



ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

---

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

**GINEBRA, 16-24 DE MAYO DE 2011**

**RESOLUCIONES Y DECISIONES  
ANEXOS**

**GINEBRA  
2011**

---

## 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 Alimentación y la Agricultura
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 64.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud se celebró en el Palais des Nations, Ginebra, del 16 al 24 de mayo de 2011, de acuerdo con la decisión adoptada por el Consejo Ejecutivo en su 127.<sup>a</sup> reunión.

---



# ÍNDICE

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

## RESOLUCIONES Y DECISIONES

### Resoluciones

WHA64.1	Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005) .....	1
WHA64.2	Reforma de la OMS .....	2
WHA64.3	Resolución de Apertura de Créditos para el ejercicio 2012-2013 .....	2
WHA64.4	Situación sanitaria en el territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental, y en el Golán sirio ocupado .....	5
WHA64.5	Preparación para una gripe pandémica: intercambio de virus gripales y acceso a las vacunas y otros beneficios .....	9
WHA64.6	Fortalecimiento del personal sanitario .....	10
WHA64.7	Fortalecimiento de la enfermería y la partería .....	14
WHA64.8	Fortalecimiento del diálogo normativo nacional con el fin de elaborar políticas, estrategias y planes de salud más sólidos .....	17
WHA64.9	Estructuras de financiación sostenible de la salud y cobertura universal .....	20
WHA64.10	Fortalecimiento de la capacidad nacional de manejo de las emergencias sanitarias y los desastres y resiliencia de los sistemas de salud .....	23
WHA64.11	Preparativos para la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles, en relación con la Conferencia de Moscú .....	27
WHA64.12	Función de la OMS en el seguimiento de la reunión plenaria de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio (Nueva York, septiembre de 2010) .....	29

	<b>Página</b>
WHA64.13	Hacia la reducción de la mortalidad perinatal y neonatal ..... 31
WHA64.14	Estrategia mundial del sector sanitario para el VIH/sida, 2011-2015 ..... 33
WHA64.15	Mecanismo para el control y la prevención del cólera ..... 34
WHA64.16	Erradicación de la dracunculosis ..... 37
WHA64.17	Paludismo ..... 38
WHA64.18	Informe financiero interino no comprobado sobre las cuentas de la OMS en 2010 ..... 43
WHA64.19	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 ..... 43
WHA64.20	Arreglos especiales para la liquidación de atrasos ..... 44
WHA64.21	Escala de contribuciones para 2012-2013 ..... 45
WHA64.22	Modificaciones del Reglamento Financiero ..... 50
WHA64.23	Nombramiento de Comisario de Cuentas ..... 50
WHA64.24	Agua potable, saneamiento y salud ..... 51
WHA64.25	Sueldos de los titulares de puestos sin clasificar y de la Directora General . 55
WHA64.26	Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer: modificación de los Estatutos ..... 56
WHA64.27	Prevención de los traumatismos en los niños ..... 56
WHA64.28	Los jóvenes y los riesgos sanitarios ..... 60
 <b>Decisiones</b>	
WHA64(1)	Composición de la Comisión de Credenciales ..... 65
WHA64(2)	Elección del Presidente y de los Vicepresidentes de la 64. <sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud ..... 65
WHA64(3)	Elección de la Mesa de las comisiones principales ..... 65
WHA64(4)	Constitución de la Mesa de la Asamblea ..... 66

	<b>Página</b>
WHA64(5) Adopción del orden del día .....	66
WHA64(6) Verificación de credenciales .....	66
WHA64(7) Elección de Miembros facultados para designar una persona que forme parte del Consejo Ejecutivo .....	67
WHA64(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 .....	67
WHA64(9) Designación del país o la zona en que se ha de reunir la 65.ª Asamblea Mundial de la Salud .....	67
WHA64(10) Productos médicos de calidad subestándar, espurios, de etiquetado engañoso, falsificados o de imitación .....	67
WHA64(11) Erradicación de la viruela: destrucción de las reservas de virus variólico ...	68

## ANEXOS

1. Recomendaciones formuladas en el informe definitivo del Comité de Examen acerca del funcionamiento del Reglamento Sanitario Internacional (2005) en relación con la pandemia por virus (H1N1) 2009 .....	71
2. Preparación para una gripe pandémica: marco para el intercambio de virus gripales y el acceso a las vacunas y otros beneficios .....	80
3. Primera Conferencia Ministerial Mundial sobre Modos de Vida Sanos y Control de las Enfermedades No Transmisibles (Moscú, 28-29 de abril de 2011) .....	130
4. Estrategia mundial del sector sanitario sobre el VIH/sida, 2011-2015 .....	135
5. Texto de las modificaciones del Reglamento Financiero de la Organización Mundial de la Salud .....	171
6. Repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de las resoluciones adoptadas por la Asamblea de la Salud .....	172



# **ORDEN DEL DÍA<sup>1</sup>**

## **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 127.<sup>a</sup> y 128.<sup>a</sup> 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

## **COMISIÓN A**

10. Apertura de la Comisión<sup>2</sup>
11. Financiación de la OMS en el futuro
12. Asuntos programáticos y presupuestarios
  - 12.1 Ejecución del presupuesto por programas 2010-2011: informe interino

---

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

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

- 12.2 Plan Estratégico a Plazo Medio 2008-2013: evaluación interina
- 12.3 Plan Estratégico a Plazo Medio 2008-2013 y proyecto de presupuesto por programas 2012-2013
- 13. Asuntos técnicos y sanitarios
  - 13.1 Preparación para una gripe pandémica: intercambio de virus gripales y acceso a las vacunas y otros beneficios
  - 13.2 Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005)
  - 13.3 Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud

Función de la OMS en el seguimiento de la reunión plenaria de alto nivel del sexagésimo quinto periodo de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el examen de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (septiembre de 2010)
  - 13.4 Fortalecimiento de los sistemas de salud
  - 13.5 Visión y estrategia mundial de inmunización
  - 13.6 Proyecto de estrategia OMS contra el VIH/sida para 2011-2015
  - 13.7 Productos médicos de calidad subestándar, espurios, de etiquetado engañoso, falsificados o de imitación
  - 13.8 Erradicación de la viruela: destrucción de las reservas de virus variólico
  - 13.9 Cólera: mecanismo para el control y la prevención
  - 13.10 Paludismo
  - 13.11 Erradicación de la dracunculosis
  - 13.12 Prevención y control de las enfermedades no transmisibles

Función de la OMS en la preparación, ejecución y seguimiento de la reunión de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles (septiembre de 2011)
  - 13.13 [transferido a la Comisión B]
  - 13.14 [transferido a la Comisión B]
  - 13.15 [transferido a la Comisión B]
  - 13.16 [transferido a la Comisión B]
  - 13.17 [transferido a la Comisión B]

**COMISIÓN B**

14. Apertura de la Comisión<sup>1</sup>
15. Situación sanitaria en el territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental, y en el Golán sirio ocupado
16. Asuntos de auditoría y supervisión
  - Informe del Auditor Interno
17. Asuntos financieros
  - 17.1 Informe financiero interino no comprobado sobre las cuentas de la OMS en 2010
  - 17.2 Informe interino del Comisario de Cuentas
  - 17.3 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
  - 17.4 Arreglos especiales para la liquidación de atrasos
  - 17.5 Escala de contribuciones para 2012-2013
  - 17.6 [suprimido]
  - 17.7 Modificaciones del Reglamento Financiero y de las Normas de Gestión Financiera
  - 17.8 Nombramiento de Comisario de Cuentas
18. Asuntos de personal
  - 18.1 Recursos humanos: informe anual
  - 18.2 Informe de la Comisión de Administración Pública Internacional
  - 18.3 Modificaciones del Estatuto del Personal y del Reglamento de Personal
  - 18.4 Informe del Comité Mixto de Pensiones del Personal de las Naciones Unidas
  - 18.5 Nombramiento de representantes en el Comité de la Caja de Pensiones del Personal de la OMS
  - 18.6 Informe interino sobre los progresos realizados por el grupo de trabajo sobre la elección de Director General de la Organización Mundial de la Salud

---

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

19. Colaboración dentro del sistema de las Naciones Unidas y con otras organizaciones intergubernamentales
20. Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (CIIC): modificaciones de los Estatutos
13. Asuntos técnicos y sanitarios
  - 13.13 Nutrición del lactante y del niño pequeño: plan de aplicación
  - 13.14 Prevención de los traumatismos en los niños
  - 13.15 Estrategias para la gestión sin riesgos del agua potable para el consumo humano
  - 13.16 Los jóvenes y los riesgos sanitarios
  - 13.17 Informes sobre los progresos realizados
    - A. Poliomielitis: mecanismo de gestión de los riesgos potenciales para la erradicación (resolución WHA61.1)
    - B. Lucha contra la oncocercosis mediante la distribución de ivermectina (resolución WHA47.32)
    - C. Cambio climático y salud (resoluciones WHA61.19 y EB124.R5)
    - D. Mejora de la salud mediante la gestión racional de los plaguicidas y otras sustancias químicas en desuso (resolución WHA63.26)
    - E. Mejora de la salud mediante una gestión de desechos segura y ecológicamente racional (resolución WHA63.25)
    - F. Hacia la cobertura universal en las intervenciones de salud materna, del recién nacido y del niño (resolución WHA58.31)
    - G. Mutilación genital femenina (resolución WHA61.16)
    - H. Estrategia para incorporar el análisis y las acciones de género en las actividades de la OMS (resolución WHA60.25)
    - I. Progresos realizados en el uso racional de los medicamentos (resolución WHA60.16)
    - J. Aplicación por la OMS de las recomendaciones del Equipo mundial de tareas para mejorar la coordinación entre las instituciones multilaterales y los donantes internacionales en materia de sida (resolución WHA59.12)

## LISTA DE DOCUMENTOS

A64/1 Rev.1	Orden del día <sup>1</sup>
A64/2	Informes del Consejo Ejecutivo sobre sus 127. <sup>a</sup> y 128. <sup>a</sup> reuniones
A64/3	Alocución de la Dra. Margaret Chan, Directora General, a la 64. <sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud
A64/4	Financiación de la OMS en el futuro Organización Mundial de la Salud: reformas para un futuro saludable
A64/4 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 <sup>2</sup>
A64/5	Ejecución del presupuesto por programas 2010-2011: informe interino
A64/6	Plan Estratégico a Plazo Medio 2008-2013: evaluación interina
A64/7 y A64/7 Add.1	Plan Estratégico a Plazo Medio 2008-2013 y proyecto de presupuesto por programas 2012-2013
A64/7 Add.2	Resolución de Apertura de Créditos para el ejercicio 2012-2013
A64/8 y Corr.1	Preparación para una gripe pandémica: intercambio de virus gripales y acceso a las vacunas y otros beneficios <sup>3</sup>
A64/8 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
A64/9	Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005)
A64/10 y A64/10 Add.1	Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005) Informe del Comité de Examen acerca del funcionamiento del Reglamento Sanitario Internacional (2005) en relación con la pandemia por virus (H1N1) 2009 <sup>4</sup>

---

<sup>1</sup> Véase p. ix.

