis;
- e) logro del acceso universal a la salud, en particular mediante un aumento de la disponibilidad, accesibilidad y asequibilidad de los servicios de tratamiento de grupos con un estatus socioeconómico bajo;
- f) creación y mantenimiento de un sistema de registro y vigilancia de la morbilidad y mortalidad atribuibles al alcohol, con mecanismos de presentación de informes periódicos;
- g) provisión de servicios de salud y sociales culturalmente adaptados cuando proceda.

Esfera 3. Acción comunitaria

22. El impacto del uso nocivo del alcohol en las comunidades puede desencadenar y fomentar iniciativas y soluciones locales para problemas locales. Los gobiernos y otros interesados pueden ayudar a las comunidades y potenciar su capacidad para que utilicen conocimientos teóricos y prácticos locales para adoptar enfoques eficaces que permitan prevenir y reducir el uso nocivo del alcohol modificando el comportamiento colectivo, antes que el individual, sin dejar de respetar las normas culturales, las creencias y los sistemas de valores.

23. Las **opciones de política e intervenciones** en esta esfera comprenden:
- a) apoyo a la realización de evaluaciones rápidas para identificar las lagunas y las esferas de acción prioritarias en las intervenciones a nivel de las comunidades;
 - b) fomento de un mayor reconocimiento de los daños relacionados con el alcohol a nivel local y promoción de respuestas eficaces y costoeficaces adecuadas a los determinantes locales del uso nocivo del alcohol y de problemas conexos;
 - c) refuerzo de la capacidad de las autoridades locales para fomentar y coordinar una acción comunitaria concertada, respaldando e impulsando el desarrollo de políticas municipales destinadas a reducir el uso nocivo del alcohol, y su capacidad para robustecer las alianzas y las redes de instituciones comunitarias y organizaciones no gubernamentales;
 - d) suministro de información sobre las intervenciones comunitarias eficaces y creación de capacidad a nivel de las comunidades para su aplicación;
 - e) movilización de las comunidades para prevenir la venta de alcohol a los menores de edad y el consumo de bebidas alcohólicas entre ese grupo de población, y para crear y apoyar entornos sin alcohol, sobre todo para los jóvenes y otros grupos de riesgo;
 - f) prestación de atención y apoyo en las comunidades a las personas afectadas y sus familias;
 - g) desarrollo o respaldo de programas y políticas comunitarios para subpoblaciones en especial situación de riesgo, como jóvenes, desempleados y poblaciones indígenas, y referentes a problemas concretos como la producción y distribución de bebidas alcohólicas ilícitas o de producción informal y a eventos comunitarios, como acontecimientos deportivos y festivales locales.

Esfera 4. Políticas y medidas contra la conducción bajo los efectos del alcohol

24. La conducción bajo los efectos del alcohol afecta gravemente a la capacidad de juicio, la coordinación y otras funciones motrices. La conducción de vehículos bajo los efectos del alcohol es un importante problema de salud pública que afecta al bebedor y, en muchos casos, a partes inocentes. Existen intervenciones respaldadas por datos muy sólidos que permiten reducir la conducción bajo la influencia del alcohol. Las estrategias de reducción de los daños asociados al alcohol al volante deben incluir medidas disuasorias destinadas a disminuir las probabilidades de que una persona conduzca bajo los efectos del alcohol, así como medidas que creen un entorno de conducción más seguro gracias al cual serán menores la probabilidad y la gravedad de los daños por colisiones propiciadas por el alcohol.

25. En algunos países, el número de traumatismos por accidentes de tránsito relacionados con peatones ebrios es considerable, por lo que las intervenciones a este respecto deben ser consideradas de alta prioridad.

26. Las **opciones de política e intervenciones** en esta esfera comprenden:
- a) implantación y exigencia del cumplimiento de un límite superior de la concentración de alcohol en sangre, que debe ser más bajo para los conductores profesionales y los conductores jóvenes o noveles;
 - b) incremento de los puntos de control y las pruebas de alcoholemia aleatorias;

- c) suspensión administrativa del permiso de conducir;
- d) permiso progresivo para conductores noveles con tolerancia cero para el alcohol al volante;
- e) uso de dispositivos de bloqueo del arranque, en los contextos en que sean asequibles, para reducir los incidentes de conducción bajo los efectos del alcohol;
- f) programas obligatorios de formación, asesoramiento y, cuando proceda, de tratamiento de conductores;
- g) promoción de formas de transporte alternativas, por ejemplo, servicios de transporte públicos tras el cierre de los lugares en que se sirve alcohol;
- h) organización de campañas de concienciación e información pública en apoyo de la política adoptada y con el fin de potenciar el efecto disuasorio general;
- i) organización de campañas cuidadosamente planificadas, de alta intensidad y bien ejecutadas en los medios de información, orientadas a situaciones concretas, como periodos de vacaciones, o un público determinado, como los jóvenes.

Esfera 5. Disponibilidad de alcohol

27. Las estrategias de salud pública destinadas a regular la disponibilidad comercial o pública de alcohol mediante leyes, políticas y programas son un medio importante para reducir el nivel general de uso nocivo del alcohol. Esas estrategias prevén medidas esenciales para evitar el acceso fácil al alcohol por parte de grupos vulnerables o de alto riesgo. La disponibilidad comercial y pública de alcohol puede influir a su vez en la disponibilidad social de alcohol y contribuir así a modificar las normas sociales y culturales que favorecen el uso nocivo del alcohol. El grado de reglamentación de la disponibilidad de alcohol dependerá de las circunstancias locales, en particular el contexto social, cultural y económico, y de las obligaciones internacionales vinculantes en vigor. En algunos países en desarrollo y países de ingresos bajos y medios el alcohol se obtiene principalmente en mercados informales, por lo que los controles oficiales de las ventas se tienen que complementar con medidas dirigidas al alcohol ilícito o el alcohol de producción informal. Por otra parte, la imposición de restricciones demasiado severas a la disponibilidad de alcohol puede fomentar la aparición de un mercado ilícito paralelo. El suministro indirecto de alcohol, por ejemplo a través de padres o amigos, se debe tener en cuenta en las medidas sobre la disponibilidad de alcohol.

28. Las **opciones de políticas e intervenciones** en esta esfera comprenden:

- a) implantación, puesta en funcionamiento y exigencia del respeto de un sistema adecuado para regular la producción, la venta al por mayor y el servicio de bebidas alcohólicas y que imponga límites razonables a la distribución de alcohol y el funcionamiento de los puntos de venta de alcohol, de conformidad con las normas culturales, mediante la aplicación de las siguientes medidas posibles:
 - i) introducir cuando proceda un sistema de autorización de la comercialización al por menor o monopolios estatales orientados a la salud pública;
 - ii) regular el número y la ubicación de los puntos de venta de alcohol, situados o no en locales;

- iii)* regular los días y el horario de apertura de los puntos de venta minorista;
 - iv)* regular las modalidades de venta de alcohol al por menor;
 - v)* regular la venta al por menor en determinados lugares o durante acontecimientos especiales;
- b)* establecimiento de una edad mínima apropiada para comprar o consumir bebidas alcohólicas y adopción de otras políticas para dificultar la venta de bebidas alcohólicas a los adolescentes y su consumo por éstos;
- c)* adopción de políticas para impedir la venta a personas ebrias y a las que no han cumplido la edad mínima legal, y consideración de la posibilidad de implantar mecanismos para exigir responsabilidad a vendedores y camareros de acuerdo con la legislación nacional;
- d)* formulación de políticas relativas al consumo de alcohol en lugares públicos y en actividades y funciones oficiales de organismos públicos;
- e)* adopción de políticas orientadas a reducir y eliminar la disponibilidad de bebidas alcohólicas producidas, vendidas y distribuidas de manera informal o ilícita, así como para regular o controlar el alcohol de producción informal.

Esfera 6. Marketing¹ de las bebidas alcohólicas

29. La reducción del impacto del marketing, sobre todo entre los jóvenes y adolescentes, es un objetivo importante si se quiere reducir el uso nocivo del alcohol. El alcohol se comercializa mediante técnicas publicitarias y de promoción cada vez más sofisticadas, por ejemplo la vinculación de marcas de alcohol a actividades deportivas y culturales, el patrocinio y la colocación de productos, y nuevas técnicas de mercadotecnia como los correos electrónicos, los mensajes SMS y los podcast, la utilización de los medios sociales y otras técnicas de comunicación. La transmisión de los mensajes de mercadotecnia del alcohol más allá de fronteras y jurisdicciones nacionales por medios como la televisión por satélite y la Internet, y el patrocinio de eventos deportivos y culturales, se están perfilando como un grave motivo de preocupación en algunos países.

30. Es muy difícil orientar la mercadotecnia a consumidores adultos jóvenes sin exponer al mismo tiempo a ella a cohortes de adolescentes que no tienen la edad mínima legal para beber alcohol. La exposición de niños y jóvenes a técnicas de marketing cautivadoras causa especial inquietud, al igual que los proyectos de conseguir nuevos mercados en los países en desarrollo y los países de ingresos bajos y medios que actualmente presentan una baja prevalencia del consumo de alcohol o tasas de abstinencia elevadas. Tanto el contenido de marketing del alcohol como la magnitud de la exposición de los jóvenes a él son problemas fundamentales. Se debería estudiar la posibilidad de aplicar un criterio de precaución para proteger a los jóvenes contra esas técnicas.

¹ El concepto de marketing puede abarcar, cuando proceda y así lo permita la legislación nacional, cualquier forma de comunicación o mensaje comercial destinado a potenciar o con el efecto de potenciar el reconocimiento, atractivo y/o consumo de determinados productos o servicios. Puede englobar todo cuanto actúe como publicidad u otra forma de promoción de un producto o servicio.

31. Las **opciones de política e intervenciones** en esta esfera comprenden:

- a) establecimiento de marcos de regulación o corregulación, preferiblemente de carácter legislativo y apoyados, cuando proceda, por medidas de autorregulación, respecto del marketing del alcohol mediante las intervenciones siguientes:
 - i) reglamentación del contenido y la magnitud del marketing;
 - ii) reglamentación del marketing directo o indirecto en todos los medios de comunicación o en algunos de ellos;
 - iii) reglamentación de las actividades de patrocinio que promuevan bebidas alcohólicas;
 - iv) restricción o prohibición de las promociones en relación con actividades dirigidas a los jóvenes;
 - v) reglamentación de las nuevas formas de mercadotecnia del alcohol, por ejemplo los medios sociales;
- b) desarrollo por parte de los organismos públicos u órganos independientes de sistemas de vigilancia eficaces del marketing de los productos de alcohol;
- c) establecimiento de regímenes administrativos y disuasorios eficaces respecto de las infracciones de las restricciones del marketing.

Esfera 7. Políticas de precios

32. Los consumidores, en particular los grandes bebedores y los jóvenes, son sensibles a las variaciones del precio de las bebidas. Se pueden emplear políticas de fijación de precios para reducir el consumo de bebidas alcohólicas por menores de edad, detener la progresión hacia la ingestión de grandes cantidades de alcohol y/o episodios de borrachera, y ejercer influencia en las preferencias de los consumidores. El aumento del precio de las bebidas alcohólicas es una de las intervenciones más eficaces para reducir el uso nocivo del alcohol. Un factor clave para el éxito de las políticas de precios orientadas a reducir el uso nocivo del alcohol es un régimen eficaz y eficiente de imposición tributaria, con los mecanismos requeridos para recaudar impuestos y exigir el cumplimiento de la fiscalidad.

33. Factores como las preferencias y la libertad de elección de los consumidores, la variación de los ingresos, las fuentes alternativas de alcohol en el país o en los países vecinos, y la presencia o ausencia de otras medidas normativas respecto del alcohol, pueden todos ellos influir en la eficacia de esta opción de política. La demanda de las diferentes bebidas puede verse afectada en diversa medida. Los aumentos de impuestos pueden tener distinta repercusión en las ventas, según como afecten a los precios al consumidor. La existencia de un mercado ilícito importante para el alcohol complica las consideraciones de política sobre la imposición tributaria en muchos países. En esas circunstancias, los cambios de la fiscalidad deben ir acompañados de actividades encaminadas a someter los mercados ilícitos e informales a un efectivo control público. El aumento de los impuestos puede tropezar también con la resistencia de grupos de consumidores y operadores económicos, de modo que la política tributaria se beneficiará del apoyo de cualquier medida de información y concienciación tendente a vencer esa resistencia.

34. Las **opciones de política e intervenciones en esta esfera** comprenden:
- a) establecimiento de un régimen de impuestos nacionales específicos sobre el alcohol, acompañado de medidas eficaces para exigir su cumplimiento, que puede tener en cuenta, si procede, el contenido alcohólico de la bebida;
 - b) revisión periódica de los precios en función de la inflación y de los ingresos;
 - c) prohibición o restricción de toda forma directa o indirecta de precios promocionales, ventas con rebaja, precios inferiores al costo y precios únicos que dan derecho a beber ilimitadamente, u otras ofertas de venta en grandes cantidades;
 - d) fijación de precios mínimos para el alcohol, cuando proceda;
 - e) facilitación de incentivos de precios en relación con las bebidas no alcohólicas;
 - f) disminución o interrupción de las subvenciones destinadas a los operadores económicos en el ramo del alcohol.

Esfera 8. Mitigación de las consecuencias negativas del consumo de alcohol y la intoxicación etílica

35. Esta esfera de acción comprende opciones de política e intervenciones que se centran directamente en la reducción de los daños provocados por la intoxicación etílica y el consumo de alcohol, sin que se vea necesariamente afectado el consumo *per se*. La evidencia y las prácticas adecuadas actuales respaldan las intervenciones complementarias en el marco de una estrategia más amplia de prevención o reducción de los efectos negativos del consumo de alcohol y la intoxicación etílica. A la hora de aplicar estos enfoques a la gestión del entorno de consumo de alcohol o a la información de los consumidores, deberá evitarse que parezca que se está apoyando o promoviendo el consumo de alcohol.

36. Las **opciones de política e intervenciones en esta esfera** comprenden:
- a) regulación del contexto de consumo de alcohol para reducir al mínimo la violencia y los comportamientos perturbadores, que incluye el uso de recipientes de plástico o de vidrio inastillable para servir el alcohol y la gestión de los problemas relativos al alcohol en los eventos públicos de gran escala;
 - b) exigencia del cumplimiento de las leyes que impiden servir alcohol hasta la intoxicación del bebedor y de responsabilidad legal por las consecuencias de los daños resultantes de la intoxicación causada por servir alcohol;
 - c) adopción de políticas de gestión en relación con el servicio responsable de bebidas alcohólicas en locales y formación del personal de los sectores pertinentes sobre la mejor manera de evitar situaciones de bebedores ebrios y agresivos y de identificar y tratar a tales personas;
 - d) reducción del contenido alcohólico de diferentes tipos de bebidas;
 - e) provisión de la atención o el abrigo necesarios a las personas con intoxicación etílica grave;
 - f) suministro de información a los consumidores acerca de los daños relacionados con el alcohol, y etiquetado de las bebidas alcohólicas que indique esos daños.

Esfera 9. Reducción del impacto en la salud pública del alcohol ilícito y el alcohol de producción informal

37. El consumo de alcohol producido de manera ilícita o informal podría tener otras consecuencias negativas para la salud debido al mayor contenido de etanol y a la posible contaminación con sustancias tóxicas, como el metanol. También puede obstaculizar la capacidad de los gobiernos para gravar y controlar el alcohol producido legalmente. Las medidas tendentes a reducir esos efectos negativos adicionales deberían adoptarse en función de la prevalencia del consumo de alcohol ilícito y/o de producción informal y de los daños asociados. Se debe disponer de una buena capacidad científica, técnica e institucional para planificar y aplicar oportunas medidas nacionales, regionales e internacionales. También son importantes un buen conocimiento del mercado y una correcta comprensión de la composición y la producción del alcohol informal o ilícito, además de un marco legislativo adecuado y medidas para su efectivo cumplimiento. Estas intervenciones deben complementar, que no reemplazar, las demás intervenciones encaminadas a la reducción del uso nocivo del alcohol.

38. La producción y la venta de alcohol informal están arraigadas en muchas culturas y a menudo no se controlan estrictamente. Así pues, las medidas de control podrían ser diferentes para el alcohol ilícito y el de producción informal, y deberían combinarse con la concienciación y la movilización de la comunidad. Son también importantes las iniciativas tendentes a propiciar fuentes de ingresos alternativas.

39. Las **opciones de política e intervenciones en esta esfera** comprenden:

- a) un buen control de la calidad por lo que respecta a la producción y la distribución de bebidas alcohólicas;
- b) regulación de la venta del alcohol de producción informal, sometiéndolo al régimen impositivo vigente;
- c) un régimen eficaz de medidas de control y de cumplimiento de la ley, incluidos los timbres fiscales;
- d) desarrollo o fortalecimiento de sistemas de seguimiento y localización del alcohol ilícito;
- e) medidas que faciliten la necesaria cooperación y el intercambio de información pertinente sobre la lucha contra el alcohol ilícito entre las autoridades a nivel nacional e internacional;
- f) emisión de las alertas públicas pertinentes sobre los contaminantes y otras amenazas para la salud asociadas al alcohol informal o ilícito.

Esfera 10. Seguimiento y vigilancia

40. Los datos procedentes de la labor de seguimiento y vigilancia constituyen la base del éxito y de la apropiada ejecución de las otras nueve opciones de política. Se requieren medidas de seguimiento y vigilancia a nivel local, nacional e internacional para monitorear la magnitud y las tendencias de los daños relacionados con el alcohol, fortalecer las actividades de promoción, formular políticas, y evaluar el impacto de las intervenciones. Las actividades de seguimiento deberían permitir también conocer el perfil de las personas que acceden a los servicios y las razones por las cuales las más afectadas no recurren a los servicios de prevención y tratamiento. Como en otros sectores puede haber datos de interés, se requieren buenos sistemas de coordinación, intercambio de información y colaboración para recoger toda la gama de información posiblemente amplia que se necesita a efectos de un seguimiento y una vigilancia completos.

41. El desarrollo de sistemas de información nacionales sostenibles que usen indicadores, definiciones y procedimientos de recogida de datos compatibles con los sistemas de información mundiales y regionales de la OMS constituye una base importante para poder evaluar cabalmente las actividades nacionales de reducción del uso nocivo del alcohol y vigilar las tendencias a nivel subregional, regional y mundial. La recopilación, comparación y análisis sistemáticos y continuos de los datos, la difusión oportuna de la información y la retroalimentación a las instancias normativas y otros interesados directos, deben ser parte integrante de la aplicación de cualquier política e intervención tendente a reducir el uso nocivo del alcohol. La recopilación, el análisis y la difusión de información sobre el uso nocivo del alcohol son actividades que requieren muchos recursos.

42. Las **opciones de políticas e intervenciones en esta esfera** comprenden:

- a) establecimiento de marcos eficaces para las actividades de seguimiento y vigilancia, con inclusión de encuestas nacionales periódicas sobre el consumo de alcohol y los daños relacionados con el alcohol y un plan para el intercambio y la difusión de información;
- b) establecimiento o designación de una institución u otra entidad organizacional encargada de reunir, comparar, analizar y difundir los datos disponibles, incluida la publicación de informes nacionales;
- c) definición y seguimiento de un conjunto común de indicadores del uso nocivo del alcohol y de respuestas de política e intervenciones para prevenir y reducir ese uso;
- d) creación de un repositorio de datos a nivel nacional basado en indicadores internacionalmente acordados y comunicación de los datos en el formato acordado a la OMS y a otras organizaciones internacionales pertinentes;
- e) creación de mecanismos de evaluación con los datos recogidos para determinar la repercusión de las medidas, las intervenciones y los programas puestos en marcha para reducir el uso nocivo del alcohol.

ACCIÓN MUNDIAL: FUNCIONES Y COMPONENTES PRINCIPALES

43. Dadas la magnitud y la complejidad del problema se necesita una acción mundial concertada para apoyar a los Estados Miembros en la resolución de los desafíos que afrontan a nivel nacional. Mediante la coordinación y la colaboración internacionales se crean las sinergias necesarias y se incrementan los medios a disposición de los Estados Miembros para aplicar medidas basadas en datos objetivos.

44. La OMS, en cooperación con otras organizaciones del sistema de las Naciones Unidas y otros asociados internacionales:

- a) proporcionará liderazgo;
- b) reforzará las actividades de promoción;
- c) formulará, en colaboración con los Estados Miembros, opciones de políticas con base científica;
- d) promoverá la creación de redes y el intercambio de experiencias entre los países;

- e) fortalecerá las alianzas y la movilización de recursos;
- f) coordinará el seguimiento de los daños relacionados con el alcohol y los progresos que realizan los países para resolver el problema.

45. La OMS y los demás asociados internacionales adoptarán medidas, conforme a sus respectivos mandatos, para apoyar la ejecución de la estrategia mundial. Las organizaciones internacionales no gubernamentales, las asociaciones profesionales, las instituciones de investigación y los operadores económicos en el ramo del alcohol, tienen todos importantes funciones que cumplir respaldando la acción mundial como se indica a continuación.

- a) Se instará a los principales asociados dentro del sistema de las Naciones Unidas y organizaciones intergubernamentales como la OIT, el UNICEF, la OMC, el PNUD, el UNFPA, el ONUSIDA, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, y el grupo del Banco Mundial a que aumenten la colaboración y la cooperación para prevenir y reducir el uso nocivo del alcohol, especialmente en los países en desarrollo y los países de ingresos bajos y medios.
- b) La sociedad civil tiene un importante papel que desempeñar advirtiendo acerca de las repercusiones del uso nocivo del alcohol en las personas, las familias y las comunidades, asumiendo un compromiso adicional y aportando más recursos para reducir los daños relacionados con el alcohol. Se alienta especialmente a las organizaciones no gubernamentales a que creen amplias redes y grupos de acción en apoyo de la ejecución de la estrategia mundial.
- c) Las instituciones de investigación y las asociaciones profesionales desempeñan una función central en la generación de datos científicos adicionales para la acción y en su difusión entre los profesionales de la salud y el público en general. Los centros colaboradores de la OMS tienen un importante papel que cumplir prestando apoyo a la ejecución y la evaluación de la estrategia mundial.
- d) Los operadores económicos que intervienen en la producción y el comercio de alcohol son actores importantes en su calidad de desarrolladores, productores, distribuidores, comercializadores y vendedores de bebidas alcohólicas. Se los exhorta especialmente a que estudien medios eficaces de prevenir y reducir el uso nocivo del alcohol en el marco de sus funciones básicas antes mencionadas, incluidas las medidas e iniciativas de autorregulación. También podrían contribuir proporcionando datos sobre la venta y el consumo de bebidas alcohólicas.
- e) Los medios de comunicación desempeñan un papel cada vez más importante, no sólo como transmisores de noticias e información sino también como canal de comunicaciones comerciales, por lo que se los alentará a que presten apoyo a los fines y las actividades de la estrategia mundial.