<sup>2</sup> Véase el anexo 6.

<sup>3</sup> Véase el anexo 2.

<sup>4</sup> Véase el anexo 1.

A64/10 Add.2	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 <sup>1</sup>
A64/11	Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud
A64/11 Add.1	Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud: Comisión sobre la Información y la Rendición de Cuentas para la Salud de la Mujer y el Niño
A64/12	Fortalecimiento de los sistemas de salud: Mejora del apoyo al diálogo sobre políticas, estrategias y planes nacionales de salud
A64/13	Fortalecimiento de los sistemas de salud: tendencias actuales y retos
A64/14	Visión y estrategia mundial de inmunización
A64/15	Proyecto de estrategia OMS contra el VIH para 2011-2015 <sup>2</sup>
A64/16	Productos médicos de calidad subestándar, espurios, de etiquetado engañoso, falsificados o de imitación
A64/17	Erradicación de la viruela: destrucción de las reservas de virus variólico
A64/18	Cólera: mecanismo para el control y la prevención
A64/19	Paludismo
A64/20	Erradicación de la dracunculosis
A64/21	Prevención y control de las enfermedades no transmisibles
A64/21 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 <sup>1</sup>
A64/22	Nutrición de la madre, el lactante y el niño pequeño: plan de aplicación
A64/23	Prevención de los traumatismos en los niños
A64/24	Estrategias para la gestión sin riesgos del agua potable para el consumo humano

---

<sup>1</sup> Véase el anexo 6.

<sup>2</sup> En el anexo 4 figura la estrategia, en su versión enmendada.

## LISTA DE DOCUMENTOS

---

A64/25	Los jóvenes y los riesgos sanitarios
A64/26	Informes sobre los progresos realizados
A64/27	Situación sanitaria en el territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental, y en el Golán sirio ocupado
A64/28	Informe del Auditor Interno
A64/29	Informe financiero interino no comprobado correspondiente al ejercicio 2010
A64/29 Add.1	Anexo: Contribuciones voluntarias, por fondo y por donante, correspondientes al año terminado el 31 de diciembre de 2010
A64/30	Informe interino del Comisario de Cuentas
A64/31	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
A64/32	Arreglos especiales para la liquidación de atrasos: Ucrania
A64/33	Escala de contribuciones para 2012-2013
A64/34	Modificaciones del Reglamento Financiero <sup>1</sup> y de las Normas de Gestión Financiera – Aplicación de las Normas Contables Internacionales para el Sector Público, presencia de las auditorías externas y mandato del Comisario de Cuentas - Aplicación de las Normas Contables Internacionales para el Sector Público, frecuencia de las auditorías externas y mandato del Comisario de Cuentas
A64/35 y Corr.1	Nombramiento de Comisario de Cuentas
A64/36	Recursos humanos: informe anual
A64/37	Informe de la Comisión de Administración Pública Internacional
A64/38	Modificaciones del Estatuto del Personal y del Reglamento de Personal
A64/39	Informe del Comité Mixto de Pensiones del Personal de las Naciones Unidas
A64/40	Nombramiento de representantes en el Comité de la Caja de Pensiones del Personal de la OMS

---

<sup>1</sup> Véase el anexo 5.

- A64/41 Informe interino sobre los progresos realizados por el grupo de trabajo sobre la elección de Director General de la Organización Mundial de la Salud
- A64/42 Colaboración dentro del sistema de las Naciones Unidas y con otras organizaciones intergubernamentales
- A64/43 Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer: modificación de los Estatutos
- A64/44 Premios. Modificación de los Estatutos del Premio de Salud Pública en Memoria del Dr. LEE Jong-wook
- A64/45 Ejecución del presupuesto por programas 2010-2011: informe interino Primer informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 64.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud
- A64/46 Plan Estratégico a Plazo Medio 2008-2013: evaluación interina Tercer informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 64.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud
- A64/47 Plan Estratégico a Plazo Medio 2008-2013 y Proyecto de presupuesto por programas 2012-2013. Cuarto informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 64.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud
- A64/48 Informe del Auditor Interno. Sexto informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 64.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud
- A64/49 y Corr.1 Informe financiero interino no comprobado sobre las cuentas de la OMS en 2010. Segundo informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 64.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud
- A64/50 Informe interino del Comisario de Cuentas. Séptimo informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 64.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud
- A64/51 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 y Arreglos especiales para la liquidación de atrasos: Ucrania. Quinto informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 64.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud
- A64/52 Comisión de Credenciales

## LISTA DE DOCUMENTOS

---

A64/53	Primer informe de la Comisión A
A64/54	Segundo informe de la Comisión A
A64/55	Primer informe de la Comisión B
A64/56	Elección de Miembros facultados para designar una persona que forme parte del Consejo Ejecutivo
A64/57	Tercer informe de la Comisión A
A64/58	Segundo informe de la Comisión B
A64/59	Cuarto informe de la Comisión A
A64/60	Tercer informe de la Comisión B
A64/61	Quinto informe de la Comisión A
A64/62	Cuarto informe de la Comisión B
A64/63	Sexto informe de la Comisión A
A64/64	Séptimo informe de la Comisión A

### **Documentos de información**

A64/INF.DOC./1	Situación sanitaria en el territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental, y en el Golán sirio ocupado (informe del Ministerio de Salud de la República Árabe Siria)
A64/INF.DOC./2	Situación sanitaria en el territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental, y en el Golán sirio ocupado (informe del Observador Permanente de Palestina ante la Oficina de las Naciones Unidas y otras organizaciones internacionales en Ginebra)
A64/INF.DOC./3	Situación sanitaria en el territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental, y en el Golán sirio ocupado (informe del Director de Salud del OOPS correspondiente a 2010)
A64/INF.DOC./4	Situación sanitaria en el territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental, y en el Golán sirio ocupado (informe del Ministerio de Salud de Israel)
A64/INF.DOC./5	Financiación de la OMS en el futuro Reformas para un futuro saludable: plan de desarrollo

**Documentos varios**

A64/DIV/1 Rev.1	Lista de delegados y otros participantes
A64/DIV/2	Guía para los delegados en la Asamblea Mundial de la Salud
A64/DIV/3	Decisiones y lista de resoluciones
A64/DIV/4	Lista de documentos
A64/DIV/5	Alocución de Su Excelencia la Sra. Sheikh Hasina, Primera Ministra del Gobierno de Bangladesh, ante la 64. <sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud
A64/DIV/6	Alocución del Sr. Bill Gates a la 64. <sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud

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

### **Presidente**

Dr. Christos PATSALIDES (Chipre)

### **Vicepresidentes**

Profesor C. O. ONYEBUCHI CHUKWU  
(Nigeria)

Sr. RI Jang Gon (República Popular  
Democrática de Corea)

Dr. Enrique T. ONA (Filipinas)

Dr. Mohammed Hussein NICKNAM  
(República Islámica del Irán)

Sra. Therese BAPTISTE-CORNELIS  
(Trinidad y Tabago)

### **Secretario**

Dra. Margaret CHAN, Directora General

### **Comisión de Credenciales**

La Comisión de Credenciales estuvo integrada por delegados de los Estados Miembros siguientes: Barbados, Costa Rica, Fiji, Gabón, Guinea Bissau, Letonia, Malawi, Maldivas, Nueva Zelandia, Pakistán, Serbia, Uzbekistán.

**Presidente:** Dr. K. WOODS  
(Nueva Zelandia)

**Vicepresidente:** Profesor D. MPHANDE  
(Malawi)

**Secretario:** Sr. Xavier 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: Albania, Botswana, China,

Cuba, Egipto, Eritrea, Estados Unidos de América, Etiopía, Federación de Rusia, Francia, Gambia, Guinea, Hungría, India, Micronesia (Estados Federados de), Paraguay y Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte.