Promoción y alianzas en materia de salud pública

46. Se necesitan actividades de promoción y alianzas en materia de salud pública en el plano internacional para reforzar el compromiso y la capacidad de los gobiernos y de todas las partes pertinentes en todos los niveles a fin de reducir el uso nocivo del alcohol en el mundo entero.

47. La OMS está empeñada en crear mayor conciencia acerca de los problemas de salud pública causados por el uso nocivo del alcohol y de los pasos que pueden darse para prevenir y reducir ese uso a fin de salvar vidas y mitigar el sufrimiento. La OMS colaborará con otras organizaciones intergubernamentales internacionales y, cuando proceda, con los órganos internacionales que representan a las principales partes interesadas para que los actores pertinentes puedan contribuir a reducir el uso nocivo del alcohol.

48. La Secretaría prestará apoyo a los Estados Miembros de la siguiente manera:
- a)* creando conciencia acerca de la magnitud de los problemas de salud pública causados por el uso nocivo del alcohol y promoviendo la adopción de las medidas apropiadas en todos los niveles para prevenir y paliar esos problemas;
 - b)* preconizando que en los programas de las organizaciones internacionales e intergubernamentales pertinentes se preste atención al tema del uso nocivo del alcohol a fin de mantener la coherencia de las políticas entre el sector sanitario y otros sectores en los planos regional y mundial;
 - c)* promoviendo y facilitando la coordinación, la colaboración las alianzas y el intercambio de información en el plano internacional con miras a la creación de las necesarias sinergias y la adopción de medidas concertadas entre todas las partes pertinentes;
 - d)* velando por la coherencia, la solidez científica y la claridad de los mensajes fundamentales acerca de la prevención y reducción del uso nocivo del alcohol;
 - e)* promoviendo la creación de redes y el intercambio de experiencias entre los países;
 - f)* facilitando la creación de redes en el plano internacional con objeto de abordar problemas concretos y similares (por ejemplo, problemas específicos de grupos indígenas u otros grupos minoritarios, o cambios de los hábitos de bebida de los jóvenes);
 - g)* propiciando la debida consideración por las partes en negociaciones comerciales internacionales, regionales y bilaterales de la necesidad y la posibilidad de que las administraciones nacionales y subnacionales regulen la distribución, la venta y el marketing del alcohol, y de ese modo gestionen los costos sanitarios y sociales relacionados con el alcohol;
 - h)* velando por que la Secretaría de la OMS establezca procedimientos para trabajar con las organizaciones no gubernamentales y otros grupos de la sociedad civil, teniendo en cuenta cualquier conflicto de intereses que pueda plantearse en algunas organizaciones no gubernamentales;
 - i)* prosiguiendo su diálogo con el sector privado sobre la manera en que éste puede contribuir mejor a reducir los daños relacionados con el alcohol. Se prestará la debida atención a los intereses comerciales en juego y a su posible conflicto con los objetivos de salud pública.

Apoyo técnico y creación de capacidad

49. Muchos Estados Miembros necesitan una mayor capacidad para crear, aplicar y mantener los marcos normativos y jurídicos y los mecanismos de implementación que se precisan. Con la acción mundial se respaldarán las medidas nacionales mediante la elaboración de mecanismos sostenibles y la facilitación de la orientación normativa y los instrumentos técnicos que el apoyo técnico y la creación de capacidad requieren para ser eficaces, con especial referencia a los países en desarrollo y los países de ingresos bajos y medios. Esas medidas deben ser conformes con los contextos, las necesidades y las prioridades nacionales. La creación de la infraestructura necesaria para dar respuestas de política eficaces en los países con una carga más alta o creciente atribuible al alcohol es un requisito importante para alcanzar objetivos más amplios en materia de salud pública y desarrollo.

50. La OMS está resuelta a cooperar con otros actores pertinentes en los planos regional y mundial a fin de dar orientación y apoyo técnicos con miras al fortalecimiento de la capacidad institucional para afrontar los problemas de salud pública causados por el uso nocivo del alcohol. La OMS se centrará especialmente en la prestación de apoyo y la creación de capacidad en los países en desarrollo y los países de ingresos bajos y medios.

51. La Secretaría prestará apoyo a los Estados Miembros de la siguiente manera:

- a) documentando y difundiendo modelos idóneos de respuestas de los servicios sanitarios a los problemas relacionados con el alcohol;
- b) documentando y difundiendo las mejores prácticas y modelos de respuesta de diferentes sectores a los problemas relacionados con el alcohol;
- c) aprovechando la competencia técnica en otras áreas, como seguridad vial, fiscalidad y justicia, junto con la competencia en salud pública a fin de diseñar modelos eficaces para prevenir y reducir los daños relacionados con el alcohol;
- d) facilitando orientación normativa sobre intervenciones de prevención y tratamiento efectivas y costoeficaces en diferentes entornos;
- e) estableciendo y fortaleciendo redes mundiales, regionales e interpaíses a fin de ayudar a compartir las mejores prácticas y facilitar la creación de capacidad;
- f) respondiendo a las solicitudes de apoyo de los Estados Miembros para sus actividades encaminadas a crear la capacidad necesaria para comprender las implicaciones del comercio internacional y los acuerdos comerciales para la salud.

Producción y difusión de conocimientos

52. La vigilancia de las tendencias del consumo de alcohol de los daños atribuibles al alcohol y de las respuestas de la sociedad, así como el análisis de esa información y la facilitación de su oportuna difusión serán importantes esferas de acción a nivel mundial. Los conocimientos disponibles sobre la magnitud del uso nocivo del alcohol y la costoeficacia de las intervenciones preventivas y terapéuticas se seguirán consolidando y ampliando sistemáticamente a nivel mundial, especialmente la información sobre la epidemiología del uso de alcohol y los daños relacionados con éste, el impacto del uso nocivo del alcohol en el desarrollo económico y social, y la propagación de enfermedades infecciosas en los países en desarrollo y los países de ingresos bajos y medios.

53. La OMS concibió el Sistema Mundial de Información sobre el Alcohol y la Salud y sus componentes regionales para la presentación dinámica de los datos sobre los niveles y las pautas de consumo de alcohol, las consecuencias sanitarias y sociales atribuibles al alcohol, y las respuestas de política en todos los niveles. El mejoramiento de los datos mundiales y regionales sobre el alcohol y la salud requiere la elaboración de sistemas de seguimiento nacionales, la presentación sistemática de datos a la OMS por los puntos focales designados, y el fortalecimiento de las actividades de vigilancia pertinentes.

54. La OMS está decidida a colaborar con los socios que corresponda para definir el programa internacional de investigaciones sobre el alcohol y la salud, crear capacidad de investigación, y promover y apoyar las redes y proyectos internacionales de investigación a fin de generar y difundir datos que sirvan de base para la elaboración de políticas y programas.

55. La Secretaría prestará apoyo a los Estados Miembros de la siguiente manera:
- a) proporcionando un centro de intercambio internacional de información sobre intervenciones efectivas y costoeficaces para reducir el uso nocivo del alcohol, incluidas la promoción y facilitación del intercambio de información acerca de servicios de tratamiento eficaces;
 - b) fortaleciendo el Sistema Mundial de Información sobre el Alcohol y la Salud y la evaluación comparativa de riesgos en relación con la carga de morbilidad atribuible al alcohol;
 - c) elaborando o perfeccionando mecanismos apropiados de reunión de datos, utilizando datos comparables e indicadores y definiciones acordados, a fin de facilitar la recogida, la comparación, el análisis y la difusión de datos a nivel mundial, regional y nacional;
 - d) facilitando la creación de redes nacionales y mundiales que apoyen y complementen las actividades nacionales, con especial referencia a la producción de conocimientos y el intercambio de información;
 - e) prosiguiendo su colaboración con las redes internacionales de científicos y expertos en salud para promover las investigaciones sobre diversos aspectos del uso nocivo del alcohol;
 - f) facilitando estudios comparativos de la eficacia de diferentes medidas de política aplicadas en distintos contextos culturales y de desarrollo;
 - g) facilitando la investigación operacional para ampliar las intervenciones eficaces y las investigaciones sobre la relación entre el uso nocivo del alcohol y las inequidades sociales y sanitarias.

Movilización de recursos

56. La magnitud de la morbilidad y la carga social atribuibles al alcohol está en franca contradicción con la disponibilidad de recursos en todos los niveles para reducir el uso nocivo del alcohol. En las iniciativas mundiales de desarrollo se debe tener en cuenta que los países en desarrollo y los países de ingresos bajos y medios necesitan apoyo técnico - en forma de ayudas y competencias - para establecer y reforzar las políticas y los planes nacionales de prevención del uso nocivo del alcohol y crear infraestructuras apropiadas, en particular en los sistemas de atención de salud. Los organismos de desarrollo podrían considerar la reducción del uso nocivo del alcohol como una esfera prioritaria en los países en desarrollo y los países de ingresos bajos y medios con una alta carga de morbilidad atribuible al uso nocivo del alcohol. La asistencia oficial para el desarrollo brinda oportunidades de crear capacidad institucional sostenible en esta esfera en esos países, al igual que los mecanismos de colaboración entre los países en desarrollo. En este sentido, se exhorta a los Estados Miembros a apoyarse mutuamente en la aplicación de la estrategia mundial mediante la cooperación internacional y la asistencia financiera, incluida la asistencia oficial para el desarrollo en el caso de los países en desarrollo.

57. La OMS se ha comprometido a ayudar a los países que lo soliciten a movilizar recursos y poner en común los recursos disponibles en apoyo de la acción mundial y nacional encaminada a reducir el uso nocivo del alcohol en las esferas que se consideren prioritarias.

58. La Secretaría prestará apoyo a los Estados Miembros de la siguiente manera:
- a) promoviendo el intercambio de experiencias y prácticas idóneas en relación con la financiación de las políticas e intervenciones destinadas a reducir el uso nocivo del alcohol;
 - b) estudiando medios nuevos o innovadores de conseguir financiación suficiente para la ejecución de la estrategia mundial;
 - c) colaborando con los asociados internacionales, los asociados intergubernamentales y los donantes para movilizar los recursos necesarios a fin de prestar apoyo a los países en desarrollo y los países de ingresos bajos y medios en sus actividades de reducción del uso nocivo del alcohol.

EJECUCIÓN DE LA ESTRATEGIA

59. Para aplicar con provecho la estrategia se requerirá una acción concertada por parte de los Estados Miembros, una gobernanza mundial eficaz y la adecuada participación de todos los interesados directos pertinentes. Todas las medidas enumeradas en la estrategia se proponen para facilitar el logro de los cinco objetivos.

60. La Secretaría informará regularmente sobre la carga mundial de daños relacionados con el alcohol, formulará recomendaciones basadas en la evidencia y preconizará la adopción de medidas en todos los niveles para prevenir y reducir el uso nocivo del alcohol. Colaborará con otras organizaciones intergubernamentales y, cuando corresponda, con otros órganos internacionales que representen a interesados directos clave, para conseguir que las medidas encaminadas a reducir el uso nocivo del alcohol reciban la prioridad y los recursos necesarios.

Vínculos e interfaces con otras estrategias, planes y programas

61. Esta estrategia mundial aprovecha iniciativas regionales, como el Marco de política en materia de alcohol en la Región de Europa de la OMS (resolución EUR/RC55/R1), la Estrategia regional de reducción de los daños relacionados con el alcohol en la Región del Pacífico Occidental (resolución WPR/RC57.R5), el Control del consumo de alcohol - opciones de política en la Región de Asia Sudoriental (resolución SEA/RC59/R8), los Problemas de salud pública asociados al consumo de alcohol en la Región del Mediterráneo Oriental (resolución EM/RC53/R.5) y las Medidas destinadas de reducir el uso nocivo del alcohol en la Región de África (documento AFR/RC58/3).

62. El uso nocivo del alcohol es uno de los cuatro factores de riesgo principales destacados en el Plan de acción de la estrategia mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles (resolución WHA61.14). La estrategia de reducción del uso nocivo del alcohol tiene en cuenta, vinculándose a ellos, los demás factores de riesgo de enfermedades no transmisibles y los programas contra enfermedades específicas de este tipo, en especial la estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud (resolución WHA57.17), el control del tabaco (resolución WHA56.1), la promoción de la salud y modos de vida sanos (resolución WHA57.16), y la prevención y el control del cáncer (resolución WHA58.22).

63. La estrategia también está vinculada y armonizada con otras actividades afines llevadas a cabo en la OMS, en particular con el Programa de Acción Mundial en Salud Mental, incluyéndose aquí la prevención del suicidio y el manejo de otros trastornos por abuso de sustancias así como las actividades programáticas en materia de violencia y salud (resolución WHA56.24), seguridad vial y salud (resolu-

ción WHA57.10), salud y desarrollo del niño y del adolescente (resolución WHA56.21) y salud reproductiva (resolución WHA57.12).

64. A la luz de la evidencia más reciente, se está prestando mayor atención a la relación entre el uso nocivo del alcohol y algunas enfermedades infecciosas y entre el consumo nocivo de alcohol y el desarrollo. La estrategia también está vinculada con los programas actuales de la OMS sobre el VIH/sida y la tuberculosis y con la labor de la Organización encaminada a reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud (resolución WHA62.14) y a alcanzar los objetivos de desarrollo relacionados con la salud, en particular los recogidos en la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas (resolución WHA58.30).

65. La implementación de una estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol proporciona a las oficinas regionales de la OMS un marco propicio para formular, reexaminar y aplicar políticas específicas para cada región y, junto con las oficinas en los países, prestar apoyo técnico a los Estados Miembros. Se hará hincapié también en la coordinación dentro de la Secretaría para que todas las actividades que guardan relación con el uso nocivo del alcohol estén en consonancia con esta estrategia.

Vigilancia de los progresos y mecanismos de presentación de informes

66. A fin de vigilar los progresos realizados, la estrategia debe incluir a diferentes niveles mecanismos apropiados para las tareas de evaluación, presentación de informes y reprogramación. Se necesita un marco con una perspectiva centrada en el impacto para evaluar la consecución de los objetivos de la estrategia.

67. La Encuesta Mundial de la OMS sobre el Alcohol y la Salud y el Sistema Mundial de Información sobre el Alcohol y la Salud serán componentes importantes de los mecanismos de vigilancia y presentación de informes. Se procederá a ajustar los instrumentos de recogida de datos de este último para incluir la información pertinente que se comunique sobre el proceso y los resultados de la aplicación de la estrategia a nivel nacional.

68. La celebración de reuniones periódicas de las redes mundiales y regionales de homólogos nacionales es de utilidad para las discusiones técnicas sobre la aplicación de la estrategia mundial a diferentes niveles. Además de hacer un balance sobre la marcha del proceso, los participantes en esas reuniones podrán analizar en detalle otros aspectos prioritarios y temas de interés para la aplicación.

69. Se informará a los Estados Miembros sobre la aplicación de la estrategia mundial mediante informes regulares que se presentarán a los comités regionales de la OMS y a la Asamblea de la Salud. También debería presentarse información sobre la aplicación y los progresos en los foros regionales e internacionales y en las reuniones intergubernamentales pertinentes.

ANEXO 4

Conjunto de recomendaciones sobre la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños¹

[A63/12 - 1 de abril de 2010]

1. La 60.^a Asamblea Mundial de la Salud, en su resolución WHA60.23, titulada Prevención y control de las enfermedades no transmisibles: aplicación de la estrategia mundial, pidió a la Directora General: «que promueva una comercialización responsable, incluida la elaboración de una serie de recomendaciones sobre la comercialización de alimentos y bebidas no alcohólicas entre los niños, con objeto de disminuir el impacto de los alimentos ricos en grasas saturadas, ácidos grasos *trans*, azúcares libres o sal, en diálogo con todas las partes interesadas pertinentes, incluidas las del sector privado, velando por que se eviten los posibles conflictos de intereses».
2. La 61.^a Asamblea Mundial de la Salud, en su resolución WHA61.14, aprobó el plan de acción para aplicar la estrategia mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, que insta a los Estados Miembros a seguir aplicando las medidas acordadas en la resolución WHA60.23. En el objetivo 3 (párrafo 24, *Promoción de una dieta saludable, e*), el plan de acción señala que una actuación clave que se propone a los Estados Miembros es «elaborar y poner en práctica, según proceda, junto con las partes interesadas pertinentes, un marco y/o mecanismos para promover la comercialización responsable de alimentos y bebidas no alcohólicas para niños, a fin de reducir las consecuencias de los alimentos ricos en grasas saturadas, ácidos grasos *trans*, azúcares libres o sal».
3. Para cumplir con este cometido, en noviembre de 2008 la Directora General pidió a un grupo especial de expertos que le facilitara orientaciones técnicas sobre los objetivos y las opciones apropiadas en materia de políticas y sobre los mecanismos de vigilancia y evaluación. Se le proporcionó al grupo una revisión sistemática actualizada que confirmaba los resultados ya conocidos en el sentido de que, a nivel mundial, se estaban promoviendo ampliamente entre los niños alimentos ricos en grasa, azúcares o sal.
4. Se celebraron dos reuniones con representantes de organizaciones internacionales no gubernamentales, la industria mundial de alimentos y bebidas no alcohólicas, y empresas de publicidad. El objetivo fue ponerse de acuerdo en cuanto a iniciativas de políticas y procesos e instrumentos de vigilancia y evaluación en la esfera de la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas destinados a los niños.
5. La Secretaría aprovechó el asesoramiento del grupo de expertos y los resultados de las reuniones con las partes interesadas para redactar un documento de trabajo que trazó un marco para las consultas regionales con los Estados Miembros. Mediante dichas consultas se conocieron los puntos de vista de los Estados Miembros sobre los objetivos y opciones en materia de políticas y sobre los mecanismos de vigilancia y evaluación presentados en el documento de trabajo. En septiembre de 2009, 66 Estados Miembros habían presentado su respuesta a las consultas. Se obtuvieron más puntos de vista acerca del documento de trabajo mediante dos reuniones de seguimiento con las partes interesadas a las que asistieron re-

¹ Véase la resolución WHA63.14.

presentantes de organizaciones internacionales no gubernamentales, la industria mundial de alimentos y bebidas no alcohólicas, y empresas de publicidad.

6. Las consultas pusieron en evidencia que los Estados Miembros consideran que la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños es un asunto de interés internacional y que se necesita velar por que el sector privado promueva sus productos con responsabilidad. También revelaron que las políticas actualmente implantadas por los Estados Miembros varían en cuanto a sus objetivos, contenido, enfoque, prácticas de vigilancia y evaluación, y formas de involucrar a las partes interesadas. Los enfoques van desde las prohibiciones reglamentarias de los anuncios por televisión de determinados alimentos dirigidos a los niños hasta los códigos voluntarios adoptados por algunos sectores de la industria alimentaria y de la publicidad. Varios Estados Miembros indicaron que necesitarían un mayor apoyo de la Secretaría en las esferas de la formulación de políticas y la vigilancia y evaluación.

7. Quince Estados Miembros plantearon su inquietud con respecto a la publicidad transfronteriza. Muchos países, incluso los que han impuesto restricciones, reciben publicidad de alimentos que procede de más allá de sus fronteras, y los Estados Miembros indicaron que era necesario prestar atención al carácter mundial de muchas prácticas de promoción.

8. La promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a niños que asisten a escuelas y establecimientos preescolares fue una inquietud expresada por algunos Estados Miembros. Se reconoció que la situación especial de las escuelas como un lugar donde los niños constituyen un público cautivo y la función de promoción de la salud que compete a las escuelas son factores que deben atenderse.

9. La principal finalidad de estas recomendaciones es orientar los esfuerzos de los Estados Miembros para idear nuevas políticas o reforzar las existentes con respecto a los mensajes publicitarios de alimentos dirigidos a los niños, con objeto de reducir el efecto que sobre estos ejerce la promoción de alimentos ricos en grasas, ácidos grasos de tipo *trans*, azúcares libres o sal.

10. En el presente anexo las recomendaciones se destacan con letra **negrita**. Las recomendaciones están estructuradas en cinco secciones: fundamento; formulación de las políticas; aplicación de las políticas; vigilancia y evaluación; e investigaciones.

DATOS DE INVESTIGACIÓN

11. El régimen alimentario malsano es un factor de riesgo de enfermedades no transmisibles; empieza a actuar en la niñez y va aumentando a lo largo de la vida. Para reducir el riesgo futuro de dichas enfermedades, los niños deberían mantener un peso saludable y consumir alimentos con poco contenido de grasas saturadas, ácidos grasos de tipo *trans*, azúcares libres o sal. Los regímenes alimentarios malsanos están relacionados con sobrepeso y obesidad, situaciones ambas que en los últimos años han aumentado rápidamente en los niños de todo el mundo.

12. Los datos de las revisiones sistemáticas sobre la magnitud, la naturaleza y los efectos de la promoción de alimentos dirigida a los niños llegan a la conclusión de que la publicidad amplia y otras formas de

promoción¹ de alimentos² dirigida a los niños son comunes en todo el mundo.³ La mayor parte de esta promoción se refiere a alimentos ricos en grasas, azúcar o sal. Los datos científicos también demuestran que la publicidad televisiva influye en las preferencias alimentarias, las solicitudes de compra y las pautas de consumo de los niños.

13. Las revisiones sistemáticas muestran que, a pesar de que la televisión sigue siendo un medio importante, gradualmente se ha venido complementando con una combinación cada vez más polifacética de mensajes publicitarios que se centran en la identificación de una marca y el establecimiento de relaciones con los consumidores. Este amplio abanico de técnicas de mercadotecnia incluye la publicidad; los patrocinios; la inserción de anuncios de los productos; la promoción por distintos medios valiéndose de personas famosas, mascotas u otros personajes que representan una marca y son populares entre los niños; sitios web; envasado, rotulado y anuncios desplegados en los puntos de venta; mensajes de correo electrónico y de texto por el teléfono celular; actividades filantrópicas vinculadas con oportunidades para promover una marca; las llamadas «técnicas virales»; y la propagación de boca en boca. La promoción de alimentos dirigida a los niños es en la actualidad un fenómeno mundial y tiende a ser plural e integrada, además de que se vale de innumerables conductos y mensajes.

RECOMENDACIONES

FUNDAMENTO

14. Las revisiones sistemáticas mencionadas demuestran que existe un fundamento muy claro para que los Estados Miembros tomen medidas en este ámbito. Durante el proceso de consulta para la preparación de las presentes recomendaciones, varios Estados Miembros reconocieron la necesidad de establecer mecanismos normativos apropiados. Las recomendaciones brindan apoyo adicional a las resoluciones WHA60.23 y WHA61.14 de la Asamblea de la Salud sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles y constituyen un fundamento firme para la formulación de políticas por los Estados Miembros.

RECOMENDACIÓN 1. La finalidad de las políticas debe ser reducir el impacto que tiene sobre los niños la promoción de alimentos ricos en grasas saturadas, ácidos grasos de tipo *trans*, azúcares libres o sal.

15. La eficacia de los mensajes publicitarios depende del medio por el que se difunde el mensaje y su contenido creativo. El medio utilizado guarda relación con el alcance, la frecuencia y el impacto del mensaje en los medios de comunicación, de manera que determina la *exposición* de los niños al mensaje publi-

¹ Se entiende por «promoción» toda clase de comunicación o mensaje comercial concebido para, o que tiene el efecto de, aumentar el reconocimiento, la atracción o el consumo de determinados productos y servicios. Comprende todo aquello que sirve para dar publicidad o promover un producto o servicio.

² En lo sucesivo, el término «alimentos» se emplea para referirse a alimentos y bebidas no alcohólicas.

³ Hastings G et al. *Review of the research on the effects of food promotion to children*. Glasgow, University of Strathclyde, Centre for Social Marketing; 2003; Hastings G et al. *The extent, nature and effects of food promotion to children: a review of the evidence*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2006; McGinnis JM, Gootman JA, Kraak VI, eds. *Food marketing to children and youth: threat or opportunity?* Washington DC, Institute of Medicine, National Academies Press, 2006; and Cairns G, Angus K, Hastings G. *The extent, nature and effects of food promotion to children: a review of the evidence to December 2008*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2009 (en prensa).

citario. El contenido creativo tiene que ver con el diseño y la ejecución del mensaje publicitario, que determina el *poder* de este. Por lo tanto, se puede decir que la eficacia de la promoción depende tanto de la *exposición* como del *poder*.

RECOMENDACIÓN 2. Dado que la eficacia de la promoción depende de la exposición y el poder del mensaje, el objetivo general de las políticas debe ser reducir tanto la exposición de los niños como el poder de la promoción de los alimentos ricos en grasas saturadas, ácidos grasos de tipo *trans*, azúcares libres o sal.

FORMULACIÓN DE LAS POLÍTICAS

16. Los Estados Miembros pueden adoptar diversos métodos para lograr la finalidad y los objetivos de las políticas, lo cual depende de las circunstancias nacionales y los recursos con que se cuenta. Pueden optar por un *método integral* que restrinja toda promoción de alimentos ricos en grasas saturadas, ácidos grasos de tipo *trans*, azúcares libres o sal dirigida a los niños, lo que elimina por entero la exposición y, en consecuencia, el poder de dicha promoción. De manera alternativa, pueden empezar por afrontar la exposición o el poder de manera independiente o simultánea según un *método progresivo*.

17. Los diferentes métodos normativos tienen un potencial distinto para lograr el objetivo de reducir el impacto que tiene en los niños la promoción de alimentos ricos en grasas saturadas, ácidos grasos de tipo *trans*, azúcares libres o sal. Un método integral tiene el máximo potencial de lograr el efecto deseado.

18. Cuando se decide dirigirse a la *exposición*, se debe tener en cuenta cuándo, dónde, a quiénes y para cuáles productos se permitirá o no la promoción. Cuando se opte por poner la mira en el *poder*, hay que considerar la restricción de técnicas de mercadotecnia que tienen un efecto particularmente poderoso. Por ejemplo, si se elige un método progresivo, hay que prestar atención a la publicidad a la que mayor exposición tienen los niños y a los mensajes publicitarios con el máximo poder.

RECOMENDACIÓN 3. Para lograr la finalidad y los objetivos de las políticas, los Estados Miembros deben considerar diferentes métodos, es decir, el progresivo o el integral, para reducir la promoción de alimentos ricos en grasas saturadas, ácidos grasos de tipo *trans*, azúcares libres o sal dirigida a los niños.

19. La aplicación eficaz depende de que los componentes de las políticas se definan claramente. Estas definiciones determinarán el potencial de las políticas para reducir la exposición o el poder y, por lo tanto, el impacto. Es importante definir el grupo de edad para el que regirán las restricciones; los canales de comunicación; las circunstancias y las técnicas de mercadotecnia que se incluirán; qué constituye la promoción dirigida a los niños según factores como producto, aspectos temporales, público, colocación y contenido del mensaje publicitario; y qué alimentos se verán afectados por las restricciones a la promoción.¹

¹ Los Estados Miembros pueden optar por distinguir los tipos de alimentos de varias formas, por ejemplo, usando las directrices o definiciones nacionales sobre régimen alimentario establecidas por órganos científicos o los modelos de perfiles de nutrientes, o bien basar las restricciones en categorías específicas de alimentos.

RECOMENDACIÓN 4. Los gobiernos deben establecer definiciones claras de los componentes esenciales de las políticas que permitan un proceso de aplicación normalizado. Esto facilitará la aplicación uniforme, con independencia del organismo que se encargue de ella. Al establecer las definiciones esenciales, los Estados Miembros tienen que reconocer y abordar cualquier desafío nacional específico con miras a obtener el máximo impacto de las políticas.

20. Las escuelas, las guarderías y otros establecimientos educativos son instituciones privilegiadas que actúan *in loco parentis* y nada de lo que ocurra en ellas debe perjudicar el bienestar de los niños. Por lo tanto, el bienestar nutricional de los niños en las escuelas debe tener una importancia capital y sentar los cimientos para el bienestar de los menores en esta edad formativa. Ello también es congruente con la recomendación formulada en la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud por la que se insta a los gobiernos a adoptar políticas que apoyen un régimen alimentario saludable en las escuelas.

RECOMENDACIÓN 5. Los entornos donde se reúnen los niños deben estar libres de toda forma de promoción de alimentos ricos en grasas saturadas, ácidos grasos de tipo *trans*, azúcares libres o sal. Dichos entornos incluyen, sin carácter limitativo, guarderías, escuelas, terrenos escolares, centros preescolares, lugares de juego, consultorios y servicios de atención familiar y pediátrica, y durante cualquier actividad deportiva o cultural que se realice en dichos locales.

21. Las políticas sobre promoción de alimentos dirigidos a los niños involucran a una gran variedad de partes interesadas y se extienden por varios sectores normativos. Los gobiernos ocupan la posición más ventajosa para establecer la dirección y la estrategia general que permita lograr metas de salud pública para toda la población. Cuando los gobiernos se involucran con otras partes interesadas se debe tener cuidado de proteger el interés público y evitar los conflictos de intereses. Al margen del marco normativo que se elija, las políticas deben darse a conocer ampliamente a todos los grupos interesados, como son el sector privado, la sociedad civil, las organizaciones no gubernamentales, los medios de comunicación, la comunidad de investigación académica, los padres y la comunidad en general.

RECOMENDACIÓN 6. Los gobiernos deben ser la parte interesada clave en la formulación de las políticas y aportar el liderazgo, mediante una plataforma múltiple de partes interesadas, para la aplicación, la vigilancia y la evaluación. Al establecer el marco normativo nacional, los gobiernos pueden optar por asignar funciones definidas a otras partes interesadas, sin menoscabo de proteger el interés público y evitar los conflictos de intereses.

APLICACIÓN DE LAS POLÍTICAS

22. Las políticas definidas se pueden aplicar mediante diversos métodos. La reglamentación estatutaria es un método por el cual la aplicación y la observancia son requisitos jurídicos. Otro método es la autorregulación dirigida por la industria, que abarca a sectores enteros, por ejemplo, el de la publicidad, y puede ser independiente de la reglamentación gubernamental. Aun así, el gobierno puede tener alguna injerencia, por ejemplo, mediante el establecimiento de metas y la vigilancia de la observancia valiéndose de indicadores clave. Otra posibilidad son los diversos mecanismos de corregulación, que comprenden la autorregulación estatutaria o las iniciativas voluntarias de la industria que existen dentro de un marco ordenado por el gobierno o que no están vinculados oficialmente. Los gobiernos o los organismos creados por mandato pueden también emitir o implantar directrices.

23. Los Estados Miembros que restringen total o parcialmente la promoción de alimentos ricos en grasas saturadas, ácidos grasos de tipo *trans*, azúcares libres o sal deben procurar que las restricciones de carácter nacional se apliquen también a la publicidad surgida de su territorio y que llega a otros países (salida de publicidad). En muchos países, los efectos de la publicidad que llega de allende sus fronteras (entrada de publicidad) pueden ser tan importantes como los de la que se origina en el territorio nacional. En esta situación, las medidas a escala nacional tendrán que tomar en consideración no solo la publicidad de origen nacional sino también la que entra en el país desde el exterior. También, en este caso la colaboración internacional eficaz resulta esencial para lograr un impacto considerable de las medidas de carácter nacional.

24. Con independencia de cualquier otra medida que se tome para la aplicación de una política nacional, hay que alentar a las partes interesadas del sector privado a aplicar prácticas de promoción que sean coherentes con la finalidad y los objetivos de las políticas establecidos en las presentes recomendaciones y que las apliquen a escala mundial con objeto de dar igual consideración a los niños de todas partes y de no socavar los esfuerzos por restringir la publicidad desplegados por los países que reciben publicidad de alimentos desde el exterior.

25. La sociedad civil, las organizaciones no gubernamentales y los investigadores académicos tienen el potencial de contribuir a aplicar las políticas mediante el fortalecimiento de la capacidad, la promoción de la causa y los conocimientos técnicos.

RECOMENDACIÓN 7. Teniendo en cuenta los recursos, los beneficios y las cargas de todas las partes interesadas involucradas, los Estados Miembros deben considerar el método más eficaz para reducir la promoción de alimentos ricos en grasas saturadas, ácidos grasos de tipo *trans*, azúcares libres o sal dirigida a los niños. El método que se elija deberá establecerse dentro de un marco concebido para lograr los objetivos de las políticas.

RECOMENDACIÓN 8. Los Estados Miembros deben cooperar para poner en juego los medios necesarios para reducir el impacto de la promoción transfronteriza (de entrada y de salida) de alimentos ricos en grasas saturadas, ácidos grasos de tipo *trans*, azúcares libres o sal dirigida a los niños, con objeto de que las políticas nacionales logren el máximo impacto posible.

RECOMENDACIÓN 9. El marco normativo debe especificar los mecanismos de cumplimiento y establecer sistemas para su aplicación. Esto debe incluir definiciones claras de las sanciones y podría incorporar un sistema para la presentación de quejas.

VIGILANCIA Y EVALUACIÓN DE LAS POLÍTICAS

26. La vigilancia proporciona un sistema para reunir y registrar información que indique si las políticas están cumpliendo o no sus objetivos. La evaluación es igualmente importante porque cuantifica el impacto de los fines y objetivos de las políticas. La vigilancia y evaluación pueden requerir diferentes métodos para lograr la eficacia y evitar los conflictos de intereses.

27. El marco normativo debe incluir un conjunto de indicadores esenciales de proceso y de resultado; funciones claramente definidas; asignación de funciones y responsabilidades claramente definidas con respecto a las actividades de vigilancia y evaluación; y mecanismos para las partes que no extrañen conflictos de intereses. Los indicadores tienen que ser específicos, cuantitativos y mensurables, y valerse de instrumentos válidos y fidedignos.

28. La vigilancia de las políticas debe hacerse mediante indicadores pertinentes que cuantifiquen el efecto de aquellas sobre su objetivo (es decir, reducir la exposición y el poder de los mensajes publicitarios).

29. Un ejemplo de cómo evaluar una reducción de la *exposición* puede consistir en medir la cantidad de mensajes publicitarios, o el gasto en ellos, de alimentos ricos en grasas saturadas, ácidos grasos de tipo *trans*, azúcares libres o sal dirigidos a los niños. Para tal efecto, se puede medir el número de anuncios de alimentos ricos en grasas saturadas, ácidos grasos de tipo *trans*, azúcares libres o sal dirigidos a los niños que se proyectan por televisión en un periodo de 24 horas.

30. Un ejemplo de cómo evaluar una reducción del *poder* puede consistir en medir la prevalencia de las técnicas especificadas que se usan. Esto se puede hacer midiendo la prevalencia en la televisión, durante un periodo de 24 horas, de los anuncios de alimentos ricos en grasas saturadas, ácidos grasos de tipo *trans*, azúcares libres o sal dirigidos a los niños que se valen de personajes de marca registrada o personas famosas u otras técnicas que ejercen una atracción especial entre la niñez.

31. La información obtenida mediante la vigilancia se puede usar: *i*) para apoyar el cumplimiento; *ii*) para documentar públicamente la observancia; *iii*) para orientar el ajuste y perfeccionamiento de las políticas; y *iv*) para contribuir a evaluar las políticas.

RECOMENDACIÓN 10. Todos los marcos normativos deben incluir un sistema de vigilancia para velar por la observancia de los objetivos establecidos en las políticas nacionales, valiéndose para ello de indicadores claramente definidos.

32. La evaluación de las políticas debe basarse en indicadores específicos que determinen el efecto de aquellas sobre su finalidad general (es decir, reducir el impacto). Los indicadores deben asimismo evaluar si los niños están siendo expuestos directa o indirectamente a los mensajes publicitarios destinados a otros públicos o medios de comunicación.

33. Un ejemplo de cómo evaluar una reducción del *impacto* puede consistir en medir los cambios de las ventas o la cuota de mercado de los alimentos ricos en grasas saturadas, ácidos grasos de tipo *trans*, azúcares libres o sal, y cuantificar los cambios en las pautas de consumo de los niños como respuesta a la política.

34. En condiciones ideales, la evaluación debería usar los datos iniciales como punto de comparación; dichos datos se deben recoger como primer paso para establecer el impacto real de las políticas.

RECOMENDACIÓN 11. Los marcos normativos deben incluir también un sistema para evaluar el impacto y la eficacia de las políticas sobre su finalidad general, valiéndose para ello de indicadores claramente definidos.

INVESTIGACIONES

35. Las revisiones sistemáticas a escala mundial han demostrado que la mayor parte de los datos de investigación reunidos hasta la fecha provienen de países de ingresos altos. Muchos Estados Miembros no tienen datos nacionales ni han efectuado investigaciones que les permitan determinar la magnitud, la naturaleza y los efectos de la promoción de alimentos dirigida a los niños. Este tipo de investigaciones puede dar más fundamento a la aplicación de políticas y su cumplimiento en el contexto nacional.

RECOMENDACIÓN 12. Se alienta a los Estados Miembros a recabar la información existente sobre la magnitud, la naturaleza y los efectos de la promoción de alimentos dirigida a los niños dentro del territorio nacional. Se les alienta asimismo a apoyar nuevas investigaciones en esta esfera, especialmente las que vayan dirigidas a aplicar y evaluar políticas para reducir el impacto sobre los niños de la promoción de alimentos ricos en grasas saturadas, ácidos grasos de tipo *trans*, azúcares libres o sal.

ANEXO 5

Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud¹

Preámbulo

Los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud:

Recordando la resolución WHA57.19, en la que la Asamblea Mundial de la Salud pide a la Directora General que elabore un código de prácticas voluntario sobre contratación internacional de personal sanitario, en consulta con los Estados Miembros y todos los asociados pertinentes;

Respondiendo a los llamamientos de la Declaración de Kampala, adoptada por el primer Foro Mundial sobre Recursos Humanos para la Salud (Kampala, 2 a 7 de marzo de 2008) y los comunicados del G8 de 2008 y 2009 en los que se alienta a la OMS a acelerar la preparación y aprobación de un código de prácticas;

Conscientes de la escasez mundial de personal de salud y reconociendo que una fuerza de trabajo sanitaria suficiente y accesible es fundamental para un sistema sanitario integrado y para prestar servicios sanitarios esenciales;

Profundamente preocupados porque la grave escasez de personal sanitario, incluidos profesionales muy preparados y capacitados, en muchos Estados Miembros representa una gran amenaza para el desempeño de los sistemas de salud y mengua la capacidad de estos países para cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio y otros objetivos de desarrollo acordados a nivel internacional;

Subrayando que el Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud debe ser un componente medular de las respuestas bilaterales, nacionales, regionales y mundiales a los problemas de la migración de personal sanitario y el fortalecimiento de los sistemas de salud;

EN CONSECUENCIA:

Por el presente, los Estados Miembros manifiestan su acuerdo con los siguientes artículos, que se recomiendan como base para la acción.

¹ Véase la resolución WHA63.16.

Artículo 1: Objetivos

Los objetivos del presente Código son los siguientes:

- 1) establecer y promover principios y prácticas voluntarios en relación con la contratación internacional ética de personal de salud, tomando en consideración los derechos, las obligaciones y las expectativas de los países de origen, los países de destino y el personal de salud que emigra;
- 2) servir de referencia para ayudar a los Estados Miembros en el establecimiento o mejoramiento del marco jurídico e institucional necesario para la contratación internacional de personal de salud;
- 3) proporcionar orientación que pueda utilizarse según corresponda en la formulación y aplicación de acuerdos bilaterales y otros instrumentos jurídicos internacionales; y
- 4) facilitar y promover el debate internacional y fomentar la cooperación en los asuntos relacionados con la contratación internacional ética de personal de salud como parte del fortalecimiento de los sistemas de salud, centrándose en particular en la situación de los países en desarrollo.

Artículo 2: Naturaleza y alcance

2.1 El Código es voluntario. Se alienta enérgicamente a los Estados Miembros y otras partes interesadas a que utilicen este Código.

2.2 El Código es de alcance mundial y tiene por objeto servir de guía para los Estados Miembros, en colaboración con partes interesadas tales como el personal de salud, los contratistas y empleadores del sector de la salud, las organizaciones profesionales de salud, las organizaciones subregionales, regionales y mundiales competentes, ya sean del sector público o privado, además de las no gubernamentales, y todas las personas interesadas en la contratación internacional de personal de salud.

2.3 El Código enuncia los principios éticos aplicables a la contratación internacional de personal de salud de una manera que fortalezca los sistemas de salud de los países en desarrollo, los países con una economía en transición y los pequeños Estados insulares.

Artículo 3: Principios rectores

3.1 La salud de todos los pueblos es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad, y depende de la más amplia cooperación de las personas y los Estados. Los gobiernos son responsables de la salud de sus pueblos, responsabilidad que solo se puede afrontar mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas. Los Estados Miembros deberían tener en cuenta el Código al formular sus políticas nacionales de salud y cooperar entre ellos, según proceda.

3.2 Para proteger la salud en el mundo es crucial abordar la escasez actual y prevista de personal de salud. Si la contratación se gestiona de forma adecuada, la migración internacional de este personal puede hacer una sólida contribución al desarrollo y fortalecimiento de los sistemas de salud. Sin embargo, es deseable elaborar principios internacionales voluntarios y coordinar las políticas nacionales relativas a la contratación internacional de personal de salud a fin de impulsar los marcos para fortalecer equitativamente los sistemas de salud en el mundo, atenuar los efectos negativos de la emigración del personal de salud sobre los sistemas de salud de los países en desarrollo y proteger los derechos de los agentes de salud.

3.3 Deberían examinarse las necesidades específicas y circunstancias especiales de los países, en particular los países en desarrollo y los países con una economía en transición que son particularmente vulnerables a la escasez de personal de salud y/o tienen una capacidad limitada para aplicar las recomendaciones del presente Código. En la medida de lo posible, los países desarrollados deberían facilitar asistencia técnica y económica a los países en desarrollo y los países con una economía en transición enderezada a fortalecer los sistemas de salud, en particular el desarrollo del personal de salud.

3.4 Los Estados Miembros deberían tener en cuenta el derecho de las personas del país de origen al disfrute del grado más alto posible de salud y los derechos individuales del personal de salud a dejar cualquier país de conformidad con el derecho internacional, con el fin de atenuar los efectos negativos de la emigración, así como de potenciar al máximo sus efectos positivos, sobre los sistemas de salud de dichos países. Sin embargo, nada de lo dispuesto en este Código debería interpretarse en el sentido de que limita la libertad de los agentes de salud, de conformidad con las leyes pertinentes, a emigrar a los países que desean admitirlos y emplearlos.

3.5 La contratación internacional de personal de salud debería llevarse a cabo con arreglo a los principios de transparencia, equidad y promoción de la sostenibilidad de los sistemas de salud de los países en desarrollo. Los Estados Miembros, de conformidad con la legislación nacional y los instrumentos jurídicos internacionales aplicables en que son parte, deberían promover y respetar las prácticas laborales justas para todo el personal de salud. Todos los aspectos del empleo y el tratamiento del personal de salud migrante deberían considerarse sin distinción ilícita de ningún tipo.

3.6 Los Estados Miembros deberían esforzarse, en la medida de lo posible, por constituir una fuerza de trabajo sanitaria autosuficiente y encaminar sus acciones al establecimiento de una planificación eficaz del personal de salud, así como de estrategias de formación, capacitación y conservación de los agentes de salud que reduzcan la necesidad de contratar personal de salud migrante. Las políticas y medidas en pro del fortalecimiento del personal de salud deberían adecuarse a las condiciones específicas de cada país e integrarse en los programas nacionales de desarrollo.

3.7 La recopilación de datos nacionales e internacionales, así como la investigación y el intercambio de información eficaces sobre contratación internacional de personal de salud, son necesarias para alcanzar los objetivos del presente Código.

3.8 Los Estados Miembros deberían facilitar la migración circular del personal de salud, de modo que se lograra una circulación de aptitudes y conocimientos que beneficiara tanto del país de origen como el de destino.

Artículo 4: Responsabilidades, derechos y prácticas de contratación

4.1 El personal de salud, las organizaciones profesionales de salud, los colegios profesionales y los contratistas del sector de la salud deberían procurar la cooperación plena con los organismos reguladores y las autoridades nacionales y locales en interés de los pacientes, el sistema de salud y la sociedad en general.

4.2 Los contratistas y los empleadores deberían, en la medida de lo posible, tener presentes y considerar las responsabilidades legales pendientes del personal sanitario con el sistema de salud de su propio país, por ejemplo, un contrato de servicio justo y razonable, y abstenerse de contratarlo. El personal de salud debería adoptar una actitud franca y transparente en relación con cualquier obligación contractual que pueda tener.

4.3 Los Estados Miembros y otras partes interesadas deberían reconocer que las prácticas de contratación internacional éticas ofrecen a los agentes de salud la posibilidad de evaluar los beneficios y los riesgos asociados a los empleos, y de tomar decisiones oportunas y fundamentadas.

4.4 Los Estados Miembros deberían garantizar, en lo posible con arreglo a las leyes pertinentes, que los contratistas y los empleadores observen prácticas de captación y contratación justas al emplear personal de salud migrante y que este no sea objeto de conductas ilegales o fraudulentas. Los agentes de salud migrantes deberían ser contratados, ascendidos y remunerados con arreglo a criterios objetivos tales como el nivel de calificación, los años de experiencia y el grado de responsabilidad profesional, sobre la base de la igualdad de trato con el personal de salud formado en el país. Los contratistas y los empleadores deberían proporcionar a los agentes de salud migrantes información pertinente y exacta sobre todo cargo de personal de salud que les sea propuesto.