**Presidente:** Dr. Christos PATSALIDES  
(Chipre)

**Secretario:** Dra. Margaret 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. Walid AMMAR (Líbano)

**Vicepresidentes:** Dr. Henry MADZORERA  
(Zimbabwe) y Sr. Nandi GLASSIE  
(Islas Cook)

**Relator:** Dr. Mast KULZHANOV  
(Kazajstán)

**Secretario:** Dr. Maged YOUNES, Director,  
Inocuidad de los Alimentos, Zoonosis y  
Enfermedades de Transmisión Alimentaria

#### **Comisión B**

**Presidente:** Dra. María Teresa  
VALENZUELA (Chile)

**Vicepresidentes:** Dr. Ante-Zyonimir GOLEM  
(Croacia) y Sr. Zanglely DUKPA (Bhután)

**Relator:** Dr. T. Tuitama Leao TUITAMA  
(Samoa)

**Secretario:** Dr. Manuel DAYRIT, Director,  
Recursos Humanos para la Salud

## RESOLUCIONES

### WHA64.1      **Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005)**<sup>1</sup>

La 64.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud,

Reconociendo el establecimiento del Comité de Examen que se prevé en el capítulo III del título IX del Reglamento Sanitario Internacional (2005), y el cometido de examinar el funcionamiento del Reglamento Sanitario Internacional (2005) así como la respuesta a la pandemia por virus (H1N1) 2009, de conformidad con los objetivos, el alcance, la metodología y el calendario aceptados por el Consejo Ejecutivo en su 126.<sup>a</sup> reunión;<sup>2</sup>

Encomiando la conclusión con éxito de la labor del Comité de Examen acerca del funcionamiento del Reglamento Sanitario Internacional (2005) en relación con la pandemia por virus (H1N1) 2009, el liderazgo de su Presidente, la dedicación de sus distinguidos miembros, y la presentación de su informe definitivo a la Directora General para que lo transmita a la 64.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud;

Habiendo examinado el informe definitivo del Comité de Examen acerca del funcionamiento del Reglamento Sanitario Internacional (2005) en relación con la pandemia por virus (H1N1) 2009,<sup>3</sup>

1. INSTA a los Estados Miembros a que presten apoyo a la aplicación de las recomendaciones formuladas en el informe definitivo del Comité de Examen acerca del funcionamiento del Reglamento Sanitario Internacional (2005) en relación con la pandemia por virus (H1N1) 2009;<sup>4</sup>

2. PIDE a la Directora General:

1) que presente una actualización a la 66.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud, por conducto del Consejo Ejecutivo, sobre los progresos realizados en el seguimiento dado a las recomendaciones del Comité de Examen acerca del funcionamiento del Reglamento Sanitario Internacional (2005) en relación con la pandemia por virus (H1N1) 2009;

2) que preste apoyo técnico a los Estados Miembros en la aplicación de las recomendaciones del Comité de Examen acerca del funcionamiento del Reglamento Sanitario Internacional (2005) en relación con la pandemia por virus (H1N1) 2009.

(Novena sesión plenaria, 20 de mayo de 2011 -  
Comisión A, primer informe)

---

<sup>1</sup> En el anexo 6 se exponen las repercusiones financieras y administrativas de esta resolución para la Secretaría.

<sup>2</sup> Véase el documento EB126/2010/REC/2, acta resumida de la segunda sesión, sección 2.

<sup>3</sup> Véase el documento A64/10.

<sup>4</sup> En el anexo 1 figuran las recomendaciones formuladas por el Comité de Examen acerca del funcionamiento del Reglamento Sanitario Internacional (2005) en relación con la pandemia por virus (H1N1) 2009.

**WHA64.2 Reforma de la OMS<sup>1</sup>**

La 64.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud,

Visto el informe de la Directora General titulado «Organización Mundial de la Salud: reformas para un futuro saludable»,<sup>2</sup>

1. APRUEBA el programa de reforma expuesto en el informe de la Directora General;
2. INSTA a los Estados Miembros a que apoyen el programa de reforma;
3. PIDE al Consejo Ejecutivo que establezca un proceso apropiado para examinar las cuestiones relativas a la gobernanza de la OMS descritas en el informe;
4. PIDE a la Directora General;
  - 1) que prepare un documento de concepto pormenorizado para el Foro Mundial de la Salud de noviembre de 2012 en el que se establezcan los objetivos, el número de participantes, el formato y los costos, y lo presente al Consejo Ejecutivo en su 130.<sup>a</sup> reunión, en enero de 2012;
  - 2) que, en consulta con los Estados Miembros, prepare un método de evaluación independiente y presente el primer informe de la evaluación independiente de las actividades de la OMS a la 65.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud, en mayo de 2012;
  - 3) que informe sobre los progresos realizados a la 65.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud, por conducto del Consejo Ejecutivo.

(Novena sesión plenaria, 20 de mayo de 2011 -  
Comisión A, segundo informe)

**WHA64.3 Resolución de Apertura de Créditos para el ejercicio 2012-2013**

La 64.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud,

1. ACOGE CON AGRADO que el presupuesto efectivo total,<sup>3</sup> con cargo a los fondos de todas las procedencias, a saber, las contribuciones señaladas y las contribuciones voluntarias, será de US\$ 3 958 979 000, y abarcará tres componentes:

<b>Componente del presupuesto por programas</b>	<b>US\$</b>
Programas básicos	2 626 762 000
Programas especiales y acuerdos de colaboración	863 533 000
Respuesta a brotes epidémicos y crisis	468 684 000
<b>Presupuesto efectivo total</b>	<b>3 958 979 000</b>

<sup>1</sup> En el anexo 6 se exponen las repercusiones financieras y administrativas de esta resolución para la Secretaría.

<sup>2</sup> Documentos A64/4 y A64/INF.DOC./5.

<sup>3</sup> Véanse los documentos A64/7, A64/7 Add.1 y A64/47.

2. RESUELVE abrir créditos para el ejercicio 2012-2013 por un importe de US\$ 1 038 840 000, que se financiará con cargo a las contribuciones netas de los Miembros por un valor de US\$ 928 840 000, a ingresos no señalados procedentes de los Estados Miembros estimados en US\$ 15 000, si se dispone de ellos, y a una transferencia de US\$ 95 000 al Fondo de Iguales de Impuestos, y asignar esos créditos como se indica a continuación:

<b>Sección</b>	<b>Finalidad de la asignación</b>	<b>Asignaciones financiadas con cargo a las contribuciones netas y a ingresos no señalados procedentes de los Estados Miembros (en US\$)</b>
1	Reducir la carga sanitaria, social y económica de las enfermedades transmisibles	79 186 000
2	Combatir el VIH/sida, la tuberculosis y el paludismo	45 634 000
3	Prevenir y reducir la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad prematura por enfermedades crónicas no transmisibles, trastornos mentales, violencia y traumatismos y discapacidades visuales	44 809 000
4	Reducir la morbilidad y mortalidad y mejorar la salud en etapas clave de la vida, como el embarazo, el parto, el periodo neonatal, la infancia y la adolescencia, y mejorar la salud sexual y reproductiva y promover el envejecimiento activo y saludable de todas las personas	55 754 000
5	Reducir las consecuencias sanitarias de las emergencias, desastres, crisis y conflictos y minimizar su impacto social y económico	18 568 000
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	37 731 000
7	Abordar los determinantes sociales y económicos subyacentes de la salud mediante políticas y programas que permitan mejorar la equidad sanitaria e integrar enfoques favorables a los pobres, sensibles a las cuestiones de género y basados en los derechos humanos	18 753 000
8	Promover un entorno más saludable, intensificar la prevención primaria y ejercer influencia sobre las políticas públicas en todos los sectores, con miras a combatir las causas fundamentales de las amenazas ambientales para la salud	32 507 000

9	Mejorar la nutrición, la inocuidad de los alimentos y la seguridad alimentaria a lo largo de todo el ciclo de vida y en apoyo de la salud pública y el desarrollo sostenible	22 359 000
10	Mejorar los servicios de salud mediante el fortalecimiento de la gobernanza, la financiación, la dotación de personal y la gestión, respaldadas por datos probatorios e investigaciones fiables y accesibles	145 421 000
11	Asegurar la mejora del acceso, la calidad y el uso de productos médicos y tecnologías sanitarias	30 751 000
12	Proporcionar liderazgo, fortalecer la gobernanza y fomentar las alianzas y la colaboración con los países, el sistema de las Naciones Unidas y otras partes interesadas para cumplir el mandato de la OMS de hacer avanzar el programa de acción sanitaria mundial consignado en el Undécimo Programa General de Trabajo	202 410 000
13	Desarrollar y sostener a la OMS como organización flexible y discente, facilitándole los medios necesarios para cumplir su mandato de manera más eficiente y eficaz	209 957 000
	<b>Total parcial</b>	943 840 000
	Transferencia al Fondo de Iguales de Impuestos	95 000 000
	<b>Total</b>	1 038 840 000

### 3. RESUELVE ADEMÁS:

- 1) que, no obstante lo dispuesto en el párrafo 4.3 del Reglamento Financiero, la Directora General podrá efectuar transferencias de créditos entre las secciones del presupuesto efectivo, siempre que el importe de las transferencias efectuadas con cargo a una sección no exceda del 10% de la dotación de ésta; los gastos resultantes de esas transferencias constarán en el informe financiero sobre el ejercicio 2012-2013;
- 2) que, de conformidad con las disposiciones del Reglamento Financiero, se librarán las cantidades necesarias para atender el pago de las obligaciones contraídas entre el 1 de enero de 2012 y el 31 de diciembre de 2013, sin que su importe pueda exceder el de los créditos abiertos en el párrafo 2; no obstante lo dispuesto en el presente párrafo, la Directora General limitará las obligaciones que hayan de contraerse durante el ejercicio 2012-2013 al importe de las secciones 1 a 13 de la Resolución de Apertura de Créditos;
- 3) que de la cuantía de la contribución que ha de abonar cada Miembro se deducirán las cantidades abonadas en su favor en el Fondo de Iguales de Impuestos; que esa deducción se ajustará en el caso de los Miembros que gravan con impuestos los sueldos percibidos por los funcionarios de la OMS, impuestos que la Organización reembolsa a ese personal; el monto total de esos reembolsos se estima en US\$ 20 578 300, lo que eleva las contribuciones de los Miembros a un total de US\$ 949 218 300;

4. DECIDE que el Fondo de Operaciones se mantenga en su actual nivel de US\$ 31 000 000;
5. RECONOCE que las contribuciones voluntarias que se necesitan para financiar la parte del presupuesto efectivo no financiada con cargo a contribuciones netas de los Miembros asciende a US\$ 3 015 139 000.

(Novena sesión plenaria, 20 de mayo de 2011 -  
Comisión A, segundo informe)

#### **WHA64.4 Situación sanitaria en el territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental, y en el Golán sirio ocupado<sup>1</sup>**

La 64.<sup>a</sup> 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 el territorio palestino y en otros territorios árabes ocupados;

Recordando la resolución EB124.R4 adoptada por el Consejo Ejecutivo en su 124.<sup>a</sup> 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;<sup>2</sup>

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;

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;

---

<sup>1</sup> En el anexo 6 se exponen las repercusiones financieras y administrativas de esta resolución para la Secretaría.