4.5 Los Estados Miembros deberían garantizar que, a reserva de las leyes correspondientes, incluidos los acuerdos internacionales pertinentes en que son parte, los agentes de salud migrantes tengan los mismos derechos y responsabilidades en el plano jurídico que el personal de salud formado en el país por lo que respecta a todas las condiciones de empleo y de trabajo.

4.6 Los Estados Miembros y otras partes interesadas deberían adoptar medidas para garantizar que los agentes de salud migrantes se beneficien de oportunidades e incentivos para fortalecer su formación, sus calificaciones y su desarrollo profesionales, sobre la base de la igualdad de trato con el personal de salud formado en el país y con sujeción a las leyes pertinentes. Todos los agentes de salud migrantes deberían tener acceso a programas de iniciación y de orientación adecuados que les permitan desempeñar sus actividades con seguridad y eficacia en el sistema de salud del país de destino.

4.7 Los contratistas y los empleadores deberían comprender que el Código se aplica por igual a las personas contratadas para trabajar tanto de forma temporal como permanente.

Artículo 5: Desarrollo del personal sanitario y sostenibilidad de los sistemas sanitarios

5.1 De conformidad con el principio rector enunciado en el artículo 3 del presente Código, los sistemas de salud tanto de los países de origen como de los de destino deberían obtener beneficios de la migración internacional de personal de salud. Se alienta a los países de destino a colaborar con los países de origen para mantener y fomentar el desarrollo y la capacitación de los recursos humanos sanitarios según corresponda. Los Estados Miembros deberían desalentar la contratación activa de personal sanitario procedente de países en desarrollo que sufren una grave escasez de trabajadores sanitarios.

5.2 Cuando concluyan acuerdos bilaterales y/o regionales y/o multilaterales para promover la cooperación y coordinación internacionales en la contratación internacional de agentes de salud, los Estados Miembros deberían utilizar este Código como guía. Tales acuerdos deberían tomar en consideración las necesidades de los países en desarrollo y los países con una economía en transición mediante la adopción de medidas apropiadas. Dichas medidas podrán incluir las siguientes: prestación de asistencia técnica eficaz y adecuada, apoyo a la conservación del personal de salud, reconocimiento social y profesional del personal sanitario, apoyo a la formación en los países de origen que se adapte al perfil de morbilidad en esos países, hermanamientos de centros de salud, apoyo a la creación de capacidad en la elaboración de marcos reglamentarios adecuados, acceso a formación especializada, transferencia de tecnología y de conocimientos, y apoyo a la migración de retorno, ya sea temporal o permanente.

5.3 Los Estados Miembros deberían reconocer la utilidad, tanto para sus sistemas sanitarios como para los propios agentes de salud, de los intercambios profesionales entre países y de las posibilidades de traba-

jar y formarse en el extranjero. Los Estados Miembros de los países de origen y de los países de destino deberían alentar al personal de salud a utilizar en el país de origen la experiencia profesional adquirida en el extranjero y brindarle el apoyo necesario a tal fin.

5.4 Dado que el personal de salud es fundamental para la sostenibilidad de los sistemas de salud, los Estados Miembros deberían tomar medidas eficaces para formar, conservar y sostener agentes de salud adaptados a la situación específica de cada país, en particular en las zonas más necesitadas, apoyándose en un plan de dotación de personal de salud basado en datos fácticos. Todos los Estados Miembros deberían esforzarse por satisfacer sus necesidades de personal sanitario utilizando en lo posible sus propios recursos humanos de salud.

5.5 Los Estados Miembros deberían plantearse el fortalecimiento de las instituciones educativas a fin de ampliar la formación de profesionales de la salud, así como la elaboración de planes de estudios innovadores que sirvan para satisfacer las necesidades actuales en el terreno de la salud. Deberían asimismo adoptar medidas para asegurarse de que tanto en el sector público como en el privado se dispense una formación adecuada.

5.6 Los Estados Miembros deberían plantearse la adopción y aplicación de medidas eficaces destinadas a fortalecer los sistemas de salud, efectuar un seguimiento continuo del mercado laboral del sector y coordinar entre sí a todas las partes interesadas a fin de formar y conservar duraderamente una fuerza de trabajo sanitaria capaz de responder a las necesidades de salud de la población. Los Estados Miembros deberían adoptar un enfoque multisectorial para abordar esas cuestiones en sus políticas nacionales en materia de salud y desarrollo.

5.7 Los Estados Miembros deberían plantearse la adopción de medidas para corregir los desequilibrios en la distribución geográfica del personal sanitario y para favorecer su permanencia en las zonas desatendidas mediante, por ejemplo, la aplicación de actividades educativas, incentivos económicos, medidas normativas y apoyo social y profesional.

Artículo 6: Recopilación de datos e investigación

6.1 Los Estados Miembros deberían reconocer que la elaboración de políticas y planes eficaces relativos al personal de salud ha de basarse en sólidas pruebas empíricas.

6.2 Teniendo en cuenta las características de los sistemas de salud nacionales, se alienta a los Estados Miembros a establecer o fortalecer y mantener, según proceda, sistemas de información sobre personal sanitario, incluida la migración de personal de salud y su impacto en los sistemas sanitarios. Se alienta a los Estados Miembros a reunir, analizar y transformar los datos en políticas y planes eficaces en relación con el personal de salud.

6.3 Se alienta a los Estados Miembros a establecer o fortalecer programas de investigación en el ámbito de la migración de personal de salud y coordinar esos programas a través de asociaciones en los planos nacional, subnacional, regional e internacional.

6.4 Se alienta a la OMS, en colaboración con las organizaciones internacionales pertinentes y los Estados Miembros, a garantizar, en la mayor medida posible, que se generen y reúnan datos comparables y fiables, según lo dispuesto en los párrafos 6.2 y 6.3, con fines de seguimiento continuo, análisis y formulación de políticas.

Artículo 7: Intercambio de información

7.1 Se alienta a los Estados Miembros a promover, según proceda y a reserva de la legislación nacional, el establecimiento o fortalecimiento de mecanismos de intercambio de información sobre la migración internacional de personal de salud y los sistemas de salud, a nivel nacional e internacional, a través de organismos públicos, instituciones académicas y de investigación, organizaciones de profesionales de la salud, y organizaciones subregionales, regionales e internacionales, ya sean gubernamentales o no gubernamentales.

7.2 A fin de promover y facilitar el intercambio de la información relacionada con el presente Código, cada Estado Miembro debería, en lo posible:

- a) establecer progresivamente y mantener una base de datos actualizada sobre las leyes y reglamentaciones relativas a la contratación y migración de personal de salud y, cuando proceda, con información sobre su aplicación;
- b) establecer progresivamente y mantener actualizados los datos provenientes de los sistemas de información sobre personal sanitario de conformidad con el párrafo 6.2; y
- c) cada tres años, proporcionar a la Secretaría de la OMS los datos recogidos de conformidad con los apartados a) y b) anteriores, empezando por un primer informe elaborado en un plazo de dos años a partir de la adopción del presente Código por la Asamblea Mundial de la Salud.

7.3 A los efectos de la comunicación internacional, cada Estado Miembro debería, cuando proceda, designar una autoridad nacional encargada del intercambio de información relativa a la migración de personal de salud y la aplicación del Código. Los Estados Miembros que designen esa autoridad deberán informar de ello a la OMS. Esta debería estar facultada para comunicarse directamente o, con arreglo a lo dispuesto en las leyes o reglamentaciones nacionales, con las autoridades nacionales designadas de otros Estados Miembros y con la Secretaría de la OMS y otras organizaciones regionales e internacionales interesadas, así como para presentar informes y otra información a la Secretaría de la OMS en virtud del apartado 7.2(c) y del párrafo 9.1.

7.4 La OMS debería establecer, mantener y publicar un registro de autoridades nacionales designadas con arreglo a lo dispuesto en el párrafo 7.3 precedente.

Artículo 8: Aplicación del código

8.1 Se alienta a los Estados Miembros a que promuevan y apliquen el Código en colaboración con todas las partes interesadas, según lo estipulado en el artículo 2.2, de acuerdo con las responsabilidades nacionales y subnacionales.

8.2 Se alienta a los Estados Miembros a que incorporen el Código en las leyes y políticas que corresponda.

8.3 En los procesos de toma de decisiones, se alienta a los Estados Miembros a que consulten, cuando proceda, con todas las partes interesadas según lo estipulado en el párrafo 2.2 y procuren que estas participen en otras actividades relacionadas con la contratación internacional de personal de salud.

8.4 Todas las partes interesadas mencionadas en el párrafo 2.2 deberían esforzarse en trabajar individual y colectivamente para lograr los objetivos del Código. Todas las partes interesadas deberían observar el

Código, independientemente de la capacidad de otros para hacerlo. Los contratistas y los empleadores deberían cooperar plenamente en promover la observancia del Código y sus principios rectores, con independencia de la capacidad de los Estados Miembros para aplicar el Código.

8.5 Los Estados Miembros deberían, en la medida de lo posible y de acuerdo con sus responsabilidades legales, en colaboración con las partes interesadas, mantener un registro, actualizado periódicamente, de todos los contratistas autorizados por las autoridades competentes para desempeñar actividades en su territorio.

8.6 Los Estados Miembros deberían, en lo posible, alentar y promover buenas prácticas entre las agencias de contratación de personal, utilizando únicamente a aquellas que se atengan a los principios rectores del Código.

8.7 Se alienta a los Estados Miembros a que observen y determinen la magnitud de la contratación internacional activa de personal de salud de los países con una escasez crítica de dicho personal, y que evalúen la amplitud y los efectos de la migración circular.

Artículo 9: Monitoreo y mecanismos institucionales

9.1 Los Estados Miembros deberían dar a conocer periódicamente las medidas adoptadas, los resultados obtenidos, las dificultades encontradas y las enseñanzas extraídas en un informe único, en conjunción con lo dispuesto en el párrafo 7.2(c).

9.2 El Director General mantendrá en examen la aplicación del Código, basándose en los informes periódicos recibidos de las autoridades nacionales designadas con arreglo a los párrafos 7.3 y 9.1 y de otras fuentes competentes, y presentará informes periódicos a la Asamblea Mundial de la Salud sobre la eficacia del Código para alcanzar los objetivos enunciados en el mismo, así como propuestas para mejorarlo. Este informe se presentaría en conjunción con lo dispuesto en el párrafo 7.2(c).

9.3 El Director General deberá:

- a) prestar apoyo al sistema de intercambio de información y a la red de autoridades nacionales designadas a que se hace referencia en el artículo 7;
- b) elaborar directrices y formular recomendaciones sobre las prácticas y procedimientos y los programas y medidas conjuntos previstos en el Código; y
- c) mantener el enlace con las Naciones Unidas, la Organización Internacional del Trabajo, la Organización Internacional para las Migraciones y otras organizaciones regionales e internacionales competentes, y con las organizaciones no gubernamentales interesadas, para apoyar la aplicación del Código.

9.4 La Secretaría de la OMS puede examinar informes presentados por las partes interesadas, según lo estipulado en el párrafo 2.2, sobre las actividades relacionadas con la aplicación del Código.

9.5 La Asamblea Mundial de la Salud debería examinar periódicamente la pertinencia y la eficacia del Código, entendido este como un texto dinámico que debería ser actualizado siempre que sea necesario.

Artículo 10: Asociaciones, colaboración técnica y apoyo financiero

10.1 Los Estados Miembros y otras partes interesadas deberían colaborar directamente o a través de los órganos internacionales competentes a fin de fortalecer su capacidad para hacer realidad los objetivos del Código.

10.2 Se alienta a las organizaciones y organismos donantes internacionales, las instituciones financieras y de desarrollo y demás organizaciones competentes a que presten el apoyo técnico y financiero para ayudar a aplicar el Código y apoyar el fortalecimiento de los sistemas de salud en los países en desarrollo y los países con una economía en transición que estén experimentando una crítica escasez de personal de salud y/o cuya capacidad para aplicar los objetivos del Código sea limitada. Las mencionadas organizaciones, así como otras entidades, deberían ser alentadas a cooperar con los países que sufran una crítica escasez de personal de salud y comprometerse a velar por que los fondos destinados a intervenciones contra una enfermedad concreta sirvan para reforzar la capacidad de los sistemas de salud, lo que incluye el desarrollo del personal sanitario.

10.3 Los Estados Miembros, ya sea por iniciativa propia o por conducto de su participación en organizaciones nacionales y regionales, organizaciones de donantes y otras entidades interesadas, deberían ser alentados a proporcionar apoyo técnico y financiero a los países en desarrollo o países con una economía en transición, con objeto de reforzar la capacidad de su sistema de salud, lo que incluye el desarrollo del personal sanitario.

ANEXO 6

Intervenciones de prevención o tratamiento de los defectos congénitos¹

[A63/10 - 1 de abril de 2010]

Atención pregestacional	Atención durante el embarazo	Atención al recién nacido y el niño
<p>Planificación familiar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Explicar a las mujeres el concepto de «elección en materia de reproducción» • Reducir el número total de niños que nacen con un defecto congénito • Reducir la proporción de mujeres que gestan a una edad avanzada, y con ello la prevalencia de niños nacidos con trisomías autosómicas, en particular el síndrome de Down • Ofrecer a las madres de niños afectados la posibilidad de no tener más hijos <p>Detección y asesoramiento pregestacionales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utilizar el historial familiar que obra en los servicios de atención primaria para detectar a las personas con riesgo de tener niños afectados • Realizar sistemáticamente pruebas de detección de portadores de trastornos recesivos frecuentes (p. ej. talasemia y anemia falciforme) <p>Optimizar la alimentación de las mujeres antes y en el curso del embarazo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promover el consumo de sal yodada para prevenir los trastornos por carencia de yodo • Promover el consumo de alimentos básicos enriquecidos con ácido fólico y de complementos multivitamínicos con ácido fólico para prevenir defectos del tubo neural y otras malformaciones • Desaconsejar el consumo de alcohol, tabaco y cocaína • Promover una alimentación general adecuada (p. ej., con suficientes proteínas, calorías, hierro) 	<p>Pruebas sistemáticas de detección antenatal de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Factor Rh • Sífilis • Personas con riesgo de tener niños con defectos congénitos, atendiendo al historial familiar, • Síndrome de Down (edad materna avanzada; análisis del suero materno; ecografía temprana) • Defectos del tubo neural (análisis del suero materno) • Malformaciones importantes (detección ecográfica de anomalías fetales, a partir de las 18 semanas de gestación) • Portadores de trastornos recesivos frecuentes (p. ej. talasemia y anemia falciforme) <p>Diagnóstico prenatal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ecografía • Amniocentesis • Biopsia corial <p>Terapia fetal</p> <ul style="list-style-type: none"> • para la sífilis • para la anemia fetal mediante transfusión intrauterina 	<p>Examen del recién nacido</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen por personal cualificado de todos los recién nacidos para detectar defectos congénitos <p>Pruebas sistemáticas de detección neonatal de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hipotiroidismo congénito • Fenilcetonuria • Fibrosis quística • Otras patologías, en función de las necesidades y circunstancias de cada país <p>Tratamiento médico</p> <p>Ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ictericia neonatal por déficit de glucosa-6-fosfato deshidrogenasa o incompatibilidad de Rh • Atención y tratamiento a niños con trastornos hematológicos como anemia falciforme, talasemia, etc. • Tratamiento de ciertos errores innatos del metabolismo • Tratamiento de niños con fibrosis quística <p>Cirugía</p> <p>Por ejemplo, para corregir:</p> <ul style="list-style-type: none"> • defectos cardíacos congénitos sencillos • labio leporino y fisura palatina • pie valgo • cataratas congénitas

¹ Véase la resolución WHA63.17.

<p>Prevenir y tratar las infecciones inducidas por teratógenos antes y en el curso del embarazo</p> <p>Estas infecciones comprenden:</p> <ul style="list-style-type: none">• sífilis• rubéola (67 países carecen de programas nacionales de inmunización contra la rubéola) <p>Optimizar los servicios de atención y tratamiento pregestacionales</p> <ul style="list-style-type: none">• para diabéticas insulino dependientes• para mujeres sometidas a tratamiento contra la epilepsia• para mujeres sometidas a tratamiento con warfarina		<p>Rehabilitación y atención paliativa</p> <p>Según proceda</p>
--	--	--

ANEXO 7¹

Estrategia de la OMS sobre investigaciones en pro de la salud

[A63/22 - 25 de marzo de 2010]

CONTEXTO Y JUSTIFICACIÓN

Las investigaciones, la salud mundial y la OMS

1. En la presente estrategia se indica cómo reforzar la participación de la OMS en las investigaciones en pro de la salud y la consiguiente función de investigación en la Organización. Asimismo, se reconoce que la investigación es fundamental para la mejora de la salud mundial y se señala la manera en que la Secretaría puede trabajar con los Estados Miembros y los asociados para aprovechar la ciencia, la tecnología y conocimientos de carácter más amplio, a fin de producir datos de investigación e instrumentos para mejorar los resultados sanitarios.
2. En todos los Estados Miembros están creciendo las exigencias impuestas a la investigación para que proporcione la oportunidad de resolver los problemas de salud actuales y emergentes. La investigación es indispensable para afrontar el desafío que supone resolver problemas prioritarios en todos los ámbitos de la salud pública, ya se trate de combatir enfermedades de la pobreza, responder a la transición epidemiológica mundial a enfermedades crónicas, garantizar que las madres tengan acceso a prácticas obstétricas seguras o prepararse para las amenazas mundiales a la seguridad sanitaria.
3. En un entorno mundial de competencia por los limitados recursos es especialmente importante que las políticas y prácticas sanitarias se basen en los mejores datos de investigación posibles. La importancia fundamental de la investigación para la OMS se señala en el Artículo 2 de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Además, en el Undécimo Programa General de Trabajo, 2006-2015, una de las siete esferas prioritarias es aprovechar el conocimiento, la ciencia y la tecnología.
4. El Undécimo Programa General de Trabajo contiene un programa de acción sanitaria mundial para la Organización, sus Estados Miembros y la comunidad internacional. Aunque el valor de la investigación está ampliamente reconocido, no se aborda de forma directa la explotación adecuada de las investigaciones para resolver problemas de salud prioritarios. La compleja naturaleza de los problemas sanitarios con que se enfrentan las sociedades, el rápido avance de los conocimientos y las tecnologías relacionados con la salud y los cambios en las expectativas y las preocupaciones del público con respecto a la investigación, así como las diferencias en la organización y la gestión de las actividades de investigación dentro de los países y entre unos y otros, figuran entre los numerosos factores que se han de tener en cuenta.

¹ Véase la resolución WHA63.21.

5. Cabe destacar que en las últimas décadas se han hecho enormes progresos. Además de la creciente importancia concedida a la salud en el mundo entero, la comunidad investigadora en general presta una atención cada vez mayor a los problemas sanitarios de la población pobre y desfavorecida. Se están dedicando grandes esfuerzos de investigación, en los que participan alianzas publicoprivadas y otros mecanismos innovadores, a enfermedades desatendidas, con objeto de promover el desarrollo de vacunas, medicamentos y diagnósticos en los lugares donde las fuerzas de mercado no bastan de por sí. Asimismo, la vulnerabilidad compartida a amenazas infecciosas de ámbito mundial, como el síndrome respiratorio agudo severo y la gripe aviar, ha movilizado las iniciativas mundiales de investigación para respaldar el aumento de la capacidad de preparación y respuesta en las esferas de la vigilancia, el diagnóstico rápido, el desarrollo de vacunas y medicamentos.

6. Además de esos avances, cada vez hay mayor conciencia de que los sistemas de investigación no están respondiendo de forma óptima a las diversas exigencias que se les plantean. Las inversiones en investigación sanitaria son insuficientes, y no están debidamente encaminadas a combatir problemas de salud prioritarios. Además, cuando se ha tenido que hacer frente a desafíos complejos, relacionados por ejemplo con la inseguridad alimentaria o los efectos del cambio climático, no se han utilizado los recursos disponibles para investigación en otros sectores. Los países de ingresos bajos se ven enfrentados a toda una serie de programas de investigación impulsados por los donantes que a menudo debilitan las prioridades nacionales, y muchos países tienen grandes problemas para formar y retener a investigadores.

7. La labor en apoyo de la revisión ética y la rendición pública de cuentas respecto de las investigaciones no avanza al mismo ritmo que las mejores prácticas. La oportunidad de crear un marco común para almacenar y compartir datos, instrumentos y material de investigación no se ha aprovechado con el mismo ímpetu en la esfera de la salud que en otros ámbitos científicos, y los formuladores de políticas no están contribuyendo a las prioridades sanitarias ni utilizando los datos probatorios disponibles para fundamentar sus decisiones.

8. Habida cuenta de los rápidos cambios que se están produciendo en el ámbito de la salud pública y la investigación, es sumamente urgente que se adopte un enfoque sistemático e integral con respecto a la organización y la gestión de las investigaciones en pro de la salud. En esta estrategia se trata de definir la función de la OMS en la respuesta a esa necesidad.

Función de la OMS en las investigaciones en pro de la salud

9. El Undécimo Programa General de Trabajo presenta seis funciones básicas de la OMS, una de las cuales es determinar las líneas de investigación y estimular la producción, difusión y aplicación de conocimientos valiosos. Las otras cinco funciones (ofrecer liderazgo en temas cruciales para la salud, definir normas y patrones, formular opciones de política que aúnen principios éticos y fundamento científico, prestar apoyo técnico y seguir de cerca la situación en materia de salud) requieren todas ellas una sólida formación en investigación por parte del personal de la Secretaría.

Definiciones y conceptos

10. La expresión «investigaciones en pro de la salud» refleja el hecho de que para mejorar los resultados sanitarios es necesaria la participación de numerosos sectores y disciplinas. Como se señaló en el marco del Foro Mundial sobre Investigaciones Sanitarias, el objetivo de las investigaciones de este tipo es comprender el impacto que tienen en la salud las políticas, programas, procesos, intervenciones o eventos de cualquier sector, contribuir a desarrollar intervenciones que ayuden a prevenir o mitigar ese impacto y respaldar el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, la equidad sanitaria y una mejor salud para

todos. Las investigaciones en pro de la salud cubren toda la gama de actividades de investigación y abarcan cinco grandes esferas:

- medición de la magnitud y la distribución del problema sanitario;¹
- comprensión de las diversas causas o los determinantes del problema, ya se deban a factores biológicos, comportamentales, sociales o ambientales;
- formulación de soluciones o intervenciones que contribuyan a prevenir o mitigar el problema;
- aplicación de soluciones por medio de políticas y programas;
- evaluación del impacto de esas soluciones en la magnitud y la distribución del problema.

11. La estrategia se basa también en un marco sistemático para los sistemas de investigación sanitaria, presentado en 2003 en el *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*,² y en el que se definen cuatro funciones básicas de los sistemas de salud: rectoría; financiación; creación y mantenimiento de personal e infraestructura de investigación, y producción, síntesis y aplicación de conocimientos.

Elaboración de la estrategia de la OMS sobre investigaciones en pro de la salud

12. En la resolución WHA60.15, la Asamblea de la Salud pidió a la Directora General que elaborara una estrategia sobre la gestión y la organización de las actividades de investigación en la OMS. Esto ofrece a la Organización la oportunidad de: 1) revisar y revitalizar la función de investigación en la OMS; 2) mejorar el apoyo prestado a los Estados Miembros para fortalecer su capacidad de investigación sanitaria; 3) fortalecer su labor de sensibilización sobre la importancia de las investigaciones en pro de la salud, y 4) dar a conocer mejor su participación en esas investigaciones.

13. La estrategia de la OMS sobre investigaciones en pro de la salud ha sido elaborada por la Secretaría mediante un proceso de consulta de 18 meses, en el que han participado funcionarios de la Sede y de las oficinas regionales y en los países, así como asociados clave (incluidos organismos de financiación, el sector privado, la comunidad de investigadores y organizaciones no gubernamentales). Un grupo de referencia externo y el Comité Consultivo de Investigaciones Sanitarias aportaron amplias observaciones sobre los sucesivos borradores de la estrategia.

14. Teniendo en cuenta que para contar con una estrategia realista y con visión de futuro es necesaria una comprensión cabal de los éxitos y fracasos pasados y de la realidad presente, la estrategia se ha basado también, entre otras cosas, en:

- una revisión histórica de las investigaciones en la OMS;
- las resoluciones anteriores de la Asamblea de la Salud relativas a las investigaciones;

¹ La expresión «problema sanitario» se utiliza en esta estrategia para hacer referencia a una causa importante de enfermedad o inequidad sanitaria, ya sea actual o futura, e incluye lo siguiente: enfermedades como el VIH/sida o enfermedades mentales; riesgos para la salud, como la obesidad, la pobreza o el cambio climático, y obstáculos a un funcionamiento adecuado de los sistemas, como una atención insegura o la financiación no equitativa de los servicios de salud.

² *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, 2003, **81**(11): 815-820.

- un estudio y un análisis exhaustivos de las actividades de investigación en curso en los 34 departamentos de la Secretaría y los programas y centros especiales de investigación.¹

Como solicitó la Asamblea de la Salud en su resolución WHA61.21, se ha tenido cuidado de incorporar, según ha sido oportuno, la estrategia mundial y plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual en la elaboración de la estrategia de investigaciones de la OMS.

ESTRATEGIA DE LA OMS SOBRE INVESTIGACIONES EN PRO DE LA SALUD

Investigaciones al servicio de la salud

15. Esta estrategia integral a nivel de toda la Organización respaldará la labor de la Secretaría en su conjunto.

16. La **visión** de la estrategia es que las decisiones y las medidas orientadas a mejorar la salud y reforzar la equidad sanitaria se basen en los datos de investigación. La **misión** de la estrategia consiste en que la Secretaría, los Estados Miembros y los asociados trabajen de consuno, a fin de aprovechar la ciencia, la tecnología y los conocimientos en general para producir datos de investigación e instrumentos para mejorar la salud.

17. La estrategia presenta las diversas funciones y responsabilidades de la OMS con respecto a las investigaciones en pro de la salud: la Organización se esfuerza por desempeñar un papel de rectoría y sensibilización, encontrar financiadores, catalizar el cambio y crear capacidad; asimismo, actúa como comunicadora de las investigaciones y productora y usuaria de éstas.

18. En la estrategia se insta a introducir cambios, a fin de reforzar la capacidad para acceder a los resultados de las investigaciones y aplicarlos, y de comprender mejor qué actividades de investigación hacen falta para mejorar la salud y los resultados sanitarios y movilizar apoyo para ellas.

19. Asimismo, en la estrategia se reconoce que para lograr los objetivos sanitarios es preciso que la OMS colabore de forma más eficaz con la comunidad mundial de investigadores y los financiadores de investigaciones y con sectores distintos del de la salud.

Principios rectores

20. La estrategia de la OMS sobre investigaciones en pro de la salud se basa en tres principios que orientarán el logro de los objetivos y la realización de la visión.

Calidad - La OMS se compromete a llevar a cabo investigaciones de gran calidad que sean éticas, eficientes, eficaces y accesibles a todos, y que estén revisadas por expertos y sean vigiladas y evaluadas atentamente.

¹ «Overview of Research at WHO 2006/2007», disponible en línea en http://www.who.int/rpc/research_strategy/en/index.html.

Impacto - La OMS concede prioridad a las investigaciones y las innovaciones con más posibilidades de mejorar la seguridad sanitaria mundial, acelerar el desarrollo relacionado con la salud, corregir las inequidades sanitarias y contribuir a alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Inclusividad - La Secretaría tiene el propósito de trabajar en colaboración con los Estados Miembros y los interesados, de adoptar un enfoque multisectorial con respecto a las investigaciones en pro de la salud y de respaldar y promover la participación de las comunidades y la sociedad civil en el proceso de investigación.

Objetivos

21. Se han definido cinco objetivos interrelacionados para que la OMS logre llevar a la práctica la visión de la estrategia.

- **Organización:** entraña reforzar la cultura de la investigación en toda la OMS.
- **Prioridades:** se refiere al refuerzo de la labor de investigación (a nivel nacional, regional y mundial y en la OMS) para responder a necesidades de salud prioritarias.
- **Capacidad:** se refiere a la prestación de apoyo para fortalecer los sistemas nacionales de investigación sanitaria.
- **Estándares:** guarda relación con el fomento de las buenas prácticas de investigación, aprovechando la función básica de la OMS de definir normas y patrones.
- **Puesta en práctica:** consiste en el fortalecimiento de los vínculos entre las políticas, las medidas prácticas y los productos de investigación.

22. La OMS tiene que demostrar que puede predicar con el ejemplo, razón por la cual el objetivo referente a la **Organización** constituye la base de la estrategia. Es una parte esencial de los otros cuatro objetivos, que define la interacción de la Secretaría con los Estados Miembros y los asociados en las actividades para alcanzar cada uno de ellos.

23. La actual situación sanitaria mundial es compleja y se caracteriza por toda una serie de desafíos sanitarios nuevos y existentes, muchos de los cuales requieren mayores esfuerzos en la esfera de la investigación. Habida cuenta de las necesidades que compiten en las distintas esferas de investigación, es fundamental no sólo movilizar recursos suficientes para la investigación, sino también que éstos se distribuyan cuidadosamente. Las funciones de la OMS con respecto al objetivo referente a las **prioridades** son: ofrecer asistencia para definir, de forma oportuna, las prioridades de las investigaciones en pro de la salud, especialmente de las que puedan beneficiar a los miembros más pobres de la sociedad, y movilizar a todos los interesados para aportar una respuesta eficaz.

24. El fortalecimiento de la investigación en pro de la salud de los sistemas nacionales de los Estados Miembros - el objetivo referente a la **capacidad** - es indispensable para mejorar la prestación de servicios de salud, y la seguridad y los resultados sanitarios. Las iniciativas destinadas a alcanzar este objetivo tienen que centrarse en la creación de capacidad institucional, con el fin de desarrollar la estructura física y los recursos humanos necesarios para realizar investigaciones. También hay que centrarse en responder a la necesidad de liderazgo en materia de políticas, financiación y estándares de investigación.

25. Ningún país es autosuficiente en cuanto a capacidad de investigación, por lo que los Estados Miembros tienen que ser capaces de compartir los productos de la investigación. Para que exista un intercambio eficaz y equitativo se necesitan normas y estándares de investigación internacionalmente aceptados; habida cuenta de ello, el objetivo referente a los **estándares** se refiere a la promoción de las buenas prácticas de investigación mediante una labor de establecimiento de acuerdos sobre buenas prácticas, indicadores científicos, directrices éticas y mecanismos de responsabilización. Alcanzar este objetivo es fundamental para conseguir el apoyo y la confianza del público.

26. Por último, si la finalidad principal de las investigaciones en pro de la salud es mejorar los resultados sanitarios, no basta con generar conocimientos: los conocimientos se tienen que aprovechar para fundamentar las políticas y las medidas prácticas y desarrollar productos. Con el objetivo referente a la **puesta en práctica**, la OMS pretende facilitar la creación de vínculos más productivos entre los investigadores y quienes aplican los datos probatorios, incluidos los formuladores de políticas y los profesionales a nivel nacional, regional y mundial.

27. En el cuadro 1 figura un resumen de los productos generados con el logro de cada uno de los objetivos.

Cuadro 1. Resumen de los productos de la estrategia de la OMS sobre investigaciones en pro de la salud

<p>Informe bienal a la Asamblea de la Salud, con información sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> – los progresos en la aplicación y la evaluación de la estrategia sobre investigación y los gastos conexos (objetivo referente a la Organización)¹ – los progresos generales en cuanto al fortalecimiento de los sistemas nacionales de investigación sanitaria, medidos con indicadores normalizados en los países (objetivo referente a las prioridades) – la adaptación/adopción de normas y estándares por parte de los Estados Miembros y los resultados de los estudios en que se examina su cumplimiento (objetivo referente a los estándares)
<p>Informe bienal al Director General, con información sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> – los procesos, el alcance y el impacto de: <ul style="list-style-type: none"> • los procedimientos e incentivos revisados en materia de contratación de la OMS, y el programa de capacitación de la Organización sobre investigación y aplicación de ésta (objetivo referente a la Organización) • los comités de revisión ética de la OMS (objetivo referente a los estándares) • el comité de examen de directrices de la OMS (objetivo referente a los estándares) • el comité de examen de programas de la OMS (objetivo referente a la Organización)

¹ Se indica entre paréntesis el objetivo que mayor relación tiene con el producto.

- la aplicación del código de buenas prácticas de investigación de la OMS, con los resultados de los estudios periódicos sobre las prácticas de investigación de la OMS (objetivo referente a la Organización)
- las posibles mejoras introducidas en los mecanismos por los que la OMS actúa como asociada en investigaciones, y en ese caso los medios empleados para ello (objetivo referente a la Organización)
- los programas de investigación en los que la OMS participa directamente, o los que la Organización promueve, la pertinencia de éstos para la OMS y su coherencia en general en el contexto de la Organización (objetivo referente a las prioridades)
- los esfuerzos de la OMS para promover los sistemas nacionales de investigación sanitaria (objetivo referente a la capacidad)
- el número de estrategias nacionales de cooperación en que hay cooperación técnica por parte de múltiples asociados para respaldar el fortalecimiento de los sistemas nacionales de investigación sanitaria (objetivo referente a la capacidad)
- armonización de las actividades destinadas a crear capacidad de investigación a las que está asociada la OMS (objetivo referente a la capacidad)

Normas y estándares

- Normas y estándares para las actividades de investigación (objetivo referente a los estándares)
- Código de buenas prácticas de investigación de la OMS (objetivo referente a la Organización)
- Directrices para crear capacidad nacional respecto de las cuatro funciones principales de los sistemas nacionales de investigación sanitaria (objetivo referente a la capacidad)

Recursos e informes públicos

- Informe público cada cuatro años (publicado con asociados) sobre prioridades mundiales en materia de investigación, sobre programas integrales de investigación para cada prioridad y sobre la adaptación de los recursos financieros y humanos a esos programas (objetivo referente a las prioridades)
- Informe público bienal sobre la investigación en la OMS (objetivo referente a la Organización)
- Informe público sobre la posición de la OMS con respecto al acceso libre a los productos de la investigación y sobre los mecanismos para registrar los productos de la investigación que actualmente no se están registrando (objetivo referente a la puesta en práctica)
- Informes sobre las enseñanzas extraídas de las actividades destinadas a crear capacidad de investigación, incluidas las evaluaciones de la eficacia de métodos concretos con los que se utilizan indicadores normalizados (objetivo referente a la capacidad)
- Informes sobre las enseñanzas extraídas del empleo de distintas intervenciones destinadas a respaldar políticas y medidas prácticas en los Estados Miembros y basadas en los mejores datos de investigación disponibles y con el uso de diversos modelos de transferencia de tecnología y de plataformas de puesta en práctica de investigaciones (objetivo referente a la puesta en práctica)
- Registro de dominio público de todas las investigaciones a las que está asociada la OMS (objetivo referente a la Organización)

- Registros de ensayos clínicos de dominio público (objetivo referente a los estándares)
- Resúmenes de datos probatorios actualizados y estructurados de forma óptima, en los que se tengan en cuenta los distintos contextos, y orientación sobre necesidades de salud pública (objetivo referente a la puesta en práctica)

OBJETIVO REFERENTE A LA ORGANIZACIÓN

28. El objetivo referente a la Organización consiste en reforzar la cultura de investigación en toda la OMS.

Desafío que se plantea

29. Las consultas celebradas para elaborar la estrategia hicieron llegar el claro mensaje, transmitido tanto desde dentro de la Organización como desde otras entidades, de que la OMS tiene que introducir un importante cambio de comportamiento para poder seguir la evolución del entorno de las investigaciones y dar a conocer mejor la naturaleza de sus propias actividades de investigación.

30. Los obstáculos internos que la OMS debe superar, observados durante el proceso de consulta, son los siguientes:

- la ausencia de una visión común, bien estructurada, de las investigaciones en pro de la salud;
- la naturaleza fragmentada y descoordinada de las actividades de investigación en toda la Organización;
- la falta de coherencia en el uso de datos probatorios para establecer políticas, programas y normas y estándares mundiales;
- la ausencia de estándares sobre prácticas de investigación para el personal que produce y aplica las investigaciones;
- la escasez de funcionarios con los conocimientos oportunos en materia de investigación y una buena comprensión de ésta;
- la falta de un presupuesto destinado específicamente a respaldar las actividades de investigación;
- las disposiciones burocráticas y financieras que muchos asociados en las investigaciones consideran extrañas;
- la falta de incentivos que alienten al personal a participar en las actividades de investigación o relacionadas con la investigación y a mejorar su formación al respecto.

31. Las actividades relacionadas con el objetivo referente a la **Organización** estarán destinadas a superar esos obstáculos mejorando las prácticas de investigación conforme a los tres principios de la estrategia: calidad, impacto e inclusividad. La finalidad es que la OMS disponga de mecanismos de gobernanza efi-

caces que respalden la producción, difusión y aplicación de los datos de investigación tanto en la Organización como fuera de ella.

32. Por lo tanto, la orientación y los programas de la OMS tendrán que basarse en los mejores datos de investigación disponibles. Además, las actividades de investigación a las que la OMS está asociada tendrán que ajustarse a un código de buenas prácticas de investigación. También será necesario que exista un acuerdo general, tanto en la OMS como fuera de ella, acerca del destacado papel de los datos de investigación en las actividades de la Organización y de la función más amplia de ésta en la labor de investigación.

Medidas para alcanzar el objetivo

33. En colaboración con los Estados Miembros y los asociados, la Secretaría:

a) establecerá estructuras adecuadas para mantenerse al corriente de los adelantos más recientes en materia de gestión de los conocimientos, interactuar con la comunidad mundial de investigación, y dirigir, gestionar y coordinar la investigación en la OMS y asegurar la rendición de cuentas sobre esas investigaciones, y garantizará los recursos necesarios para respaldar la aplicación y la evaluación de esta estrategia;

b) elaborará y aplicará un código de la OMS de buenas prácticas de investigación para los funcionarios que participan en actividades de investigación y en la aplicación de los datos obtenidos;

c) reforzará los mecanismos existentes para garantizar buenas prácticas de investigación, entre los que figuran:

i) las estructuras y los procedimientos éticos y de examen inter pares;

ii) el uso adecuado de datos probatorios como base para la elaboración de directrices;

iii) la revisión periódica de las políticas y programas básicos teniendo de cuenta los nuevos datos probatorios disponibles;

d) mejorará la competencia en materia de investigación del personal profesional pertinente aplicando criterios concretos para su contratación, ofreciendo capacitación en el empleo y estableciendo incentivos para obtener buenos resultados en las investigaciones que estén vinculados con evaluaciones periódicas;

e) reforzará la gestión y la coordinación de las actividades de investigación asociadas a la OMS, y creará un repositorio de dominio público sobre todas esas actividades, con el fin de mejorar el acceso a los conocimientos derivados de ellas;

f) mejorará el funcionamiento de las asociaciones de investigación:

i) revisando los procesos financieros, legales y administrativos para trabajar con asociados; y

ii) tratando de establecer contacto con una red más amplia de asociados de todos los sectores que tienen influencia en las investigaciones en pro de la salud;

- g) potenciará la comunicación - tanto en toda la Secretaría como con los Estados Miembros, los asociados y el público - sobre la participación de la OMS en actividades de investigación, presentando informes periódicos, entre otros, acerca del seguimiento y la evaluación de la presente estrategia.

Resultados previstos

34. El logro de este objetivo permitiría obtener los siguientes resultados:
- el personal de la Secretaría de la OMS será capaz de comprender y valorar mejor los datos probatorios y de aplicarlos de manera adecuada en la planificación, ejecución y evaluación de programas y actividades y en el establecimiento de normas y estándares;
 - las investigaciones respaldadas por la OMS seguirán sistemáticamente el código de buenas prácticas de investigación de la Organización y serán sometidas a revisiones científicas y, cuando proceda, a revisiones éticas; las directrices y las recomendaciones se basarán sistemáticamente en datos probatorios y los artículos serán siempre objeto de exámenes inter pares;
 - comunicación clara de la función de la OMS en la investigación y de la función de ésta dentro de la Organización;
 - reconocimiento general de que la OMS es una organización creíble que basa su labor en datos probatorios, una organización pionera en respaldar o llevar a cabo investigaciones de gran calidad, defensora de la necesidad de investigar y asociada eficiente que facilita la realización de investigaciones de calidad a nivel mundial, regional y nacional;
 - asignación de recursos suficientes por parte de la OMS para apoyar las funciones básicas necesarias para aplicar la estrategia;
 - puesta en práctica de los conocimientos y datos probatorios más recientes en forma de asesoramiento, normas y directrices de la Secretaría de la OMS.

OBJETIVO REFERENTE A LAS PRIORIDADES

35. El objetivo referente a las prioridades es defender las investigaciones destinadas a atender a las necesidades de salud prioritarias.

Desafío que se plantea

36. Cada país tiene la responsabilidad de establecer su propio programa de investigaciones, con objeto de atender a las necesidades de salud importantes para su población en función de su situación social, política y ambiental. Además, hay desafíos sanitarios actuales y emergentes a los que hay que responder con investigaciones nacionales y transnacionales. Esos desafíos incluyen la preparación para pandemias y la respuesta a ellas, la comprensión del impacto del cambio climático y el desarrollo de nuevos medicamentos, vacunas y diagnósticos para enfermedades muy extendidas, como la malaria, el VIH/sida y la tuberculosis.

37. Sin embargo, llegar a un acuerdo sobre las prioridades de investigación para mejorar la salud y adoptar medidas al respecto sigue suponiendo un gran reto. Eso se debe, entre otras cosas, a las desigualdades en las prioridades de investigación nacionales, a la inequidad histórica en la distribución mundial de la financiación de las investigaciones (sólo se destina un 10% de la financiación mundial para investigaciones sanitarias a los problemas sanitarios que afectan al 90% de la población del planeta) y a lo difícil que resulta abogar por la financiación de la investigación dadas las numerosas prioridades en competencia.

38. Sin embargo, en los últimos años la movilización en apoyo de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y el reconocimiento de que una buena salud es la base del desarrollo han dado un impulso impresionante a las investigaciones en pro de la salud mundial. Diversos interesados - incluidos gobiernos, la sociedad civil, organismos filantrópicos y la industria - han movilizado importantes recursos por medio de numerosas alianzas publicoprivadas e iniciativas multilaterales de investigación. La Asamblea de la Salud ha adoptado la estrategia mundial y las partes acordadas del plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual. En ese instrumento se hace especial hincapié en la determinación de las prioridades de investigación y desarrollo para combatir las enfermedades de la pobreza y se señalan los mecanismos pertinentes de financiación mundial.

39. La capacidad de investigación de los países tiene que adaptarse a un entorno mundial complejo y a la existencia de fuentes diversas de financiación de las investigaciones.

40. A lo largo de las consultas celebradas para elaborar la presente estrategia, se pidió reiteradamente a la Secretaría, que trabajaba con los Estados Miembros, los donantes y los interesados clave, que hiciera mayor uso de su poder de convocatoria para conseguir que se prestara atención a las investigaciones en pro de la salud en las esferas desatendidas, y crear consenso e impulsar la adopción de nuevas medidas en apoyo de esas investigaciones.

41. Cuando la capacidad de investigación es pequeña, se espera de la OMS que promueva la colaboración entre los países y dentro de las regiones para generar una labor de investigación más eficaz en respuesta a desafíos sanitarios comunes. En esos casos, como ya ha hecho en ocasiones, la OMS establecerá programas especiales de investigación para animar a actuar, movilizar recursos y alentar la innovación.

Medidas para alcanzar el objetivo

42. En colaboración con los Estados Miembros y los asociados, la Secretaría:

- a) velará por que existan mecanismos para sintetizar datos sobre carencias en materia de investigación relacionadas con desafíos sanitarios y de los sistemas de salud en los planos nacional y mundial;
- b) organizará consultas de alto nivel para determinar las prioridades que deben figurar en los programas mundiales de investigación en pro de la salud y los recursos financieros necesarios para llevar a cabo las actividades pertinentes, y crear consenso al respecto;
- c) preparará un informe cada cuatro años sobre las prioridades mundiales en materia de investigación, en el que se evaluará si los recursos financieros y humanos se ajustan a los programas de investigación;
- d) elaborará programas de investigación integrales para esferas prioritarias concretas y desarrollará planes para movilizar los recursos necesarios para su aplicación;

- e) promoverá el apoyo a las esferas de investigación y las instituciones y grupos de investigación que se dedican a subsanar deficiencias críticas en programas de investigación para respaldar prioridades mundiales en materia de investigación; y
- f) reforzará la coherencia de las actividades de investigación de la OMS estableciendo mecanismos para examinar periódicamente la cartera de programas de investigación, incluidos los criterios para la adopción de decisiones sobre el inicio, el ajuste y el cierre de los programas.

Resultados previstos

43. El logro de este objetivo debería permitir obtener los siguientes resultados:
- mayor comprensión de las prioridades nacionales en materia de investigación y adopción de medidas al respecto;
 - mayor comprensión de las prioridades regionales y mundiales en materia de investigación y adopción de medidas al respecto;
 - mejora de la cooperación y la coordinación entre los financiadores de actividades de investigación y otros asociados clave, de manera que los recursos mundiales permitan atender a las necesidades prioritarias de investigación;
 - programas de investigación más sólidos sobre esferas prioritarias concretas que cuentan con el respaldo de la OMS, y mayor coherencia y claridad por lo que se refiere a la participación de la OMS en ellos.