<sup>2</sup> Documento A64/27.

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 de Gaza aún persisten y menoscaban los empeños del Ministerio de Salud palestino 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, cuyas graves enfermedades 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;<sup>1</sup>
  - 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 (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 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;

---

<sup>1</sup> Documento A64/24 Add.1.

- 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 facilite el informe detallado preparado por la misión sanitaria especializada enviada a la Franja de Gaza;
  - 8) que informe sobre la aplicación de la presente resolución a la 65.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud.

(Novena sesión plenaria, 20 de mayo de 2011 -  
Comisión B, primer informe)

**WHA64.5 Preparación para una gripe pandémica: intercambio de virus gripales y acceso a las vacunas y otros beneficios<sup>1</sup>**

La 64.<sup>a</sup> 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;<sup>2</sup>

Reconociendo la labor de los copresidentes y la Mesa del Grupo de Trabajo de Composición Abierta;

Acogiendo con agrado el resultado 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 en la elaboración del Marco de preparación para una gripe pandémica: intercambio de virus gripales y acceso a las vacunas y otros beneficios (el «Marco de PIP»);

Reconociendo la función de la industria como un contribuyente destacado en la innovación tecnológica y la transferencia de tecnología para afrontar los desafíos de la preparación y respuesta para una pandemia de gripe,

1. ADOPTA, de conformidad con el Artículo 23 de la Constitución de la OMS, el Marco de PIP, incluidos sus anexos, que se adjuntan a la presente resolución;<sup>3</sup>
2. INSTA a los Estados Miembros:<sup>4</sup>
  - 1) a que apliquen el Marco de PIP;
  - 2) a que presten apoyo activamente a una aplicación amplia del Marco de PIP y consideren la posibilidad de proporcionar recursos adecuados para su aplicación;
3. EXHORTA a las partes interesadas pertinentes a que otorguen prioridad a la aplicación del Marco de PIP;
4. PIDE a la Directora General que, en consulta con el Grupo Asesor:
  - 1) aplique el Marco de PIP;
  - 2) vigile y examine el funcionamiento del Marco de PIP y todos sus componentes, de conformidad con sus disposiciones;
  - 3) informe bienalmente a la Asamblea Mundial de la Salud, por conducto del Consejo Ejecutivo, sobre los progresos realizados en la aplicación de la presente resolución.

(Décima sesión plenaria, 24 de mayo de 2011 -  
Comisión A, tercer informe)

---

<sup>1</sup> En el anexo 6 se exponen las repercusiones financieras y administrativas de esta resolución para la Secretaría.

<sup>2</sup> Documento A64/8 y Corr.1.

<sup>3</sup> El Marco de preparación para una gripe pandémica figura en el anexo 2.

<sup>4</sup> Y, cuando proceda, a las organizaciones de integración económica regional.

## WHA64.6 Fortalecimiento del personal sanitario<sup>1</sup>

La 64.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado los informes sobre el fortalecimiento de los sistemas de salud;<sup>2</sup>

Recordando la resolución WHA57.19 titulada «La migración internacional del personal sanitario: un reto para los sistemas de salud de los países en desarrollo» que, entre otras cosas, insta a los Estados Miembros a que desarrollen estrategias encaminadas a mitigar los efectos adversos de la migración de personal sanitario y a reducir al mínimo sus repercusiones negativas en los sistemas de salud, como también a que formulen y apliquen políticas que logren más eficazmente la permanencia de dicho personal;

Recordando asimismo la resolución WHA59.23, sobre la pronta formación de un mayor número de profesionales de la salud, que, entre otras cosas, reconoce que la escasez de personal sanitario interfiere en los esfuerzos encaminados a lograr los objetivos de desarrollo relacionados con la salud acordados internacionalmente, incluidos los que figuran en la Declaración del Milenio, así como los de los programas prioritarios de la OMS;

Tomando nota del Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud,<sup>3</sup> que, entre otras cosas, reconoce que una fuerza de trabajo sanitaria suficiente y accesible es fundamental para un sistema sanitario integrado y eficaz y para prestar servicios sanitarios esenciales, y que los Estados Miembros deberían tomar medidas para atender sus propias necesidades en lo que se refiere al personal de salud, esto es, tomar medidas para formar, conservar y sostener un personal sanitario adaptado a la situación específica de cada país;

Reconociendo que está en curso la elaboración de directrices de política de la OMS sobre la ampliación transformadora de la formación en enfermería y medicina, lo que guarda relación con el aumento equitativo y eficiente de la cantidad, calidad y pertinencia de la combinación de competencias del personal sanitario;

Reconociendo que la cantidad, calidad y pertinencia son requisitos previos para lograr la ampliación transformadora del personal docente en las instituciones de capacitación profesional sanitaria;

Reconociendo que los contratistas y empleadores son partes interesadas neurálgicas que pueden contribuir al éxito de la aplicación del Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud;

Tomando nota con satisfacción de los recientes llamamientos a la acción para lograr la ampliación y la distribución equitativa del personal sanitario a escala mundial, regional y en los países;<sup>4</sup>

---

<sup>1</sup> En el anexo 6 se exponen las repercusiones financieras y administrativas de esta resolución para la Secretaría.

<sup>2</sup> Documentos A64/12 y A64/13.

<sup>3</sup> Adoptado en la resolución WHA63.16.

<sup>4</sup> Entre otros, la *Declaración de Kampala y las Prioridades para la acción internacional de marzo de 2008*; el comunicado del G8 de julio de 2008; *Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud, Informe final de la Comisión OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008; el Grupo Especial de Alto Nivel sobre Formas Innovadoras de Financiación de los Sistemas de Salud, de 2009, y la *Venice concluding statement on maximizing positive synergies between health systems and global health initiatives* [Declaración final de Venecia sobre la maximización de las sinergias positivas entre los sistemas sanitarios y las iniciativas sanitarias mundiales], de 2009.

Reconociendo que los recursos humanos para la salud son fundamentales para el funcionamiento eficaz de los sistemas sanitarios de los países, tal como se destaca en el *Informe sobre la salud en el mundo 2006*,<sup>1</sup> y que la escasez e ineficiencia del personal sanitario también está entorpeciendo gravemente la ejecución eficaz de la atención primaria de salud, como se afirma en el *Informe sobre la salud en el mundo 2008*,<sup>2</sup> y la ampliación de la cobertura de los servicios de salud, como se describe en el *Informe sobre la salud en el mundo 2010*,<sup>3</sup>

Profundamente preocupada porque la escasez y la distribución inadecuada de agentes sanitarios bien capacitados y motivados, así como la ineficiencia con que la fuerza de trabajo se gestiona y utiliza, siguen siendo impedimentos importantes para el funcionamiento eficaz de los sistemas de salud y constituyen una de las principales situaciones críticas para cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud;

Consciente de que el aumento en la formación y el mejoramiento de la permanencia de los agentes sanitarios, en particular en las zonas rurales, depende de varios factores, como un sistema de financiación de la salud suficiente y sostenible, que está determinada hasta cierto punto por decisiones que se toman fuera del sector de la salud, con inclusión de los organismos internacionales;

Observando que la insuficiencia de datos de investigación sobre la eficacia de las políticas sobre el personal sanitario, así como la carencia de datos integrales, fidedignos y actualizados, en especial instrumentos analíticos, constituyen grandes escollos para los Estados Miembros que están tratando de lograr o mantener un personal sanitario suficiente, sostenible y eficiente;

Preocupada porque muchos Estados Miembros, particularmente los aquejados por una escasez o un desequilibrio crítico de personal sanitario, también carecen de la gobernanza y la capacidad técnica y de gestión para elaborar y ejecutar intervenciones de política eficientes y eficaces relacionadas con la ampliación y la permanencia del personal sanitario;

Sabiendo que un personal sanitario suficiente, eficiente y sostenible es un elemento central de los sistemas sanitarios sólidos y un requisito esencial para lograr el mejoramiento sostenible de la salud;

Reconociendo la división de responsabilidades entre los niveles nacional y subnacional de gobierno que caracteriza los estados federados,

1. INSTA a los Estados Miembros:<sup>4</sup>

- 1) a que apliquen el Código de prácticas mundial voluntario de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud con miras a que tanto los países de origen como los de destino puedan obtener beneficios de la migración internacional de este tipo de personal y a fin de mitigar los efectos adversos de la migración de personal sanitario, particularmente desde los países donde la escasez de dicho personal es crítica;

---

<sup>1</sup> *Informe sobre la salud en el mundo 2006. Colaboremos por la salud.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2006.

<sup>2</sup> *Informe sobre la salud en el mundo 2008. La atención primaria de salud: más necesaria que nunca.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008.

<sup>3</sup> *Informe sobre la salud en el mundo 2010. Financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2010.

<sup>4</sup> Y, cuando proceda, a las organizaciones de integración económica regional.

- 2) a que den prioridad, en el marco de la situación económica mundial, al gasto sanitario en el sector público, según corresponda, para velar por que haya suficientes recursos financieros para ejecutar las políticas y estrategias dirigidas a ampliar y conservar al personal sanitario, particularmente en los países en desarrollo, y a reconocer que esta es una inversión en la salud de la población que contribuye al desarrollo social y económico;
  - 3) a que tomen en consideración la preparación o mantenimiento de un plan nacional sobre el personal sanitario como parte integral de un plan sanitario nacional sancionado, de conformidad con las responsabilidades nacionales y subnacionales, redoblando los esfuerzos por ejecutarlo y vigilarlo de manera eficaz, según resulte apropiado en el contexto nacional;
  - 4) a que usen y apliquen resultados y estrategias de base científica, en particular los provenientes del Grupo Especial para la Ampliación de la Formación y la Capacitación, de la Alianza Mundial en pro del Personal Sanitario, para la ampliación satisfactoria de la formación y capacitación del personal sanitario;
  - 5) a que participen activamente en la elaboración en curso de las directrices de política de la OMS sobre la ampliación transformadora de la formación de los profesionales de la salud con miras a aumentar la cantidad de personal y la combinación de competencias pertinentes en respuesta a las necesidades sanitarias nacionales y la situación de los sistemas de salud;
  - 6) a que amplíen, fortalezcan y orienten a las instituciones de capacitación profesional sanitaria, en lo concerniente a cantidad, calidad y combinación de capacidades para que sean pertinentes a la aplicación de la ampliación transformadora de los profesionales de la salud;
  - 7) a que formulen estrategias y políticas para aumentar el número de agentes sanitarios motivados y calificados en zonas rurales y de acceso difícil, en las que se haga referencia a las recomendaciones de política mundial de la OMS para aumentar el acceso a los agentes sanitarios en las zonas mencionadas, mediante el mejoramiento de la permanencia del personal sanitario;
  - 8) a que apliquen las recomendaciones pertinentes para aumentar la permanencia de los agentes sanitarios en las zonas rurales, incluidas las siguientes: condiciones de vida mejores; un ambiente de trabajo seguro y propicio; apoyo de servicios de extensión; programas de perfeccionamiento y promoción profesional; apoyo a redes profesionales; y reconocimiento social de ese personal sanitario;
  - 9) a que creen o fortalezcan la capacidad interna de los países para instalar sistemas de información sobre el personal sanitario, con el fin de guiar, acelerar y mejorar las acciones del país, que incluyan la recopilación, elaboración y distribución de información sobre dicho personal, incluyendo entre otras cosas la reserva de estos, la capacidad de formación y capacitación, la distribución, la migración y los gastos;
  - 10) a que colaboren con otros sectores para generar datos probatorios y poner en marcha intervenciones de política eficaces con miras a abordar otros factores que influyan en la disponibilidad de agentes sanitarios en zonas rurales o de acceso difícil, tales como las privaciones socioeconómicas, las barreras geográficas, la distancia, el transporte y la aceptabilidad de los servicios;
2. INSTA a las organizaciones no gubernamentales, las organizaciones internacionales, los donantes internacionales, las instituciones financieras y de desarrollo y otras organizaciones pertinentes que trabajan en los países en desarrollo:

- 1) a que, con arreglo a la Declaración de París sobre la Eficacia de la Ayuda al Desarrollo y el Programa de Acción de Accra, alineen y armonicen la formación, la capacitación, la contratación y las prácticas de empleo con las que rigen en los países donde actúan, en particular las contenidas en los planes nacionales de salud, cuando los haya, para generar coherencia y coordinación y apoyar los esfuerzos de los Estados Miembros por constituir una fuerza de trabajo sanitaria sostenible, fortalecer los sistemas de salud y mejorar los resultados sanitarios;
  - 2) a que apoyen las estrategias e intervenciones nacionales a largo plazo para crear y sostener una fuerza de trabajo sanitaria suficiente y eficiente, incluso mediante la inversión en el futuro personal sanitario;
3. PIDE a la Directora General:
- 1) que siga aplicando el Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud, prestando incluso apoyo técnico a los Estados Miembros que lo soliciten para aplicarlo;
  - 2) que aporte liderazgo mundial y regional generando datos probatorios y recomendando intervenciones eficaces para afrontar los factores que entorpecen el acceso al personal sanitario; que colabore estrechamente con los organismos asociados del sistema multilateral para decidir las medidas convenientes a fin de apoyar los esfuerzos de los Estados Miembros para mantener o lograr una fuerza de trabajo sanitaria suficiente, sostenible y eficaz; y que propugne que este tema ocupe un lugar destacado en los programas mundiales de acción sobre desarrollo e investigaciones;
  - 3) que preste apoyo a los Estados Miembros que lo soliciten para respaldar sus esfuerzos por ampliar la formación y la capacitación, así como mejorar la permanencia del personal sanitario, en particular identificando políticas eficientes y eficaces sobre la fuerza de trabajo sanitaria y elaborando y ejecutando planes nacionales sobre dicha fuerza de trabajo;
  - 4) que apoye a los Estados Miembros que lo soliciten a fortalecer su capacidad de coordinación en cuestiones de personal sanitario entre el ministerio de salud, otros ministerios y los interesados directos que corresponda;
  - 5) que aliente y apoye a los Estados Miembros para que establezcan y mantengan un marco para los sistemas de información sobre el personal sanitario, a fin de dar cabida a la recopilación, la elaboración y la distribución de la información sobre dicho personal, incluyendo entre otras cosas la reserva, la migración, la capacidad de formación y capacitación, la combinación de aptitudes, la distribución, los gastos, los puestos y los factores determinantes del cambio;
  - 6) que aliente a los Estados Miembros a que apoyen el desarrollo continuo de las directrices de la OMS sobre la ampliación transformadora de la formación de los profesionales sanitarios con miras a aumentar el número, la calidad y la pertinencia de la fuerza de trabajo sanitaria, y para resolver la escasez de recursos humanos para la salud de una manera equitativa y eficiente;
  - 7) que impulse las investigaciones pertinentes para los países desarrollados y en desarrollo por igual en torno a las políticas e intervenciones eficientes y eficaces para mejorar la ampliación y la permanencia del personal sanitario, con miras a establecer y mantener una base mundial de datos de investigación accesibles para las mejores prácticas, y políticas e intervenciones eficientes y eficaces sobre el personal sanitario, que apoyen el fortalecimiento de centros de conocimiento con la finalidad de permitir la transformación de los datos de investigación y las mejores prácticas en soluciones de política específicas para un contexto dado;

- 8) que fortalezca la capacidad de la Secretaría con el fin de dar la prioridad suficiente a las tareas pertinentes relacionadas con los esfuerzos más amplios de la Organización para hacer frente a la crisis mundial del personal sanitario;
- 9) que, por conducto del Consejo Ejecutivo, informe a la Asamblea Mundial de la Salud sobre los progresos logrados en la aplicación de esta resolución, de una forma integrada con el informe sobre la resolución WHA63.16 acerca del Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud.

(Décima sesión plenaria, 24 de mayo de 2011 -  
Comisión A, cuarto informe)

### **WHA64.7 Fortalecimiento de la enfermería y la partería<sup>1</sup>**

La 64.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado los informes sobre el fortalecimiento de los sistemas de salud;<sup>2</sup>

Reconociendo la necesidad de crear sistemas nacionales de salud que sean sostenibles y fortalecer la capacidad nacional para lograr el objetivo de reducir las desigualdades sanitarias;

Reconociendo la contribución decisiva de las profesiones de enfermería y partería al fortalecimiento de los sistemas de salud, para aumentar el acceso a servicios de salud integrales por las personas a las que atienden, y a los esfuerzos por cumplir metas de desarrollo relacionados con la salud acordadas a nivel internacional, en particular los Objetivos de Desarrollo del Milenio y los de los programas de la Organización Mundial de la Salud;

Preocupada por la constante escasez y la mala distribución de las enfermeras y parteras en muchos países, así como por las repercusiones que ello tiene en la asistencia sanitaria y más allá de esta;

Reconociendo la resolución WHA62.12 sobre atención primaria de salud, incluido el fortalecimiento de los sistemas de salud, que entre otras cosas hace un llamamiento a la renovación y el fortalecimiento de la atención primaria de salud, y en la que se insta a los Estados Miembros a capacitar y conservar un número suficiente de profesionales de la salud, con la combinación apropiada de aptitudes, incluidas enfermeras y parteras, a fin de resolver la escasez actual de personal sanitario para responder eficazmente a las necesidades sanitarias de las personas;

Reconociendo las iniciativas en curso de la OMS sobre la ampliación transformadora de la educación y formación de los profesionales sanitarios con miras a aumentar el número y la combinación idónea de aptitudes de la fuerza de trabajo en respuesta a las necesidades sanitarias y el contexto de los sistemas de salud de los países;

Reconociendo las recomendaciones de política mundiales formuladas por la OMS a fin de aumentar el acceso a los agentes sanitarios en las zonas remotas y rurales mediante el mejoramiento de la

---

<sup>1</sup> En el anexo 6 se exponen las repercusiones financieras y administrativas de esta resolución para la Secretaría.

<sup>2</sup> Documentos A64/12 y A64/13.

conservación del personal sanitario<sup>1</sup> como plataforma de evidencia para la formulación de políticas nacionales eficaces para la permanencia del personal de enfermería y partería en las zonas rurales;

Tomando nota del Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud;<sup>2</sup>

Reafirmando el llamamiento para que los gobiernos y la sociedad civil fortalezcan la capacidad para afrontar la urgente necesidad de personal sanitario calificado, particularmente parteras, formulado en la Declaración Conjunta Sobre la Salud de la Madre y del Recién Nacido, respaldada por la OMS, el UNFPA, el UNICEF y el Banco Mundial;

Señalando la importancia de la participación multidisciplinaria, en especial de enfermeras y parteras, en las investigaciones de gran calidad que aporten los mejores conocimientos científicos y datos de investigación para apoyar las políticas sanitarias y de los sistemas de salud, tal como se explica en la estrategia de la OMS sobre investigaciones en pro de la salud, respaldada por la resolución WHA63.21;

Observando que enfermeras y parteras constituyen la mayoría de la fuerza de trabajo en los sistemas de salud de muchos países, y reconociendo que la prestación de servicios sanitarios con conocimientos y aptitudes maximiza el bienestar físico, psíquico, emocional y social de las personas, las familias y las sociedades;

Reconociendo la fragmentación de los sistemas de salud, la escasez de recursos humanos para la salud y la necesidad de mejorar la colaboración entre la formación y el ejercicio profesional y los servicios de atención primaria de salud;

Habiendo examinado los informes sobre los progresos logrados en la aplicación de la resolución WHA59.27 sobre fortalecimiento de la enfermería y la partería;<sup>3</sup>

Teniendo en cuenta anteriores resoluciones orientadas a fortalecer la enfermería y la partería (WHA42.27, WHA45.5, WHA47.9, WHA48.8, WHA49.1, WHA54.12 y WHA59.27), así como las nuevas orientaciones estratégicas concernientes a los servicios de enfermería y partería adoptadas para el periodo 2011-2015;<sup>4</sup>

Reconociendo la necesidad de mejorar la formación de enfermeras y parteras,

1. INSTA a los Estados Miembros a que, para traducir en actuaciones su compromiso con el fortalecimiento de la enfermería y la partería:

1) tracen objetivos y preparen planes de acción para el desarrollo de la enfermería y partería como parte integral de los planes nacionales o subnacionales, que sean examinados regularmente con miras a conseguir que respondan a las necesidades de salud de la población y a las prioridades del sistema sanitario, según proceda;

---

<sup>1</sup> *Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: global policy recommendations*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2010.