OBJETIVO REFERENTE A LA CAPACIDAD

44. El objetivo referente a la capacidad consiste en respaldar el desarrollo de sistemas nacionales de investigación sanitaria sólidos.

Desafío que se plantea

45. En todos los países es fundamental que haya sistemas nacionales de investigación sanitaria sólidos y dinámicos para acelerar el logro de los objetivos sanitarios mundiales y nacionales, a saber: mejor salud, mayor equidad sanitaria y sistemas de salud más justos, seguros y eficientes.

46. Hace tiempo que se han definido los requisitos básicos de los sistemas de investigación sanitaria: política de investigación nacional clara, liderazgo, personal de investigación competente, financiación adecuada, mecanismos de determinación de prioridades, estructuras y marcos reglamentarios sólidos (que incluyan la supervisión ética), instituciones de investigación bien equipadas y sistemas de información y planes de difusión eficaces. Sin embargo, en muchos países, sobre todo en los de ingresos bajos y medios, los sistemas de investigación sanitaria siguen adoleciendo de una importante falta de recursos y de mala gestión y a menudo no hay en ellos sistemas de información sanitaria o los que existen no funcionan bien.

47. Esas deficiencias son prueba de lo siguiente: no se aprecia lo suficiente a nivel político el valor de la investigación para acelerar el desarrollo y la mejora de la salud; hay una ausencia general de actividades coordinadas y sostenidas para crear sistemas nacionales de investigación, y las actividades de investigación fragmentadas impulsadas por agentes externos no pueden ajustarse a las estrategias destinadas a fortalecer la capacidad nacional.

48. En las consultas celebradas para elaborar la presente estrategia se señaló que el fortalecimiento de los sistemas nacionales de investigación sanitaria y la vigilancia de su funcionamiento constituirían prioridades fundamentales para la OMS, en el marco de su función clave de ofrecer un liderazgo mayor y más visible.

49. La OMS tiene que fomentar la colaboración entre los investigadores y las instituciones de investigación de los países de ingresos bajos, medios y altos mediante sus redes regionales y mundiales.

50. También hay que reforzar en toda la Organización la coordinación de las actividades destinadas a crear capacidad de investigación. Esas actividades tendrán que adaptarse a las prioridades definidas en los Estados Miembros, y la OMS deberá fomentar una adaptación similar por parte de otros agentes.

Medidas para alcanzar el objetivo

51. En colaboración con los Estados Miembros y los asociados, la Secretaría:

- a) reforzará sus actividades de sensibilización en apoyo de las investigaciones y de la creación de sistemas nacionales sólidos de investigación en pro de la salud;
- b) desarrollará instrumentos y directrices para fortalecer la capacidad de los países con respecto a las cuatro funciones principales de los sistemas nacionales de investigación en pro de la salud (rectoría; financiación; creación y mantenimiento de recursos, y producción, síntesis y aplicación de conocimientos);
- c) continuará promoviendo el desarrollo de los sistemas integrales de información sanitaria que son necesarios para respaldar las prioridades de investigación nacionales;
- d) desarrollará y utilizará indicadores normalizados, con el fin de: posibilitar la presentación por parte de los países de informes sobre el funcionamiento de sus sistemas de investigación sanitaria; vigilar los progresos mundiales en cuanto al fortalecimiento de la capacidad, y evaluar la eficacia de métodos concretos de creación de capacidad;
- e) facilitará asistencia técnica para respaldar el fortalecimiento de los sistemas nacionales de investigación sanitaria;
- f) creará capacidad institucional para comunicar y compartir buenas prácticas, facilitando la creación de redes regionales y mundiales, con la participación de los centros colaboradores de la OMS; y
- g) maximizará el impacto de las iniciativas de los Estados Miembros destinadas a crear capacidad de investigación mejorando la armonización de esas iniciativas en todos los programas y actividades de investigación de la OMS.

Resultados previstos

52. El logro de este objetivo permitiría obtener los siguientes resultados:

- más inversiones en investigación en pro de la salud por parte de los países y otros agentes;

- existencia en todos los países, especialmente en los de ingresos bajos y medios, de estrategias nacionales de investigación con prioridades claras en la materia, programas fiables de creación de capacidad y condiciones concretas para la participación de los interesados externos;
- adaptación de las inversiones de los interesados externos en actividades de investigación a las estrategias de investigación nacionales;
- desarrollo y empleo de directrices de la OMS sobre creación de capacidad de investigación, incluidos indicadores para medir los progresos;
- informes sobre los progresos hechos por los países en cuanto a capacidad y actividades de investigación, presentados cada dos o tres años por la Secretaría a través de los órganos deliberantes y en las bases de datos de información de la OMS;
- intercambio activo de experiencias e identificación de buenas prácticas en la esfera de la creación de capacidad para la investigación en redes de investigadores y círculos de profesionales;
- actividades de investigación de más calidad y mejor coordinadas gracias a la adaptación de las iniciativas de la OMS para crear capacidad nacional de investigación a las necesidades de los países.

OBJETIVO REFERENTE A LOS ESTÁNDARES

53. El objetivo referente a los estándares consiste en promover buenas prácticas de investigación.

Desafío que se plantea

54. El establecimiento de normas, estándares y directrices internacionales es una de las funciones básicas de la OMS, y ésta ocupa un lugar excepcional para desempeñarla. Las normas, los estándares y las directrices relacionados con las investigaciones se aplican para dirigir y gestionar las investigaciones y mejorar su calidad; para combatir las deficiencias en el proceso de investigación, y para mejorar el acceso a la información. Son fundamentales para mantener la confianza del público y su participación en las investigaciones.

55. Los Estados Miembros, las organizaciones internacionales, los interesados y el público esperan que la OMS haga más por promover las mejores prácticas en la investigación. También se exige cada vez más una mayor responsabilización y transparencia con respecto a las investigaciones.

56. Uno de los desafíos es desarrollar una metodología que sea rigurosa, sistemática y transparente y siga criterios claros para decidir cuándo debe crear la OMS un nuevo estándar o directriz, cómo se debe elaborar ese estándar o directriz y qué interesados han de participar en el proceso. En esa metodología se han de tener en cuenta las diferencias en los contextos sociales y culturales y al mismo tiempo proteger los derechos y bienestar de todos los participantes en el proceso de investigación.

57. Otro desafío consiste en mejorar la aplicación y el cumplimiento de los actuales estándares en materia de investigación, que guardan relación, entre otras cosas, con la ética, los comités de ética, el registro de ensayos clínicos y la bioseguridad y bioprotección de los laboratorios. Aunque la OMS no puede obligar al cumplimiento de los estándares (salvo a su propio personal en los casos que proceda), contribu-

ye a que se acelere el desarrollo y la adopción de estándares mundiales sobre prácticas óptimas de investigación.

58. También es necesario definir criterios aceptables para la aplicación, por ejemplo a la hora de establecer directrices, de datos probatorios que no se podrían generar con métodos de investigación convencionales, como los ensayos aleatorios.

Medidas para alcanzar el objetivo

59. En colaboración con los Estados Miembros y los asociados, la Secretaría:

- a)* establecerá un método sistemático para seleccionar, desarrollar, adoptar y evaluar nuevos estándares y normas, de conformidad con las prioridades de la investigación en pro de la salud;
- b)* formulará, de conformidad con los principios orientadores de la presente estrategia, normas y estándares respecto de las prácticas óptimas para la gestión de las investigaciones, que abarquen, por ejemplo las revisiones éticas y de expertos y la acreditación de los comités de ética; la presentación de informes sobre los resultados de las investigaciones; el intercambio de datos, instrumentos y material de investigación; el registro de los ensayos clínicos, y la aplicación de los datos probatorios en la preparación de políticas, medidas prácticas y productos;
- c)* seguirá facilitando el desarrollo de registros de ensayos clínicos de dominio público y fijando estándares al respecto; y
- d)* participará en actividades de cooperación técnica con los Estados Miembros para que éstos puedan adaptar y aplicar las normas y los estándares de investigación y llevar un seguimiento posterior de su cumplimiento.

Resultados previstos

60. El logro de este objetivo permitiría obtener los siguientes resultados:

- aumento del apoyo del público a la salud y la investigación médica y de la confianza en ellos;
- aplicación por parte de la OMS de un método mejorado para seleccionar, desarrollar, adoptar y evaluar normas y estándares relativos a las investigaciones;
- mejora de la calidad, la eficiencia, la transparencia, la responsabilización y la equidad en el proceso de investigación gracias a un conocimiento, una aceptación y una aplicación mayores de los estándares relativos a la gestión de las investigaciones y el cumplimiento de éstos;
- aumento de la aceptación y del cumplimiento de los principios éticos a la hora de realizar investigaciones, y establecimiento de estándares relativos a la acreditación de los comités de ética;
- adopción por todos los países del registro de ensayos clínicos de conformidad con los estándares de la OMS.

OBJETIVO REFERENTE A LA PUESTA EN PRÁCTICA

61. El objetivo referente a la puesta en práctica consiste en reforzar los vínculos entre la investigación, las políticas y la práctica.

Desafío que se plantea

62. Las consultas celebradas para elaborar la presente estrategia pusieron de manifiesto hasta qué punto las políticas y la práctica no se fundamentan en datos probatorios y los programas de investigación no responden a las necesidades de política. El interfaz dinámico que vincula la investigación con las políticas, la práctica y el desarrollo de productos, denominado «puesta en práctica de la investigación», se considera cada vez más una esfera prioritaria para la investigación. Además, hacen falta métodos nuevos y mejorados para transmitir de forma eficaz información y datos probatorios sobre salud a los distintos destinatarios de sectores, niveles e idiomas múltiples.

63. Un importante obstáculo al logro de este objetivo es la desigualdad a nivel mundial del acceso - por lo que a la investigación se refiere - a datos, instrumentos, material y publicaciones, que puede surgir como consecuencia de las restricciones que existen para la reutilización de éstos, debido a la aplicación de derechos de autor y de propiedad intelectual. Hay varios estándares establecidos para los sistemas de información y la interoperabilidad, pero pocos que se apliquen de forma sistemática en la esfera de la informática relacionada con la salud pública.

64. La OMS, con sus actividades en los países y sus contactos con investigadores, formuladores de políticas, profesionales y la sociedad civil, ocupa un lugar excepcional para abogar por que se asignen más recursos a la investigación sobre este interfaz de conocimientos. La OMS tiene que facilitar el acceso a datos de calidad, datos probatorios consolidados e información y directrices sanitarias autorizadas, con objeto de respaldar el diálogo entre los formuladores de políticas y los encargados de ejecutar los programas de salud pública. Una iniciativa dirigida por la OMS sobre redes de políticas basadas en pruebas científicas está comenzando a proporcionar un método para superar esos desafíos.

65. La OMS ha contribuido a conseguir mejoras en esta esfera con intervenciones como la Iniciativa InterRed Salud de Acceso a la Investigación y la Biblioteca de Salud Reproductiva, con la creación de la Plataforma de registros internacionales de ensayos clínicos y permitiendo el acceso del público a las bases de datos de la Organización. No obstante, el acceso a las investigaciones sigue estando limitado por una serie de factores, entre los que figuran la falta de estándares sobre informática de la salud y los problemas de asequibilidad e idioma, y la Organización tiene que hacer más esfuerzos por participar plenamente en el movimiento por el acceso abierto.

Medidas para alcanzar el objetivo

66. En colaboración con los Estados Miembros y los asociados, la Secretaría:

- a) identificará actividades de puesta en práctica prometedoras mediante una labor de evaluación, y promoverá su uso para respaldar la adopción de decisiones basada en los mejores datos de investigación disponibles;
- b) promoverá el empleo de modelos eficaces de transferencia de tecnología y la evaluación de modelos prometedores para contribuir a la creación puntual de nuevos productos y servicios en los Estados Miembros;

- c) promoverá y evaluará plataformas para utilizar la investigación en apoyo de la capacidad de puesta en práctica y la formulación de políticas basadas en datos probatorios en los Estados Miembros;
- d) desarrollará una labor orientada a la creación y el cumplimiento de estándares internacionales sobre sistemas informáticos relacionados con las investigaciones en pro de la salud;
- e) desarrollará, fortalecerá y evaluará mecanismos para la elaboración sistemática de resúmenes de datos probatorios y directrices para ciudadanos, pacientes, clínicos, gestores y formuladores de políticas de los Estados Miembros, velando por que esos mecanismos estén adaptados al público destinatario y se actualicen periódicamente, y por que se evalúe su impacto;
- f) analizará sistemáticamente los obstáculos que se planteen y fomentará la creación de mecanismos para promover un mayor acceso a los resultados de las investigaciones o mejorar los existentes; y
- g) adoptará y definirá una posición de la OMS con respecto al acceso abierto a los productos de la investigación, y abogará por la existencia de bancos de datos, repositorios y otros mecanismos para dar al público acceso libre a la mayor cantidad posible de resultados de investigaciones relacionadas con la salud.

Resultados previstos

67. El logro de este objetivo permitiría obtener los siguientes resultados:

- actuación de las instancias decisorias como consumidoras informadas de investigaciones, utilizando los datos probatorios y los conocimientos disponibles de forma más eficaz, creando políticas basadas en esos datos y traduciendo esas políticas en medidas prácticas y productos;
- establecimiento de mecanismos institucionales para registrar y compartir las enseñanzas extraídas de las investigaciones centradas en la demanda de investigación y la manera en que los datos probatorios se utilizan en las políticas y la práctica a nivel nacional;
- realización de actividades de investigación para comprender el proceso de conversión de los datos probatorios en políticas y medidas prácticas y reconocimiento de la importante contribución que esas investigaciones pueden hacer a las investigaciones en pro de la salud;
- creación y aplicación amplia de estándares convenidos internacionalmente para la reunión, el almacenamiento y el intercambio de sistemas informáticos, instrumentos y datos para la salud;
- establecimiento de repositorios amplios que contengan publicaciones de investigación de la OMS y que estén bien organizados, se actualicen con regularidad y se utilicen adecuadamente;
- desarrollo de los repositorios existentes de revisiones sistemáticas, o creación de repositorios nuevos, para atender a las necesidades de salud prioritarias de los países de ingresos bajos y medios;
- fácil acceso para los productores y los usuarios de investigaciones a información fiable, pertinente, adecuada y puntual, en un formato y un idioma que comprendan;

- mayor atención por parte de los investigadores a la perspectiva de la demanda, entre otras cosas, a las preguntas sobre las investigaciones relacionadas con la salud de los formuladores de políticas (sanitarias y de otros sectores), los profesionales y la sociedad civil;
- función más destacada de la OMS en la definición de intervenciones y estrategias sanitarias eficaces y en el fomento de su aplicación en los Estados Miembros.

APLICACIÓN DE LA ESTRATEGIA

68. El Undécimo Programa General de Trabajo, 2006-2015 proporciona a la Secretaría de la OMS, los Estados Miembros y la comunidad internacional un programa de acción sanitaria mundial basado en un análisis de la actual situación de la salud en el mundo. Tras la exposición del programa de acción, se describen las ventajas comparativas de la OMS, sus funciones básicas, los principales retos con que se enfrenta la Organización y sus prioridades para el futuro. Esas prioridades se presentan de forma más detallada en el Plan Estratégico a Plazo Medio 2008-2013, en el que se definen 13 objetivos estratégicos para la Secretaría y los Estados Miembros.

69. La Secretaría trabajará con los Estados Miembros y los asociados para planificar la aplicación de la estrategia de la OMS sobre investigaciones en pro de la salud en apoyo del Plan Estratégico a Plazo Medio en el marco del Undécimo Programa General de Trabajo.

70. Para las oficinas regionales, la estrategia de la OMS sobre las investigaciones en pro de la salud establece un marco destinado a orientar la formulación de las futuras estrategias regionales de investigación.

71. Los planes de aplicación serán realistas y en ellos se definirán funciones y responsabilidades claras, los recursos necesarios y los productos e impactos previstos con arreglo a un calendario indicado en el marco de evaluación. Los planes se basarán en las actividades de investigación ya en curso en más de 34 programas, alianzas y redes de la OMS en apoyo de los objetivos de la estrategia.

72. Está previsto incorporar un plan para la aplicación de la estrategia en las disposiciones operacionales y los planes de trabajo de la Organización; ese plan se integrará en las estrategias de cooperación de los países, previa celebración de debates con los Estados Miembros.

73. Cada dos años se presentará a la Asamblea de la Salud un informe sobre los progresos realizados, el primero de los cuales está previsto para 2012.

CUESTIONES FUNDAMENTALES DE LA APLICACIÓN DE LA ESTRATEGIA

Gobernanza en la OMS

74. Con el fin de que la estrategia se aplique satisfactoriamente, la Organización tendrá que establecer mecanismos adecuados para mejorar la eficacia estratégica y operacional de toda la cartera de actividades de investigación de la OMS. Una de las posibilidades es crear grupos temáticos que trabajen en la Organización en esferas como la creación de capacidad de investigación y la gestión de conocimientos. Esos nuevos mecanismos se complementarán con un examen exhaustivo y con la revitalización, cuando proceda, de los mecanismos existentes. El ejercicio incluirá una revisión de la función de los comités técnicos

y consultivos y posiblemente un replanteamiento de la función del Comité Consultivo de Investigaciones Sanitarias, tanto a nivel mundial como en las regiones.

Colaboración con los asociados

75. Para aplicar la estrategia, la Secretaría también tendrá que colaborar de forma eficaz con las asociaciones de investigación con que la OMS tiene vínculos, pero que se caracterizan por su gobernanza independiente. Se trata, entre otras, de: la Alianza para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud; el Programa Especial PNUD/UNFPA/OMS/Banco Mundial de Investigaciones, Desarrollo y Formación de Investigadores sobre Reproducción Humana; la Iniciativa para la Investigación de Vacunas; el Programa Especial PNUD/Banco Mundial/OMS de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales; el Consejo de Investigaciones Sanitarias para el Desarrollo, y el Foro Mundial sobre Investigaciones Sanitarias. Durante el proceso de aplicación, se estudiará la pertinencia de proporcionar a esas asociaciones una estructura de gobernanza que se ajuste más, o sea igual, a la de la estrategia de investigación de la OMS; por otra parte, se introducirán modificaciones en las actuales relaciones con arreglo a las medidas que se tomen para alcanzar objetivos concretos.

76. Además de colaborar con las asociaciones existentes, para aplicar la nueva estrategia se prevé que la OMS trabaje más eficazmente con asociados clave en la investigación, como la industria, la sociedad civil, fundaciones e instituciones académicas.

Personal

77. El éxito de la estrategia dependerá en gran medida de los esfuerzos del personal técnico de la OMS en toda la Organización. En la sección relativa al objetivo referente a la Organización de la estrategia se presentan varias recomendaciones sobre la mejora de la capacidad de investigación del personal de la OMS, mediante un mayor apoyo a las actividades de investigación, un aprendizaje continuo y cambios en los procesos de contratación y evaluación, según sea oportuno. Habrá que estudiar con especial atención las medidas adecuadas para el personal en los países. Una vez se aplique, el código de buenas prácticas de investigación proporcionará un enfoque común y un conjunto de estándares mínimos para las actividades de investigación del personal, independientemente de donde trabaje. También hará falta personal para garantizar el desempeño efectivo de las funciones relacionadas con los grupos temáticos intersectoriales, la revisión ética y de las directrices, la definición de estándares y las comunicaciones.

Financiación

78. Aproximadamente el 80% del presupuesto para realizar o encargar investigaciones dirigidas a través de programas en la Sede (cerca de US\$ 200 millones por bienio) se financia con cargo a contribuciones voluntarias. La estrategia de la OMS sobre investigaciones en pro de la salud tiene por objeto mejorar la calidad de los productos de la investigación ejerciendo influencia en la manera en que se emplean esos recursos, más que aumentando el nivel de la financiación.

79. Sin embargo, para aplicar la presente estrategia (así como la estrategia mundial y plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual) hace falta una secretaría central dotada de recursos adecuados que se encargue, entre otras cosas, de los temas intersectoriales, las comunicaciones y la evaluación. Para financiar las actividades de la secretaría hará falta apoyo del presupuesto básico, pues es poco probable que haya fondos disponibles de las actividades concretas de investigación de los departamentos de la OMS o de contribuciones voluntarias. La cantidad de recursos necesarios para respaldar la función de secretaría es pequeña, pues representa menos de un 5% del gasto total para investigación por

bienio. Los recursos para esas funciones básicas se consignarán íntegramente en el presupuesto por programas para 2010-2011.

EVALUACIÓN

Sinopsis

80. La evaluación forma parte de la estrategia de la OMS sobre investigaciones en pro de la salud, por lo que se ha elaborado un marco de evaluación para contar con un método centrado en el impacto que permita evaluar el logro de la visión, la misión y los objetivos de la estrategia. Existe un informe con información detallada sobre este marco, que se facilitará a quien lo solicite.

81. En concreto, el marco proporcionará un método para:

- seguir de cerca la aplicación de los elementos de la estrategia de investigación, y
- evaluar el impacto de los cambios introducidos de resultados de la aplicación de la estrategia.

82. El marco de evaluación para la estrategia de la OMS sobre investigaciones en pro de la salud se refiere tanto a la aplicación de ésta como a sus elementos, esto es, los principios, los objetivos y las medidas y los resultados previstos.

83. El marco, que se ha preparado con arreglo a las mejores prácticas de evaluación:

- estará centrado en las actividades y objetivos comunes de la Secretaría, los Estados Miembros y los asociados, indicados en la estrategia de investigación;
- ofrecerá una descripción equilibrada de los progresos realizados con respecto a la visión compartida de la Secretaría, los Estados Miembros y los asociados;
- será eficiente, y en él se utilizarán, en la medida de lo posible, los mecanismos e indicadores existentes a fin de reducir al mínimo la carga de la Secretaría, los Estados Miembros y los asociados en lo que respecta a la presentación de informes.

Estructura del marco de evaluación

84. En el marco de evaluación se organizan los elementos de la estrategia de la OMS sobre investigaciones en pro de la salud en aportaciones/actividades, productos, resultados e impacto (de acuerdo con el llamado «modelo lógico»); también se definen indicadores que se habrán de vigilar para cada uno de esos componentes (véase *infra*).

85. El objetivo final de la estrategia es lograr mejoras en la salud y la equidad sanitaria (como las previstas en los Objetivos de Desarrollo del Milenio), pero determinar la contribución de las investigaciones en pro de la salud en general, y de la estrategia en particular, al logro de un impacto sanitario más amplio es una tarea ardua. Habida cuenta de las dificultades que entraña predecir las circunstancias en que sería viable realizar estudios de casos sobre el impacto sanitario, el modelo del marco de evaluación se centra en el impacto que se puede evaluar prospectivamente. El marco puede ser objeto de una ampliación ulterior para incluir nuevos indicadores del impacto sanitario una vez comenzada la fase de aplicación.