<sup>2</sup> Adoptado mediante la resolución WHA63.16.

<sup>3</sup> Véanse los documentos A61/17 y A63/27.

<sup>4</sup> Documento WHO/HRH/HPN/10.1.

- 2) establezcan equipos de salud interdisciplinarios sólidos para satisfacer las prioridades sanitarias y del sistema de salud en los que se reconozca la clara aportación de los conocimientos teóricos y prácticos del personal de enfermería y partería;
- 3) participen en las actividades en curso de las iniciativas de la OMS sobre la ampliación transformadora de la educación y formación del personal de enfermería y partería con miras a aumentar esa fuerza de trabajo y conseguir la combinación de aptitudes que la hagan sensible a las necesidades sanitarias del país y apropiada para el contexto del sistema de salud;
- 4) colaboren en sus regiones y con las profesiones de enfermería y partería para fortalecer la legislación nacional o subnacional y los procesos de reglamentación que rigen estas profesiones, en especial la adquisición de competencias para la preparación formativa y técnica de las enfermeras y parteras, y sistemas que sustenten esas competencias; y presten atención al desarrollo del proceso de formación sin solución de continuidad requerido para que los investigadores de enfermería y partería, los educadores y los administradores alcancen el nivel adecuado de conocimientos técnicos;
- 5) refuercen el conjunto de datos sobre enfermeras y parteras como parte esencial de los sistemas nacionales de información sobre los trabajadores sanitarios y maximicen el uso de esa información para la adopción de decisiones de política basadas en la evidencia;
- 6) aprovechen los conocimientos teóricos y prácticos de los investigadores en los ámbitos de la enfermería y la partería para aportar datos científicos que ayuden a lograr la innovación y la eficacia de los sistemas de salud;
- 7) utilicen activamente la experiencia de las enfermeras y parteras en la planificación, el desarrollo, la aplicación y la evaluación de las políticas y los programas sanitarios y de los sistemas de salud;
- 8) apliquen estrategias para mejorar la formación interprofesional y el ejercicio profesional en colaboración con los servicios de enfermería de la comunidad en el marco de la asistencia centrada en las personas;
- 9) incluyan a enfermeras y parteras en la elaboración y planificación de los programas de recursos humanos que fomenten los incentivos para la captación y la conservación, así como las estrategias para mejorar cuestiones laborales tales como la remuneración, las condiciones de empleo, las perspectivas de carrera y de promoción, y la creación de entornos de trabajo positivos;
- 10) promuevan el establecimiento de mecanismos nacionales y subnacionales para desarrollar y prestar apoyo a las intervenciones eficaces propuestas en las recomendaciones de política mundiales sobre el aumento del acceso a los trabajadores sanitarios en zonas remotas y rurales mediante una mayor permanencia;<sup>1</sup>
- 11) apliquen el Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud, teniendo en cuenta los efectos que tiene en los países la pérdida de personal de enfermería capacitado, a escala nacional y local, según proceda;

---

<sup>1</sup> *Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: global policy recommendations.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2010.

2. PIDE a la Directora General:

- 1) que refuerce la capacidad de la OMS para elaborar y poner en práctica políticas y programas eficaces de enfermería y partería mediante el mantenimiento de las inversiones y el nombramiento de enfermeras y parteras profesionales para puestos de especialistas en la Secretaría de la OMS tanto en la sede como a nivel regional;
- 2) que utilice activamente los conocimientos y la experiencia del Grupo Consultivo Mundial sobre Enfermería y Partería en las políticas y programas esenciales pertinentes a los sistemas de salud, los determinantes sociales de la salud, los recursos humanos para la salud y los Objetivos de Desarrollo del Milenio;
- 3) que preste apoyo técnico y datos probatorios para la formulación y ejecución de políticas, estrategias y programas sobre formación interprofesional y ejercicio profesional en colaboración, así como servicios de enfermería sanitaria en las comunidades;
- 4) que preste apoyo a los Estados Miembros para que estos optimicen las contribuciones de la enfermería y la partería para aplicar las políticas nacionales de salud y cumplir los objetivos de desarrollo relacionados con la salud y acordados internacionalmente, en especial los incluidos en la Declaración del Milenio, de las Naciones Unidas;
- 5) que aliente la participación de enfermeras y parteras en la planificación integrada de recursos humanos para la salud, en particular con respecto a las estrategias para mantener un número suficiente de enfermeras y parteras competentes;
- 6) que informe sobre los progresos realizados en la aplicación de la presente resolución a la Asamblea Mundial de la Salud, por conducto del Consejo Ejecutivo, de forma integrada con los informes que se presenten en relación con la resolución WHA63.13, sobre el Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud.

(Décima sesión plenaria, 24 de mayo de 2011 -  
Comisión A, cuarto informe)

**WHA64.8 Fortalecimiento del diálogo normativo nacional con el fin de elaborar políticas, estrategias y planes de salud más sólidos<sup>1</sup>**

La 64.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe titulado «Fortalecimiento de los sistemas de salud: mejora del apoyo al diálogo sobre políticas, estrategias y planes nacionales de salud»;<sup>2</sup>

Habiendo considerado asimismo la importancia de las orientaciones de política propuestas en los informes sobre la salud en el mundo de 2008 y 2010,<sup>3</sup> la resolución WHA62.12, «Atención prima-

---

<sup>1</sup> En el anexo 6 se exponen las repercusiones financieras y administrativas de esta resolución para la Secretaría.

<sup>2</sup> Documento A64/12.

<sup>3</sup> *Informe sobre la salud en el mundo 2008. La atención primaria de salud, más necesaria que nunca*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008, *Informe sobre la salud en el mundo 2010. Financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2010.

ria de salud, incluido el fortalecimiento de los sistemas de salud»; la resolución EUR/RC60/R5, sobre la forma de abordar los retos clave de la salud pública y las políticas sanitarias en Europa y los avances para mejorar la salud en la Región de Europa de la OMS; la resolución WPR/RC61.R2, sobre la Estrategia Regional del Pacífico Occidental en pro de unos sistemas de salud basados en los valores de la atención primaria; la resolución AFR/RC60/R1, sobre una estrategia para abordar los principales determinantes de la salud en la Región de África; el documento AFR/RC60/7, sobre el fortalecimiento de los sistemas de salud y la forma de mejorar la prestación de servicios de salud de distrito, y la adhesión y participación de la comunidad; y el documento SEA/RC63/9, sobre el desarrollo de planes y estrategias nacionales de salud;

Reconociendo que unas políticas, estrategias y planes nacionales de salud sólidos y realistas son esenciales para fortalecer los sistemas de salud basados en la atención primaria;

Subrayando la importancia de contar con políticas, estrategias y planes coherentes y equilibrados, regidos por los ministerios de salud, con miras a alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio;

Reconociendo que numerosos Estados Miembros han tratado de conseguir que sus políticas, estrategias y planes nacionales de salud respondan más adecuadamente a las expectativas crecientes de una salud y unos servicios mejores;

Observando que un diálogo sobre políticas integrador, con una gama amplia de interesados, tanto del gobierno como de otra índole, que incluya organizaciones de la sociedad civil, el sector privado y los profesionales y académicos de la esfera de la salud, en el marco del sector sanitario y de otros sectores, es esencial para aumentar las posibilidades de que las políticas, estrategias y planes nacionales estén diseñados y se apliquen adecuadamente, y arrojen los resultados previstos,

1. INSTA a los Estados Miembros:<sup>1</sup>

- 1) a que asuman el liderazgo y se apropien eficazmente del proceso de establecimiento de políticas y estrategias nacionales o subnacionales de salud sólidas, basando ese proceso en consultas amplias y continuas y en la participación de todas las partes interesadas;
- 2) a que basen sus políticas, estrategias y planes nacionales o subnacionales de salud en los objetivos generales de la cobertura universal, la atención primaria centrada en el paciente y la integración de la salud en todas las políticas, así como en una evaluación completa, equilibrada y basada en datos probatorios de los retos del país en las esferas de la salud y del sistema sanitario;
- 3) a que velen por que las políticas, estrategias y planes nacionales o subnacionales de salud sean ambiciosos pero también realistas respecto de los recursos disponibles y las capacidades del personal y las instituciones, y abarquen el sector de la salud en su conjunto, tanto de carácter público como privado, así como los determinantes sociales de la salud;
- 4) a que velen por que las políticas, las estrategias y los planes nacionales de salud estén integrados con los planes operacionales subnacionales y los programas para enfermedades concretas y fases del ciclo vital, y vinculados a la agenda general política y de desarrollo del país;
- 5) a que vigilen, revisen y ajusten periódicamente sus políticas, estrategias y planes nacionales o subnacionales de salud con el fin de elaborar, sobre la base de pruebas científicas, respues-

---

<sup>1</sup> Y, cuando proceda, a las organizaciones de integración económica regional.