Seguimiento de los progresos

86. Se han elaborado uno o más indicadores para cada aportación/actividad, producto, resultado e impacto. En el cuadro 2 se presenta una lista de indicadores, únicamente a modo de ejemplo.¹

Cuadro 2. Lista de indicadores

<p>Impacto</p> <ul style="list-style-type: none"> – Porcentaje de necesidades de salud prioritarias sobre las que se presentaron revisiones sistemáticas actualizadas de las publicaciones de investigación en el plazo de un año tras la identificación de la necesidad en cuestión (objetivo referente a las prioridades) – Porcentaje de clínicos de los Estados Miembros, de una muestra aleatoria, que consigue alcanzar un objetivo nacional en cuanto al cumplimiento de recomendaciones concretas muy importantes y aplicables a nivel local (objetivo referente a la puesta en práctica)
<p>Resultados</p> <ul style="list-style-type: none"> – Porcentaje de directrices de la OMS, de una muestra aleatoria, que se corresponden con los mejores datos de investigación disponibles (objetivo referente a la Organización) – Porcentaje de Estados Miembros (en concreto de sus principales delegados en la Asamblea de la Salud) que informan de una situación de satisfacción general con respecto a la naturaleza de la cooperación técnica recibida en apoyo de su sistema nacional de investigaciones sanitarias (objetivo referente a la capacidad)
<p>Productos</p> <ul style="list-style-type: none"> – Presentación a la Asamblea de la Salud del informe bienal sobre los progresos en el fortalecimiento de los sistemas nacionales de investigación sanitaria (objetivo relativo a la capacidad) – Publicación de normas y estándares de investigaciones (objetivo referente a los estándares)
<p>Aportaciones/actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> – Asignación de al menos el 5% del presupuesto básico de la OMS y las contribuciones voluntarias combinados para respaldar las investigaciones en la OMS, incluidos fondos destinados a la aplicación y la evaluación de la estrategia de investigación en el bienio en curso (objetivo referente a la Organización) – Porcentaje de Estados Miembros cuyos procesos de determinación de prioridades se han aprovechado para definir prioridades en el ámbito de la investigación en pro de la salud (objetivo referente a las prioridades)

87. Aunque en los casos oportunos se han tomado indicadores de los mecanismos existentes, también se han propuesto nuevos indicadores para mejorar el seguimiento de algunos elementos del programa sobre investigaciones en pro de la salud. Esos nuevos indicadores se refieren en general a medidas relacionadas con los resultados y con el impacto, que guardan una relación directa con los objetivos de la estrategia. En el marco de evaluación completo se presenta por separado una descripción detallada de esos indicadores y de los mecanismos propuestos para supervisar la aplicación de la estrategia.

¹ El documento en que se presentará el marco de evaluación completo contendrá una lista de todos los indicadores.

88. Como sugiere la agrupación de los productos en el cuadro 1 *supra*, las estructuras propuestas para la presentación de informes son de cuatro tipos: indicadores relativos a la gobernanza (que se reunirán en un informe bienal a la Asamblea de la Salud); indicadores relativos a la gestión (que se reunirán en un informe bienal al Director General); indicadores sobre normas y estándares, e indicadores para otros informes públicos y recursos. Todos los informes se pondrán a disposición del público en el sitio web de la OMS.

ANEXO 8¹

Principios rectores de la OMS sobre trasplante de células, tejidos y órganos humanos

[A63/24 - 25 de marzo de 2010]

PREÁMBULO

1. Como señaló el Director General en su informe presentado a la 79.^a reunión del Consejo Ejecutivo,² el trasplante de órganos humanos empezó con una serie de estudios experimentales a comienzos del siglo XX. En ese informe se destacaban algunos de los principales adelantos clínicos y científicos registrados en ese campo desde que Alexis Carrel recibiera el Premio Nobel en 1912 por su labor de pionero. El trasplante quirúrgico de órganos humanos de donantes fallecidos o vivos a personas enfermas o moribundas empezó después de la Segunda Guerra Mundial. En los últimos 50 años, el trasplante de células, tejidos y órganos humanos se ha convertido en una práctica mundial que ha alargado la duración y mejorado enormemente la calidad de cientos de miles de vidas. Gracias a la constante mejora de la tecnología médica, sobre todo en relación con el rechazo de tejidos y órganos, se ha producido un aumento de la demanda de éstos, que siempre ha sido superior a la oferta, a pesar del notable aumento de la donación de órganos de personas fallecidas y del aumento de las donaciones de personas vivas en los últimos años.
2. La escasez de órganos disponibles no sólo ha llevado a muchos países a elaborar procedimientos y sistemas destinados a aumentar la oferta, sino que también ha estimulado el tráfico comercial de órganos humanos, sobre todo de donantes vivos no emparentados con los receptores. Las pruebas de la existencia de ese comercio, y del tráfico de seres humanos que lo acompaña, se han hecho más evidentes en los últimos decenios. Además, la facilidad cada vez mayor para las comunicaciones y viajes internacionales ha llevado a muchos pacientes a viajar al extranjero para acudir a centros médicos que hacen publicidad de su capacidad para realizar trasplantes y suministrar órganos donados por una tarifa única que lo incluye todo.
3. La inquietud que suscita en la Asamblea de la Salud el comercio de órganos y la necesidad de establecer normas mundiales para los trasplantes quedaron reflejadas por primera vez en las resoluciones WHA40.13 y WHA42.5. Tras un proceso de consultas entablado por la Secretaría, la Asamblea de la Salud aprobó en su resolución WHA44.25 los Principios Rectores de la OMS sobre Trasplante de Órganos Humanos. A lo largo de los últimos 17 años, los Principios Rectores han tenido en todo el mundo gran influencia en los códigos y prácticas profesionales y en la legislación. Teniendo en cuenta los cambios que han sufrido las prácticas y las actitudes relativas al trasplante de órganos y tejidos, la 57.^a Asamblea Mundial de la Salud, en su resolución WHA57.18, pidió al Director General que, entre otras cosas, «siguiera examinando y recabando datos a escala mundial sobre las prácticas y la seguridad, calidad, eficacia y epidemiología de los trasplantes alogénicos, y sobre las cuestiones éticas conexas, en particular la donación entre vivos, con el fin de actualizar los Principios Rectores sobre Trasplante de Órganos Humanos».

¹ Véase la resolución WHA63.22.

² Documento EB79/8.

4. La finalidad de los Principios Rectores siguientes es proporcionar un marco ordenado, ético y aceptable para la adquisición y trasplante de células, tejidos y órganos humanos con fines terapéuticos. Cada jurisdicción determinará los medios para poner en práctica los Principios Rectores. Éstos conservan los puntos fundamentales de la versión de 1991, al tiempo que incorporan nuevas disposiciones que responden a las tendencias actuales en el campo de los trasplantes, en particular el trasplante de órganos de donantes vivos y la utilización cada vez mayor de células y tejidos humanos. Los Principios Rectores no se aplican al trasplante de gametos, de tejido ovárico o testicular, ni de embriones con fines reproductivos, ni tampoco a la sangre ni a sus elementos constitutivos para fines de transfusión.

La extracción de células, tejidos y órganos de personas fallecidas o vivas para fines de trasplante sólo podrá efectuarse de conformidad con los siguientes Principios Rectores.

Principio Rector 1

Podrán extraerse células, tejidos y órganos del cuerpo de personas fallecidas para fines de trasplante si:

- a) se obtiene el consentimiento exigido por la ley; y
- b) no hay razones para pensar que la persona fallecida se oponía a esa extracción.

Comentario sobre el Principio Rector 1

El consentimiento es la piedra angular ética de toda intervención médica. Compete a las autoridades nacionales definir, de conformidad con las normas éticas internacionales, el proceso de obtención y registro del consentimiento relativo a la donación de células, tejidos y órganos, el modo en que se organiza la obtención de órganos en su país y la función práctica del consentimiento como salvaguardia contra los abusos y las infracciones de la seguridad.

El consentimiento para la obtención de órganos y tejidos de personas fallecidas puede ser «expreso» o «presunto», lo que depende de las tradiciones sociales, médicas y culturales de cada país, como, por ejemplo, el modo en que las familias intervienen en la adopción de decisiones sobre la asistencia sanitaria en general. Tanto en un sistema como en el otro, no podrán extraerse células, tejidos u órganos del cuerpo de una persona fallecida en caso de que existan indicios válidos de que se oponía a ello.

En un régimen de consentimiento expreso podrán extraerse células, tejidos u órganos de una persona fallecida si ésta hubiera dado su consentimiento expreso en vida; dependiendo de la legislación nacional, ese consentimiento podrá efectuarse verbalmente o bien registrarse en una tarjeta de donante, en el permiso de conducir o el documento de identidad, o bien en el historial médico o en un registro de donantes. Si el fallecido no ha dado su consentimiento ni expresado claramente su oposición a la extracción de órganos, deberá obtenerse el permiso de una tercera persona designada legalmente, por lo general un miembro de la familia.

La alternativa, el sistema basado en el consentimiento presunto, permite extraer material del cuerpo de una persona fallecida para fines de trasplante y, en ciertos países, para realizar estudios anatómicos o investigaciones, a menos que la persona haya manifestado su oposición antes de fallecer, depositando el documento de objeción en una oficina determinada, o que una parte con conocimiento de causa notifique que el fallecido manifestó terminantemente su oposición a la donación. Dada la importancia del consen-

timiento desde el punto de vista ético, un sistema como ése deberá garantizar que la población esté plenamente informada acerca de la normativa y disponga de un medio fácil para manifestar su oposición a donar sus órganos.

Aunque en un sistema basado en el consentimiento presunto no se exige el consentimiento expreso antes de la extracción de las células, tejidos u órganos de una persona fallecida que no haya manifestado objeción en vida, los programas de obtención de órganos pueden mostrarse reacios a seguir adelante si los parientes se oponen personalmente a la donación; de manera análoga, en los sistemas basados en el consentimiento expreso, los programas también suelen tratar de obtener el permiso de la familia, incluso cuando el fallecido ha dado su consentimiento antes de morir. Cuando la comprensión y la aceptación que la opinión pública tiene del proceso de donación de células, tejidos y órganos están profundamente arraigadas y exentas de ambigüedad, hay más probabilidades de que los programas se basen en el consentimiento expreso o presunto del fallecido, sin tratar de obtener el permiso adicional de los familiares. Incluso cuando no se solicita el permiso de los familiares, los programas de donantes tienen que revisar el historial médico y comportamental del fallecido con los miembros de la familia que lo conocían bien, puesto que una información exacta sobre el donante contribuye a aumentar la seguridad del trasplante.

En cuanto a la donación de tejidos, que entraña restricciones de tiempo algo menos acuciantes, se recomienda tratar siempre de obtener la aprobación de los parientes más cercanos. Un aspecto importante que hay que tener en cuenta es la manera en que se restablecerá el aspecto del fallecido después de la extracción de los tejidos.

Principio Rector 2

Los médicos que hayan determinado la muerte de un donante potencial no deberán participar directamente en la extracción de células, tejidos u órganos de ese donante ni en los procedimientos subsiguientes de trasplante, ni ocuparse de la asistencia a los receptores previstos de esas células, tejidos y órganos.

Comentario sobre el Principio Rector 2

Este Principio tiene por objeto evitar el conflicto de intereses que podría originarse si el médico o los médicos que hubieran determinado la muerte de un posible donante fueran también los encargados de atender a otros pacientes cuyo bienestar dependiera de las células, tejidos u órganos trasplantados de ese donante.

Las autoridades nacionales establecerán las normas jurídicas para determinar que la muerte se ha producido y especificarán cómo se formularán y aplicarán los criterios y el proceso para ello.

Principio Rector 3

Las donaciones de personas fallecidas deberán desarrollarse hasta alcanzar su máximo potencial terapéutico, pero los adultos vivos podrán donar órganos de conformidad con la reglamentación nacional. En general, los donantes vivos deberán estar relacionados genética, legal o emocionalmente con los receptores.

La donación de personas vivas es aceptable si se obtiene el consentimiento informado y voluntario del donante, se le garantiza la atención profesional, el seguimiento se organiza debidamente y se aplican y supervisan escrupulosamente los criterios de selección de los donantes. Los donantes vivos deberán ser informados de los riesgos, beneficios y consecuencias probables de la donación de una manera completa y comprensible; deberán ser legalmente competentes y capaces de sopesar la información y actuar voluntariamente, y deberán estar libres de toda coacción o influencia indebida.

Comentario sobre el Principio Rector 3

Este Principio pone de relieve la importancia de adoptar las medidas jurídicas y logísticas necesarias para crear programas de donantes fallecidos allí donde no existan, así como de hacer que los programas existentes sean lo más eficaces y eficientes posible.

Al tiempo que favorece el máximo grado de desarrollo de programas de trasplante que eviten los riesgos inherentes para los donantes vivos, este Principio también establece las condiciones básicas para la donación entre personas vivas. La existencia de una relación genética entre el donante y el receptor puede resultar ventajosa desde el punto de vista terapéutico y ofrecer garantías de que el donante esté motivado por una preocupación auténtica por el receptor, al igual que cuando hay una relación legal (como la existente entre cónyuges). Muchas donaciones altruistas tienen su origen también en donantes relacionados desde el punto de vista emocional, aunque puede ser difícil evaluar el grado de conexión alegado. Las donaciones por parte de personas sin relación alguna han sido motivo de preocupación, aunque en algunos de esos casos es imposible avanzar ninguna objeción, como por ejemplo en el trasplante de células madre hematopoyéticas (cuando es aconsejable disponer de un grupo numeroso de donantes) o cuando se efectúa un intercambio de riñones porque no hay una buena inmunocompatibilidad de los donantes con los receptores con los que están relacionados.

En el caso de las donaciones entre personas vivas, especialmente de donantes no emparentados, es preciso realizar una evaluación psicosocial para asegurar que el donante no actúe bajo coacción y evitar el comercialismo prohibido por el Principio Rector 5. Las autoridades sanitarias nacionales deberán velar por que dicha evaluación corra a cargo de una parte independiente debidamente cualificada. Al determinar la motivación del donante y las expectativas del donante y el receptor con respecto a los resultados, esa evaluación podrá contribuir a identificar, y a evitar, donaciones forzadas o que sean, en realidad, transacciones retribuidas.

Este Principio subraya la necesidad de que la decisión sea auténtica y se tome con conocimiento de causa, para lo cual es necesario disponer de información completa, objetiva y localmente pertinente, y excluir a las personas vulnerables que sean incapaces de satisfacer los requisitos que comporta un consentimiento voluntario e informado. Un consentimiento voluntario supone también la existencia de disposiciones adecuadas para poder retirar el consentimiento hasta el momento en que las intervenciones médicas en el receptor hayan llegado a un punto en que éste estuviera en serio peligro si el trasplante no siguiera su curso. Este aspecto deberá comunicarse en el momento de manifestar el consentimiento.

Por último, este Principio pone de relieve la importancia de proteger la salud de los donantes vivos durante el proceso de selección, donación y asistencia posterior necesaria, con el fin de velar por que el resto de la vida del donante no se vea afectada por las posibles consecuencias adversas de la donación. El donante y el receptor deberán recibir una atención equivalente, y las autoridades sanitarias son responsables en igual medida del bienestar de ambos.

Principio Rector 4

No deberán extraerse células, tejidos ni órganos del cuerpo de un menor vivo para fines de trasplante, excepto en las contadas ocasiones autorizadas por las legislaciones nacionales. Deberán adoptarse medidas específicas para proteger a los menores, cuyo consentimiento se obtendrá, de ser posible, antes de la donación. Lo que es aplicable a los menores lo es asimismo a toda persona legalmente incapacitada.

Comentario sobre el Principio Rector 4

Este Principio establece una prohibición general de extraer a menores de edad células, tejidos u órganos para fines de trasplante. Las principales excepciones que podrán autorizarse son la donación familiar de células regenerativas (en caso de que no se disponga de un donante adulto terapéuticamente comparable) y los trasplantes renales entre gemelos idénticos (cuando evitar la inmunodepresión representa para el receptor una ventaja suficiente para justificar la excepción, en ausencia de trastornos genéticos que pudieran afectar negativamente al donante en el futuro).

Aunque por lo general la autorización de los padres (o de uno de ellos) o del representante legal es suficiente para proceder a la extracción del órgano, pueden producirse conflictos de intereses cuando éstos también son responsables del bienestar del receptor previsto. En esos casos deberá solicitarse el examen y la aprobación de un organismo independiente, como un tribunal u otra autoridad competente. En cualquier caso, la oposición de un menor a realizar una donación deberá prevalecer sobre el permiso otorgado por cualquier otra parte. El asesoramiento profesional a posibles donantes vivos con el fin de analizar y, de ser necesario, tratar de evitar cualquier presión en la decisión de donar reviste especial importancia en el caso de los donantes menores de edad.

Principio Rector 5

Las células, tejidos y órganos deberán ser objeto de donación a título exclusivamente gratuito, sin ningún pago monetario u otra recompensa de valor monetario. Deberá prohibirse la compra, o la oferta de compra, de células, tejidos u órganos para fines de trasplante, así como su venta por personas vivas o por los allegados de personas fallecidas.

La prohibición de vender o comprar células, tejidos y órganos no impide reembolsar los gastos razonables y verificables en que pudiera incurrir el donante, tales como la pérdida de ingresos o el pago de los costos de obtención, procesamiento, conservación y suministro de células, tejidos u órganos para trasplante.

Comentario sobre el Principio Rector 5

El pago por células, tejidos y órganos tiende a aprovecharse injustamente de los grupos más pobres y vulnerables, socava la donación altruista y alienta el lucro incontrolado y la trata de seres humanos. Esos pagos transmiten la idea de que algunas personas carecen de dignidad, de que son meros objetos que los demás pueden utilizar.

Además de impedir el tráfico de material de origen humano, este Principio tiene por objeto afirmar el especial reconocimiento que merece la donación de material humano para salvar vidas o mejorar su calidad. No obstante, también tiene en cuenta las circunstancias en que es habitual ofrecer a los donantes una prueba de gratitud a la que no pueda asignarse un valor en términos monetarios. La legislación nacional deberá garantizar que cualquier regalo o recompensa no sean, en realidad, formas encubiertas de pago por la donación de células, tejidos u órganos. Los incentivos en forma de «recompensa» con valor monetario que puedan transferirse a terceros no se diferencian de los pagos monetarios.

Aunque los peores abusos están relacionados con donantes de órganos vivos, también comportan peligro los casos en que se efectúan pagos por células, tejidos y órganos a los allegados de personas fallecidas, a vendedores o intermediarios, o bien a instituciones (como empresas de pompas fúnebres) que tienen a su cargo cadáveres. Deberá prohibirse que partes como las mencionadas obtengan beneficios económicos.

Este Principio admite compensar los costos que supone efectuar una donación (como los gastos médicos y los ingresos no percibidos por los donantes vivos) para que no tengan un efecto disuasorio sobre la donación. También acepta la necesidad de sufragar los costos legítimos de la obtención y de asegurar la seguridad, calidad y eficacia de los productos de células y tejidos y de los órganos humanos para trasplante, siempre que el cuerpo humano y sus partes no constituyan una fuente de beneficios económicos.

Suscitan preocupación los incentivos que abarcan servicios esenciales que los donantes no podrían permitirse por otros medios, como la atención médica o la cobertura de un seguro de enfermedad. El acceso al más alto nivel posible de salud es un derecho fundamental, no algo que se pueda adquirir a cambio de partes anatómicas. Sin embargo, es lícito que se les ofrezcan a los donantes vivos evaluaciones médicas periódicas gratuitas relacionadas con la donación y un seguro de vida o por las complicaciones que puedan surgir a causa de la donación.

Las autoridades sanitarias deberán fomentar las donaciones motivadas por la necesidad del receptor y el bien de la comunidad. Toda medida encaminada a alentar las donaciones deberá respetar la dignidad del donante y promover el reconocimiento social de la naturaleza altruista de la donación de células, tejidos y órganos. En cualquier caso, las autoridades sanitarias deberán definir expresamente y de manera transparente todas las prácticas destinadas a fomentar la obtención de células, tejidos y órganos para fines de trasplante.

Los regímenes jurídicos nacionales deberán abordar todas las circunstancias particulares del país en cuestión, dado que los riesgos para los donantes y los receptores son variables. Cada jurisdicción determinará los detalles de las prohibiciones que utilizará y el método de aplicación, incluidas las sanciones, que podrán suponer la adopción de medidas conjuntas con otros países de la región. La prohibición de pagar por células, tejidos y órganos deberá aplicarse a todas las personas, incluidos los receptores de trasplantes que intenten sustraerse a la reglamentación nacional viajando a lugares en los que no se hagan respetar las prohibiciones relativas a la comercialización.

Principio Rector 6

Se permitirá la promoción de la donación altruista de células, tejidos u órganos humanos mediante publicidad o llamamiento público, de conformidad con la reglamentación nacional.

Deberá prohibirse toda publicidad sobre la necesidad o la disponibilidad de células, tejidos u órganos cuyo fin sea ofrecer un pago a individuos por sus células, tejidos u órganos, o a un pariente cercano en caso de que la persona haya fallecido, o bien recabar un pago por ellos. Deberán prohibirse asimismo los servicios de intermediación que entrañen el pago a esos individuos o a terceros.

Comentario sobre el Principio Rector 6

Este Principio no afecta a la publicidad general ni a los llamamientos públicos para alentar la donación altruista de células, tejidos u órganos humanos, siempre que no subviertan los sistemas legalmente establecidos de asignación de órganos. Por el contrario, tiene por objeto prohibir la incitación comercial, consistente, por ejemplo, en proponer pagos a cambio de células, tejidos u órganos a personas, a parientes de personas fallecidas o a otras partes que estén en posesión de ellos (como las empresas de pompas fúnebres); los destinatarios de este Principio son tanto los agentes y otros intermediarios como los compradores directos.

Principio Rector 7

Los médicos y demás profesionales de la salud no deberán participar en procedimientos de trasplante, ni los aseguradores sanitarios u otras entidades pagadoras deberán cubrir esos procedimientos, si las células, tejidos u órganos en cuestión se han obtenido mediante explotación o coacción del donante o del familiar más cercano de un donante fallecido, o bien si éstos han recibido una remuneración.

Comentario sobre el Principio Rector 7

Los profesionales sanitarios sólo deberán realizar extracciones, procedimientos intermedios o implantaciones de células, tejidos u órganos cuando las donaciones no se remuneren y sean verdaderamente voluntarias. (En el caso de los donantes vivos, suele estar indicada una evaluación psicosocial del donante, tal como se describe en el Principio Rector 3). El hecho de no cerciorarse de que la persona que ha manifestado su consentimiento a la donación no haya sido remunerada, obligada o explotada constituye una infracción de las obligaciones profesionales que deberá ser sancionada por las organizaciones profesionales correspondientes y por las autoridades gubernamentales encargadas de la reglamentación o de otorgar las licencias.

Los médicos y los centros sanitarios tampoco deberán derivar pacientes a centros de trasplante, situados en sus países o en otras naciones, que utilicen células, tejidos u órganos obtenidos por medio de pagos a los donantes, a sus familias o a otros vendedores o intermediarios, ni podrán solicitar ni aceptar pagos por hacerlo. Se podrá prestar atención posterior al trasplante a los pacientes que hayan sido sometidos a trasplante en esos centros, pero los médicos que se nieguen a prestar esos cuidados no deberán afrontar sanciones profesionales por ese rechazo, siempre que deriven esos pacientes a otros centros.

Los seguros de enfermedad y otros pagadores deberán esforzarse especialmente por observar normas éticas exigentes, negándose a pagar por trasplantes que violen los Principios Rectores.

Principio Rector 8

Los centros y profesionales de la salud que participen en procedimientos de obtención y trasplante de células, tejidos u órganos no deberán percibir una remuneración superior a los honorarios que estaría justificado recibir por los servicios prestados.

Comentario sobre el Principio Rector 8

Esta disposición refuerza los Principios Rectores 5 y 7, prohibiendo el lucro incontrolado en la obtención e implantación de células, tejidos y órganos. Las autoridades sanitarias deberán vigilar los honorarios aplicados a los servicios de trasplante con el fin de garantizar que no sean cargos encubiertos en pago de esas mismas células, tejidos u órganos. Todas las personas y centros implicados deberán rendir cuentas de todas las sumas recibidas por los servicios de trasplante. El médico u otro profesional sanitario que tenga dudas sobre la pertinencia de unos honorarios deberá recabar la opinión del organismo disciplinario o encargado de emitir las licencias antes de proponer o percibir esos honorarios. Podrán utilizarse como referencia los honorarios que se apliquen por servicios parecidos.

Principio Rector 9

La asignación de órganos, células y tejidos deberá regirse por criterios clínicos y normas éticas, y no atendiendo a consideraciones económicas o de otra índole. Las reglas de asignación, definidas por comités debidamente constituidos, deberán ser equitativas, justificadas externamente y transparentes.

Comentario sobre el Principio Rector 9

Si las tasas de donación no cubren la demanda clínica, un comité formado por expertos en las especialidades médicas pertinentes, en bioética y en salud pública deberá definir los criterios de asignación a nivel nacional y subregional. Ese carácter multidisciplinario es importante para garantizar que en la asignación se tengan en cuenta no sólo los factores médicos, sino también los valores comunitarios y las normas éticas de carácter general. Los criterios para distribuir las células, tejidos y órganos deberán ser conformes con los derechos humanos y, en particular, no deberán basarse en el sexo, raza, religión o condición económica del receptor.

Este Principio implica que el costo del trasplante y del seguimiento, incluido, si procede, el tratamiento inmunodepresor, deberá estar al alcance de todos los pacientes interesados, es decir, que ningún receptor deberá verse excluido únicamente por motivos económicos.

El concepto de transparencia no se aplica exclusivamente al proceso de asignación, sino que es fundamental en todos los aspectos del trasplante (tal como se analiza más adelante en el comentario sobre el Principio Rector 11).

Principio Rector 10

Es imprescindible aplicar procedimientos de alta calidad, seguros y eficaces tanto a los donantes como a los receptores. Los resultados a largo plazo de la donación y el trasplante de células, tejidos y órganos deberán evaluarse tanto en el donante vivo como en el receptor, con el fin de documentar los efectos beneficiosos y nocivos.

Debe mantenerse y optimizarse constantemente el nivel de seguridad, eficacia y calidad de las células, tejidos y órganos humanos para trasplante, en cuanto productos sanitarios de carácter excepcional. Para ello es preciso instituir sistemas de garantía de la calidad que abarquen la trazabilidad y la vigilancia, y que registren las reacciones y eventos adversos, tanto a nivel nacional como en relación con los productos humanos exportados.

Comentario sobre el Principio Rector 10

Para optimizar los resultados del trasplante de células, tejidos y órganos es preciso aplicar un proceso reglado que englobe las intervenciones clínicas y los procedimientos ex vivo desde la selección del donante y durante todo el seguimiento a largo plazo. Bajo la supervisión de las autoridades sanitarias nacionales, los programas de trasplante deberán realizar un seguimiento tanto de los donantes como de los receptores para garantizar que ambos reciban los cuidados apropiados e información acerca del equipo de trasplante encargado de esos cuidados.

La evaluación de la información sobre los riesgos y los beneficios a largo plazo es esencial para el proceso de obtención del consentimiento y para equilibrar adecuadamente los intereses de los donantes y los receptores. Los beneficios para ambos tienen que compensar con creces los riesgos derivados de la donación y el trasplante. No deberán permitirse las donaciones en situaciones clínicas en las que no haya ninguna esperanza.

Se alienta a los programas de donación y trasplante a que participen en registros nacionales y/o internacionales de trasplantes. Cualquier desviación de los procesos aceptados que pudiera aumentar el riesgo para los receptores o los donantes, así como todas las consecuencias adversas de la donación o el trasplante, deberán ser notificadas y analizadas por las autoridades sanitarias responsables.

El trasplante de material humano que no requiera tratamiento de mantenimiento podrá no necesitar un seguimiento activo a largo plazo, aunque deberá garantizarse la trazabilidad durante toda la vida prevista del donante y del receptor. En aras de la plena trazabilidad es imprescindible disponer de medios convenidos internacionalmente para codificar las células y tejidos utilizados en los trasplantes.

Principio Rector 11

La organización y ejecución de las actividades de donación y trasplante, así como sus resultados clínicos, deben ser transparentes y abiertos a inspección, pero garantizando siempre la protección del anonimato personal y la privacidad de los donantes y receptores.

Comentario sobre el Principio Rector 11

La transparencia puede definirse en pocas palabras como el mantenimiento del acceso público a información global, actualizada periódicamente, sobre los procesos, y en particular la asignación, las actividades de trasplante y los resultados conseguidos tanto en el caso de los receptores como de los donantes vivos, así como a información sobre la organización, los presupuestos y la financiación. Dicha transparencia no es incompatible con el impedimento del acceso público a información que pudiera servir para identificar a los donantes o a los receptores, aunque sigue respetando la necesidad de trazabilidad reconocida en el Principio 10. El objetivo del sistema deberá consistir no sólo en aumentar al máximo la cantidad de datos disponibles que permitan la realización de estudios académicos y la labor de supervisión gubernamental, sino también en identificar los riesgos, y facilitar su corrección, con el fin de reducir al mínimo los perjuicios acarreados a los donantes y a los receptores.

ANEXO 9

Informe sobre las repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de las resoluciones adoptadas por la Asamblea de la Salud¹

1. Resolución WHA63.2 Situación sanitaria en el territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental, y en el Golán sirio ocupado	
2. Relación con el presupuesto por programas	
Objetivo estratégico:	Resultado previsto a nivel de toda la Organización:
5. Reducir las consecuencias sanitarias de las emergencias, desastres, crisis y conflictos y minimizar su impacto social y económico.	5.3 Se habrán formulado normas y criterios y se habrá creado capacidad para que los Estados Miembros puedan evaluar las necesidades y planificar intervenciones durante las fases de transición y recuperación de los conflictos y desastres.
(Indicar brevemente la relación con los resultados previstos, los indicadores, los objetivos y los niveles de base)	
Si se financia y aplica plenamente, se prevé que la resolución repercuta en las metas para los indicadores segundo y tercero del resultado previsto.	
3. Repercusiones presupuestarias	
a) Costo total estimado de la ejecución de las actividades de la Secretaría solicitadas en la resolución en todo su periodo de vigencia (redondeado a la decena de millar de US\$ más próxima; incluir los gastos correspondientes a personal y actividades):	
US\$ 3 970 000 a lo largo del periodo de vigencia de un año de la resolución, con inclusión de gastos de personal, viajes, actividades de capacitación, asistencia técnica, suministros médicos, seguridad y equipo operativo.	
Los costos estimados del párrafo dispositivo 4 se desglosan como sigue:	
Subpárrafo 1)	US\$ 100 000
Subpárrafo 2)	US\$ 70 000
Subpárrafo 3)	US\$ 50 000
Subpárrafo 4)	US\$ 200 000
Subpárrafo 5)	US\$ 500 000
Subpárrafo 6)	US\$ 3 000 000
Subpárrafo 7)	US\$ 50 000
Total	US\$ 3 970 000
b) Costo estimado para el bienio 2010-2011 (redondeado a la decena de millar de US\$ más próxima; incluir los gastos correspondientes a personal y actividades e indicar en qué niveles de la Organización se realizarían los gastos y en qué regiones, cuando corresponda):	
US\$ 3 970 000 (un año de operación).	

¹ En el presente anexo figuran solamente los documentos que acompañaban a proyectos de resolución publicados durante la Asamblea Mundial de la Salud.

c) ¿Está incluido el costo estimado que se indica en el apartado b) en el presupuesto por programas para el bienio 2010-2011 aprobado?

El 75% de los US\$ 3 970 000 en la Sede, la Región y la Oficina de Jerusalén.

4. Repercusiones financieras

¿Cómo se financiará el costo indicado en el apartado 3 b) (indicar las posibles fuentes de financiación)?

Procedimiento de Llamamientos Unificados y contribuciones voluntarias. Una proporción sustancial de esos recursos se ha obtenido en concepto de contribuciones voluntarias de carácter humanitario para atender las necesidades humanitarias en materia de salud, llevar a cabo intervenciones que salven vidas, restablecer el funcionamiento de los servicios de salud deteriorados y desplegar el Comité Permanente entre Organismos del Grupo de Acción Sanitaria.

5. Repercusiones administrativas

a) Ámbitos de aplicación (indicar a qué niveles de la Organización se tomarían medidas y en qué regiones, cuando corresponda):

Las actividades se llevarán a cabo principalmente por conducto de la Oficina de la OMS en Jerusalén responsable del programa de cooperación de la OMS con la Autoridad Palestina. Las actividades de la OMS en el país se complementarán con el apoyo prestado por la Oficina Regional para el Mediterráneo Oriental, y por los grupos orgánicos de la Sede que se ocupan de las áreas de la acción sanitaria en las crisis y seguridad sanitaria y medio ambiente.

b) ¿Puede el personal actual aplicar la resolución? En caso negativo, explique los motivos en el apartado c) *infra*

Será necesario mantener más allá de mayo de 2010 la presencia en el país del personal nacional e internacional contratado para ejecutar las actividades e intervenciones humanitarias de carácter sanitario en el territorio palestino ocupado.

c) Necesidades adicionales de personal (indicar las necesidades adicionales en el equivalente de puestos a tiempo completo, por niveles de la Organización, especificando la región, cuando corresponda, y el perfil de ese personal):

d) Plazos (indicar plazos amplios para las actividades de aplicación):

Un año.

1. Resolución WHA63.14 Promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños

2. Relación con el presupuesto por programas

Objetivo estratégico:

6. Promover la salud y el desarrollo, y prevenir o reducir los factores de riesgo relacionados con las afecciones asociadas al consumo de tabaco, alcohol, drogas y otras sustancias psicoactivas, las dietas malsanas, la inactividad física y las prácticas sexuales de riesgo

Resultado previsto a nivel de toda la Organización:

6.5 Se habrán formulado políticas, estrategias, recomendaciones, normas y directrices éticas y basadas en datos probatorios y se habrá facilitado apoyo técnico a los Estados Miembros en los que la carga de morbilidad asociada a las dietas malsanas y la inactividad física es elevada o va en aumento, capacitándolos para fortalecer las instituciones, con miras a combatir o prevenir los problemas de salud pública asociados.

(Indicar brevemente la relación con los resultados previstos, los indicadores, los objetivos y los niveles de base)

La resolución está vinculada al resultado previsto antes mencionado y a los indicadores correspondientes, a saber, el número de Estados Miembros que cuentan con estrategias y planes multisectoriales para promover dietas sanas (indicador 6.5.1) y el número de instrumentos técnicos de la OMS que prestan apoyo a los Estados Miembros para promover dietas sanas (indicador 6.5.2). La resolución aboga por la adopción de un conjunto de recomendaciones orientadas a reducir los efectos de la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños; además, insta a los Estados Miembros a que adopten medidas destinadas a reducir los efectos de la promoción en los niños, y/o las fortalezcan, y realicen un seguimiento de la aplicación de las recomendaciones. La resolución pide a la Directora General que preste asistencia a los Estados Miembros en la aplicación del conjunto de recomendaciones y en el seguimiento y la evaluación de la aplicación, a fin de apoyar a las redes regionales y cooperar con otras organizaciones y organismos internacionales e intergubernamentales, instituciones de la sociedad civil y partes interesadas del sector privado, en lo concerniente a la aplicación de las recomendaciones. Asimismo, la resolución determina en qué momento se deberá informar a la Asamblea de la Salud.

3. Repercusiones presupuestarias

- a) Costo total estimado de la ejecución de las actividades de la Secretaría solicitadas en la resolución en todo su periodo de vigencia (redondeado a la decena de millar de US\$ más próxima; incluir los gastos correspondientes a personal y actividades):**

Se estima que la resolución se mantendrá en vigor 10 años (2010 a 2019), o sea que abarcará los periodos de dos planes estratégicos a mediano plazo. Se calcula que la aplicación de la estrategia mundial en la Sede, las oficinas regionales y las pertinentes oficinas en los países durante el periodo decenal previsto entrañará un costo de US\$ 10 millones para la Secretaría. Además, se estima que el 55% de esa suma se podrá subsumir en el actual presupuesto y en presupuestos futuros.

- b) Costo estimado para el bienio 2010-2011 (redondeado a la decena de millar de US\$ más próxima; incluir los gastos correspondientes a personal y actividades e indicar en qué niveles de la Organización se realizarían los gastos y en qué regiones, cuando corresponda):**

Se necesitan US\$ 2 millones, de los cuales US\$ 1 millón se requiere para la aplicación y el seguimiento de las recomendaciones en las regiones y los países.

- c) ¿Está incluido el costo estimado que se indica en el apartado b) en el presupuesto por programas para el bienio 2010-2011 aprobado?**

No.

4. Repercusiones financieras

- ¿Cómo se financiará el costo indicado en el apartado 3 b) (indicar las posibles fuentes de financiación)?**

Se realizarán importantes esfuerzos para movilizar recursos, como una esfera de acción prioritaria, en particular en la fase inicial de la aplicación de la resolución.

5. Repercusiones administrativas

- a) Ámbitos de aplicación (indicar a qué niveles de la Organización se tomarían medidas y en qué regiones, cuando corresponda):**

La labor normativa se desarrollará principalmente en la Sede, pero la aplicación y el seguimiento supondrá la participación de las oficinas regionales y las pertinentes oficinas en los países.

- b) ¿Puede el personal actual aplicar la resolución? En caso negativo, explique los motivos en el apartado c) *infra***

No.

c) Necesidades adicionales de personal (indicar las necesidades adicionales en el equivalente de puestos a tiempo completo, por niveles de la Organización, especificando la región, cuando corresponda, y el perfil de ese personal):

En la Sede se necesitarán dos funcionarios más, uno de categoría profesional y otro de servicios generales. Para la formulación normativa se necesitará un experto en derecho alimentario con experiencia en materia de reglamentación.

d) Plazos (indicar plazos amplios para las actividades de aplicación):

El periodo abarcará de 2010 a 2019, y la presentación de informes se vinculará al informe sobre los progresos que se realicen en relación con la Estrategia mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles y su plan de acción conexo. El primer informe se presentará a la 65.^a Asamblea Mundial de la Salud por conducto del Consejo Ejecutivo en su 130.^a reunión.

1. Resolución WHA63.19 Estrategia OMS contra el VIH/sida para 2011-2015

2. Relación con el presupuesto por programas

Objetivo estratégico:

2. Combatir el VIH/sida, la tuberculosis y el paludismo

Resultado previsto a nivel de toda la Organización:

2.1 Se habrán elaborado directrices, políticas, estrategias y otros instrumentos en materia de prevención, tratamiento y atención del VIH/sida, la tuberculosis y el paludismo, incluidos métodos innovadores de aumentar la cobertura de las intervenciones entre las poblaciones pobres, vulnerables y de difícil acceso.

(Indicar brevemente la relación con los resultados previstos, los indicadores, los objetivos y los niveles de base)

La resolución tiene el propósito de fortalecer las actividades vinculadas con lo siguiente:

- la elaboración de una estrategia contra el VIH/sida para 2011-2015 que oriente la labor de la OMS sobre orientación normativa, apoyo técnico a los países, información estratégica y promoción para impulsar la integración de las actividades de lucha contra el VIH/sida en los programas más amplios de salud y de desarrollo, con miras al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud;
- la prestación de apoyo a los países para la expansión de programas amplios e integrados de lucha contra el VIH/sida a fin de lograr los objetivos de desarrollo acordados internacionalmente.

3. Repercusiones presupuestarias

a) Costo total estimado de la ejecución de las actividades de la Secretaría solicitadas en la resolución en todo su periodo de vigencia (redondeado a la decena de millar de US\$ más próxima; incluir los gastos correspondientes a personal y actividades):

Como máximo US\$ 320 000, lo que comprende:

- seis consultas regionales con países y otras partes interesadas, aprovechando reuniones y mecanismos de consulta ya programados (US\$ 150 000)
- consultas con la sociedad civil (US\$ 70 000)
- consulta con el Comité Consultivo Estratégico y Técnico sobre el VIH/sida (US\$ 70 000)
- consultas con otros asociados estratégicos, con inclusión de otras organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, donantes y asociados para el desarrollo (US\$ 30 000).

b) Costo estimado para el bienio 2010-2011 (redondeado a la decena de millar de US\$ más próxima; incluir los gastos correspondientes a personal y actividades e indicar en qué niveles de la Organización se realizarían los gastos y en qué regiones, cuando corresponda):

Todos los gastos (por un total de US\$ 320 000) se efectuarán durante el bienio 2010-2011.

<p>c) ¿Está incluido el costo estimado que se indica en el apartado b) en el presupuesto por programas para el bienio 2010-2011 aprobado?</p> <p>Sí.</p>
<p>4. Repercusiones financieras</p> <p>¿Cómo se financiará el costo indicado en el apartado 3 b) (indicar las posibles fuentes de financiación)?</p> <p>Se espera recibir financiación adicional a partir de contribuciones voluntarias.</p>
<p>5. Repercusiones administrativas</p> <p>a) Ámbitos de aplicación (indicar a qué niveles de la Organización se tomarían medidas y en qué regiones, cuando corresponda):</p> <p>La sede de la OMS dirigirá el proceso de elaboración de la estrategia en asociación con las seis oficinas regionales.</p> <p>b) ¿Puede el personal actual aplicar la resolución? En caso negativo, explique los motivos en el apartado c) <i>infra</i></p> <p>Sí.</p> <p>c) Necesidades adicionales de personal (indicar las necesidades adicionales en el equivalente de puestos a tiempo completo, por niveles de la Organización, especificando la región, cuando corresponda, y el perfil de ese personal):</p> <p>No se requiere personal adicional.</p> <p>d) Plazos (indicar plazos amplios para las actividades de aplicación):</p> <p>El amplio proceso de consultas se completará a más tardar en noviembre de 2010 para poder presentar en enero de 2011 un proyecto de estrategia a la consideración del Consejo Ejecutivo en su 128.^a reunión.</p>

<p>1. Resolución WHA63.28 Establecimiento de un grupo consultivo de expertos en investigación y desarrollo: financiación y coordinación</p>				
<p>2. Relación con el presupuesto por programas</p> <table border="0"> <tr> <td>Objetivo estratégico:</td> <td>Resultado previsto a nivel de toda la Organización:</td> </tr> <tr> <td>11. Asegurar la mejora del acceso, la calidad y el uso de productos médicos y tecnologías sanitarias.</td> <td>11.1 Se habrá promovido y apoyado la elaboración y el seguimiento de políticas nacionales integrales relacionadas con el acceso, la calidad y el uso de productos médicos y tecnologías sanitarias esenciales.</td> </tr> </table> <p>(Indicar brevemente la relación con los resultados previstos, los indicadores, los objetivos y los niveles de base)</p> <p>La resolución se vincula con la labor para facilitar la realización de actividades en pro de la estrategia y plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual.</p>	Objetivo estratégico:	Resultado previsto a nivel de toda la Organización:	11. Asegurar la mejora del acceso, la calidad y el uso de productos médicos y tecnologías sanitarias.	11.1 Se habrá promovido y apoyado la elaboración y el seguimiento de políticas nacionales integrales relacionadas con el acceso, la calidad y el uso de productos médicos y tecnologías sanitarias esenciales.
Objetivo estratégico:	Resultado previsto a nivel de toda la Organización:			
11. Asegurar la mejora del acceso, la calidad y el uso de productos médicos y tecnologías sanitarias.	11.1 Se habrá promovido y apoyado la elaboración y el seguimiento de políticas nacionales integrales relacionadas con el acceso, la calidad y el uso de productos médicos y tecnologías sanitarias esenciales.			
<p>3. Repercusiones presupuestarias</p> <p>a) Costo total estimado de la ejecución de las actividades de la Secretaría solicitadas en la resolución en todo su periodo de vigencia (redondeado a la decena de millar de US\$ más próxima; incluir los gastos correspondientes a personal y actividades):</p> <p>US\$ 2 250 000. Incluidos los costos estimados de tres reuniones en la Sede.</p> <p>b) Costo estimado para el bienio 2010-2011 (redondeado a la decena de millar de US\$ más próxima; incluir los gastos correspondientes a personal y actividades e indicar en qué niveles de la Organización se realizarían los gastos y en qué regiones, cuando corresponda):</p> <p>El mismo que en 3(a).</p>				

c) **¿Está incluido el costo estimado que se indica en el apartado b) en el presupuesto por programas para el bienio 2010-2011 aprobado?**

No.

4. Repercusiones financieras

¿Cómo se financiará el costo indicado en el apartado 3 b) (indicar las posibles fuentes de financiación)?

En la actualidad no se dispone de fondos. Se tratará de obtener recursos financieros mediante contribuciones voluntarias aportadas por los Estados Miembros.

5. Repercusiones administrativas

a) Ámbitos de aplicación (indicar a qué niveles de la Organización se tomarían medidas y en qué regiones, cuando corresponda):

La Sede.

b) ¿Puede el personal actual aplicar la resolución? En caso negativo, explique los motivos en el apartado c) *Infra*:

No.

c) Necesidades adicionales de personal (indicar las necesidades adicionales en el equivalente de puestos a tiempo completo, por niveles de la Organización, especificando la región, cuando corresponda, y el perfil de ese personal):

Un funcionario técnico de grado P4 y un auxiliar de programas de grado G5.

d) Plazos (indicar plazos amplios para las actividades de aplicación):

Un año.