- tas a los cambiantes retos y oportunidades, y alentar la participación de todas las partes interesadas pertinentes;
- 6) a que refuercen su capacidad institucional, según proceda, para armonizar y coordinar los programas de los donantes con las políticas, estrategias, prioridades y planes nacionales;
  - 7) a que promuevan la participación y el otorgamiento de atribuciones a todas las partes interesadas, en particular a la sociedad civil y las comunidades, al sector privado y a los profesionales y académicos del sector sanitario, para que puedan participar activa y eficientemente en el diálogo relativo a la eficacia de las políticas, estrategias y planes nacionales;
2. EXHORTA a los organismos de desarrollo y a otros asociados a que refuercen su adhesión a los principios enunciados en la Declaración de París sobre la Eficacia de la Ayuda al Desarrollo, esto es, apropiación, alineación, armonización, resultados y mutua responsabilidad, alentando los esfuerzos desplegados a través de mecanismos tales como la Alianza Sanitaria Internacional;
3. PIDE a la Directora General:
- 1) que renueve el papel de la Organización como facilitadora a nivel nacional de un diálogo integrador sobre las políticas, estrategias y planes nacionales de salud, que deje constancia de ello en todos los planes de trabajo y operaciones de la Organización, y que proporcione apoyo técnico para llevar a término el proceso de planificación, según proceda;
  - 2) que promueva los principios de la Declaración de París sobre la Eficacia de la Ayuda al Desarrollo, esto es, apropiación, alineación, armonización, resultados y mutua responsabilidad, basándose en las prioridades establecidas en las políticas, estrategias y planes nacionales de salud;
  - 3) que preste asistencia a los Estados Miembros en sus esfuerzos orientados a asegurar la adhesión, la calidad y la coordinación del apoyo técnico que reciben, y que fomente el aprendizaje y la cooperación regional e interpaíses;
  - 4) que refuerce la capacidad de la Organización a todos los niveles para prestar un apoyo mayor e integrado al diálogo nacional sobre políticas, estrategias y planes nacionales de salud;
  - 5) que, por conducto del Consejo Ejecutivo, informe a la 65.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud sobre los progresos realizados, los obstáculos encontrados y los resultados obtenidos en la mejora del apoyo prestado a los Estados Miembros para potenciar el diálogo nacional sobre políticas, estrategias y planes nacionales de salud.

(Décima sesión plenaria, 24 de mayo de 2011 -  
Comisión A, cuarto informe)

## **WHA64.9 Estructuras de financiación sostenible de la salud y cobertura universal<sup>1</sup>**

La 64.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado los informes sobre el fortalecimiento de los sistemas de salud;<sup>2</sup>

Habiendo examinado asimismo el *Informe sobre la salud en el mundo 2010*,<sup>3</sup> que recibió el firme respaldo de la Conferencia Ministerial Internacional sobre Financiación de los Sistemas de Salud - Clave para la Cobertura Universal (Berlín, noviembre de 2010);

Recordando la resolución WHA58.33 sobre financiación sostenible de la salud, cobertura universal y seguro social de enfermedad;

Recordando asimismo el párrafo 1 del artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, en el que se afirma que toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios, y tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad;

Reconociendo que unos sistemas de salud eficaces que presten servicios integrales de salud, incluidos servicios preventivos, son de importancia capital para la salud, el desarrollo económico y el bienestar, y que esos sistemas deben basarse en una financiación equitativa y sostenible, como se indica en la «Carta de Tallin: sistemas sanitarios para la salud y la riqueza» (2008);

Subrayando la valiosa contribución que realizan las estructuras de financiación justas y sostenibles a la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud, esto es, el Objetivo 4 (Reducir la mortalidad infantil); el Objetivo 5 (Mejorar la salud materna); y el Objetivo 6 (Combatir el VIH/sida, el paludismo y otras enfermedades), así como del Objetivo 1 (Erradicar la pobreza extrema y el hambre);

Habiendo examinado el *Informe sobre la salud en el mundo 2008*<sup>4</sup> y la resolución WHA62.12, en los que se destacaba la cobertura universal como uno de los cuatro pilares clave de la atención y los servicios primarios de salud, a través de la atención centrada en el paciente, un liderazgo integrador y la incorporación de la salud en todas las políticas;

Observando que en numerosos países los sistemas de financiación de la salud deben alcanzar un mayor grado de desarrollo y disponer de más apoyo para ampliar el acceso de todos a la atención sanitaria y los servicios necesarios y, al mismo tiempo, prevenir catástrofes económicas y brindar protección contra esos riesgos;

---

<sup>1</sup> En el anexo 6 se exponen las repercusiones financieras y administrativas de esta resolución para la Secretaría.

<sup>2</sup> Documentos A64/12 y A64/13.

<sup>3</sup> *Informe sobre la salud en el mundo 2010. Financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2010.

<sup>4</sup> *Informe sobre la salud en el mundo 2008. La atención primaria de salud, más necesaria que nunca*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008.

Aceptando que, con independencia de la fuente de financiación que se elija para costear el sistema de salud, el pago anticipado equitativo y la mancomunación de riesgos a escala de población, así como la necesidad de evitar que en el punto de prestación de servicios se hagan pagos directos que supongan una catástrofe económica y un empobrecimiento, son principios básicos para alcanzar la cobertura sanitaria universal;

Considerando que al elegir un sistema de financiación de la salud es preciso tener en cuenta la situación de cada país, y que es importante regular y mantener las funciones básicas de la mancomunación de riesgos, las compras y la prestación de servicios básicos;

Consciente de que varios Estados Miembros están llevando adelante reformas de la financiación de la salud que pueden comprender una combinación de enfoques públicos y privados, y una combinación financiera de contribuciones y aportaciones financiadas con impuestos;

Reconociendo la importancia que tiene la función de los órganos legislativos y ejecutivos de los Estados, con el apoyo de la sociedad civil, para profundizar en la reforma de los sistemas de financiación de la salud con miras a lograr la cobertura universal,

1. INSTA a los Estados Miembros:<sup>1</sup>

- 1) a que velen por que los sistemas de financiación de la salud evolucionen de forma que se eviten los pagos directos significativos en el punto de prestación de servicios y se prevea un método de pago anticipado de las contribuciones financieras para la atención y los servicios de salud, así como un mecanismo de mancomunación de riesgos entre la población con el fin de evitar que las personas incurran en gastos sanitarios catastróficos y caigan en la pobreza por haber requerido la atención de salud que necesitaban;
- 2) a que procuren alcanzar la cobertura y el acceso universales y asequibles para todos los ciudadanos sobre una base de equidad y solidaridad, con el fin de proporcionar una gama adecuada de atención y servicios de salud, cuyos costos estén cubiertos en grado suficiente, y servicios preventivos integrales y asequibles, mediante el fortalecimiento de una presupuestación equitativa y sostenible de los recursos financieros;
- 3) a que, según proceda, sigan invirtiendo y fortaleciendo los sistemas de prestación de servicios de salud, y en particular la atención y los servicios primarios de salud, y los suficientes recursos humanos para la salud y los sistemas de información sanitaria, con miras a garantizar que todos los ciudadanos tengan un acceso equitativo a la atención y los servicios de salud;
- 4) a que velen por que los fondos externos destinados a intervenciones de salud concretas no desvíen la atención atribuida a las prioridades sanitarias del país, apliquen cada vez más los principios de la eficacia de la ayuda y contribuyan de forma previsible a la sostenibilidad de la financiación;
- 5) a que programen la transición de sus sistemas de salud a la cobertura universal, sin dejar de salvaguardar la calidad de los servicios y de satisfacer las necesidades de la población, con el fin de reducir la pobreza y alcanzar los objetivos de desarrollo acordados a nivel internacional, en particular los Objetivos de Desarrollo del Milenio;

---

<sup>1</sup> Y, cuando proceda, a las organizaciones de integración económica regional.

- 6) a que reconozcan que, al gestionar la transición de los sistemas de salud a la cobertura universal, será preciso formular las distintas opciones teniendo en cuenta la situación epidemiológica, macroeconómica, sociocultural y política de cada país;
- 7) a que, cuando proceda, aprovechen las oportunidades de colaboración existentes entre proveedores públicos y privados y organismos de financiación de la salud, bajo una firme rectoría general que abarque al gobierno;
- 8) a que promuevan la eficiencia, la transparencia y la rendición de cuentas de los sistemas de gobernanza de la financiación de la salud;
- 9) a que velen por que en la asignación general de recursos se encuentre un equilibrio apropiado entre promoción de la salud, prevención de enfermedades, rehabilitación y prestación de atención de salud;
- 10) a que compartan las experiencias y las lecciones importantes a nivel internacional a fin de alentar las iniciativas nacionales, respaldar las instancias decisorias e impulsar procesos de reforma;
- 11) a que establezcan y fortalezcan la capacidad institucional que permita generar datos probatorios a nivel nacional y decisiones de política eficaces y basadas en datos probatorios con respecto al diseño de los sistemas de cobertura sanitaria universal, incluido el seguimiento de los flujos de gastos en salud mediante la aplicación de marcos de contabilidad normalizados;

## 2. PIDE a la Directora General:

- 1) que transmita al Secretario General de las Naciones Unidas la importancia de la cobertura sanitaria universal, para que la Asamblea General de las Naciones Unidas la examine en un próximo periodo de sesiones;
- 2) que presente un informe sobre las medidas adoptadas y los progresos hechos en la aplicación de la resolución WHA58.33, especialmente en lo relativo a la financiación equitativa y sostenible y la protección social de la salud en los Estados Miembros;
- 3) que colabore estrechamente con otras organizaciones de las Naciones Unidas, asociados internacionales para el desarrollo, fundaciones, mundo universitario y organizaciones de la sociedad civil para fomentar medidas destinadas a lograr el acceso universal;
- 4) que prepare un plan de acción para que la Secretaría preste apoyo a los Estados Miembros en el logro de la cobertura universal conforme a lo previsto en la resolución WHA62.12 y en el Informe *sobre la salud en el mundo 2010*;<sup>1</sup>
- 5) que prepare una estimación del número de personas cubiertas por un sistema básico de seguro de enfermedad que proporcione acceso a la atención y los servicios de salud básicos, la cual esté desglosada por países y regiones;

---

<sup>1</sup> Informe *sobre la salud en el mundo 2010. Financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2010.

- 6) que, a petición de los Estados Miembros, proporcione apoyo técnico para fortalecer la capacidad y la experiencia en la mejora de los sistemas de financiación de la salud, en particular planes equitativos de pago anticipado, con miras a alcanzar la cobertura universal mediante la prestación de una atención y unos servicios de salud integrales para todos, incluido el fortalecimiento de la capacidad de seguimiento de los flujos de gastos en salud mediante la aplicación de marcos de contabilidad normalizados;
- 7) que promueva, en el marco de los foros ya existentes, el intercambio constante de experiencias y lecciones sobre protección sanitaria social y cobertura universal;
- 8) que informe a la 65.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud, y a partir de entonces cada tres años, por conducto del Consejo Ejecutivo, sobre la aplicación de la presente resolución, en particular en lo relativo a los asuntos destacados que planteen los Estados Miembros durante la 64.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud.

(Décima sesión plenaria, 24 de mayo de 2011 -  
Comisión A, cuarto informe)

#### **WHA64.10 Fortalecimiento de la capacidad nacional de manejo de las emergencias sanitarias y los desastres y resiliencia de los sistemas de salud<sup>1</sup>**

La 64.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado los informes sobre el fortalecimiento de los sistemas de salud;<sup>2</sup>

Recordando las resoluciones WHA58.1, sobre acción sanitaria en relación con las crisis y los desastres, y WHA59.22, sobre preparación y respuesta frente a las emergencias, la resolución WHA61.19, sobre cambio climático y salud, así como otras resoluciones y planes de acción de la Asamblea Mundial de la Salud y los comités regionales, entre otras cosas, sobre seguridad sanitaria y el Reglamento Sanitario Internacional (2005), así como sobre preparación ante pandemias, seguridad de los hospitales y otras cuestiones relacionadas con las emergencias y los desastres a escala local, subnacional y nacional;

Recordando asimismo la resolución 60/195 de la Asamblea General de las Naciones Unidas, en la que se respalda la Declaración de Hyogo y el Marco de Acción de Hyogo para 2005-2015: Aumento de la resiliencia de las naciones y las comunidades ante los desastres, así como las resoluciones 61/198, 62/192, 63/216, 64/200 y 64/251, en las que, entre otras cosas, se exhorta a los Estados Miembros a intensificar los esfuerzos que despliegan para aplicar el Marco de Acción de Hyogo y a fortalecer a todos los niveles las actividades de reducción del riesgo y de preparación para los desastres, y se alienta a la comunidad internacional y a las entidades competentes de las Naciones Unidas a prestar apoyo a las actividades nacionales encaminadas a fortalecer la capacidad de preparación y respuesta a los desastres;

Reafirmando que los países deberán asegurar la protección de la salud, la seguridad y el bienestar de su población, y velar por la resiliencia y la autosuficiencia del sistema de salud, cuya importan-

---

<sup>1</sup> En el anexo 6 se exponen las repercusiones financieras y administrativas de esta resolución para la Secretaría.

<sup>2</sup> Documentos A64/12 y A64/13.

cia es crítica para reducir al mínimo las amenazas y vulnerabilidades sanitarias y lograr una respuesta y recuperación eficaces en las emergencias y los desastres;

Lamentando las trágicas y enormes pérdidas de vidas, así como las lesiones y discapacidades causadas por las emergencias, los desastres y las crisis de todo tipo;

Consciente de que las emergencias y los desastres también dañan y destruyen hospitales y otras infraestructuras sanitarias, debilitan la capacidad de los sistemas de salud para prestar servicios de salud y suponen un revés para el desarrollo sanitario y la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio;

Expresando su gran preocupación por que la persistente pobreza, el aumento de la urbanización y el cambio climático previsiblemente aumentarán los riesgos sanitarios y el impacto de las emergencias y los desastres en muchos países y comunidades;

Reconociendo que la mayoría de las actuaciones para manejar los riesgos para la salud derivados de peligros naturales, biológicos, tecnológicos y sociales, en particular la respuesta de emergencia inmediata, las realizan actores locales y del país en todas las disciplinas sanitarias, incluidas las relativas a la atención de víctimas en gran escala, salud mental, enfermedades transmisibles, salud del medio ambiente, salud de la madre y el recién nacido, salud reproductiva, y nutrición, y otras cuestiones sanitarias transversales;

Reconociendo la contribución de otros sectores y disciplinas a la salud y el bienestar de la población expuesta a las emergencias y los desastres, en particular el gobierno local, los planificadores, arquitectos, ingenieros, servicios de emergencia y protección civil, y el mundo académico;

Preocupada por que las capacidades de los países y las comunidades para manejar las emergencias y los desastres importantes a menudo se ven desbordadas, y por que la coordinación, las comunicaciones y la logística a menudo resultan ser los aspectos más frágiles del manejo de las emergencias sanitarias;

Reconociendo que algunos países, incluso considerados países de ingresos bajos o países en desarrollo emergentes, han disminuido la mortalidad y la morbilidad en situaciones de desastre realizando inversiones en actuaciones de reducción del riesgo en emergencias y desastres, con el apoyo de asociados locales, regionales y mundiales;

Reconociendo asimismo que la OMS desempeña una importante función en su condición de miembro del sistema de la Estrategia Internacional de las Naciones Unidas para la Reducción de los Desastres y de dirigente del Grupo de Acción Sanitaria en el marco de la reforma humanitaria, y trabaja estrechamente con otros miembros de la comunidad internacional tales como la Secretaría de las Naciones Unidas de la Estrategia Internacional para la Reducción de los Desastres, el PNUD, el UNICEF, la Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios de las Naciones Unidas, el Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, y organizaciones no gubernamentales en el apoyo que se presta al desarrollo de la capacidad de los países y el desarrollo de capacidades institucionales para el manejo de las emergencias multisectoriales y del riesgo de desastres, que incluye la reducción del riesgo de desastres;

Basándose en la Estrategia Internacional para la Reducción de los Desastres, la Campaña Mundial de Reducción de Desastres 2008-2009 sobre Hospitales Seguros Frente a los Desastres, la Campaña sobre Ciudades Resilientes a los Desastres, 2010-2011, el Día Mundial de la Salud 2008 sobre cambio climático y salud, el Día Mundial de la Salud 2009 sobre los hospitales seguros en las situaciones de emergencia y el Día Mundial de la Salud 2010 sobre la importancia de la salud urbana,

que se ha traducido en actuaciones locales, subnacionales, nacionales y mundiales sobre reducción de los riesgos para la salud en las emergencias y los desastres;

Reconociendo además que la mejora de los resultados sanitarios en las emergencias y los desastres exige actuaciones adicionales urgentes a escala nacional, regional y mundial para asegurarse de que la reducción local, subnacional y nacional de los riesgos para la salud y la respuesta global en las emergencias y los desastres sean oportunas y eficaces y los servicios de salud sigan siendo operativos cuando más se necesitan, y teniendo presente a ese respecto que las emergencias y los desastres afectan de modo distinto a los hombres y las mujeres,

1. INSTA a los Estados Miembros:<sup>1</sup>

1) a que refuercen los programas de manejo de las emergencias sanitarias y del riesgo de desastres que abarquen todos los peligros (incluida la reducción del riesgo de desastres, la preparación para las emergencias y la respuesta),<sup>2</sup> en el marco de los sistemas de salud nacionales y subnacionales, al amparo y con la aplicación eficaz de disposiciones legislativas, reglamentarias u otras medidas, para mejorar los resultados sanitarios, reducir la mortalidad y la morbilidad, proteger las infraestructuras sanitarias y reforzar la resiliencia de los sistemas de salud y la sociedad en general e incorporar una perspectiva de género en todas las fases de esos programas;

2) a que integren los programas de manejo de las emergencias sanitarias y del riesgo de desastres que abarquen todos los peligros (incluida la reducción del riesgo de desastres) en los planes nacionales de salud e institucionalicen las capacidades de actuación sanitaria y multisectorial coordinada para evaluar los riesgos, reducir los riesgos proactivamente, prepararse para las emergencias, los desastres y otras crisis y responder a ellas y recuperarse de ellas;

3) a que facilite el acceso del gobierno en cuestión y de otros organismos pertinentes, a información sobre los tipos y cantidades de materiales peligrosos almacenados, utilizados o transportados, a fin de contribuir al manejo de las emergencias sanitarias y del riesgo de desastres;

4) a que elaboren programas de seguridad y preparación de los hospitales que velen por que los nuevos hospitales y establecimientos de salud se ubiquen y construyan de modo seguro para que resistan a los peligros locales, se evalúe la seguridad de los establecimientos existentes y se tomen medidas de corrección, y se prepare a todos los establecimientos de salud para responder a las emergencias internas y externas;

5) a que establezcan, promuevan y fomenten la colaboración regional y subregional, así como la cooperación interregional con la OMS, en particular el intercambio de experiencias y conocimientos técnicos en materia de desarrollo de capacidad, en reducción del riesgo, respuesta y recuperación;

6) a que refuercen la función del personal de salud local en el sistema de manejo de las emergencias sanitarias para proporcionar liderazgo local y servicios de salud mediante la mejora de la planificación, la capacitación de todo el personal sanitario y el acceso a otros recursos;

---

<sup>1</sup> Y, cuando proceda, a las organizaciones de integración económica regional.

<sup>2</sup> El manejo de las emergencias sanitarias y del riesgo de desastres abarca todas las medidas destinadas a evaluar los riesgos y reducir los riesgos proactivamente, y la preparación, respuesta y recuperación en caso de emergencias, desastres u otras crisis.

2. EXHORTA a los Estados Miembros, los donantes y los asociados en la cooperación para el desarrollo a que asignen recursos suficientes a los programas de manejo de las emergencias sanitarias y del riesgo de desastres y a los asociados por conducto de la cooperación internacional para el desarrollo y llamamientos humanitarios y prestando apoyo a la función de la OMS en cuestiones relativas al manejo de las emergencias sanitarias y del riesgo de desastres;

3. PIDE a la Directora General:

1) que vele por que la OMS, en todos los niveles, disponga de más capacidad y recursos y optimice sus conocimientos técnicos en el conjunto de las disciplinas de la Organización, con el fin de proporcionar la orientación y el apoyo técnico necesarios a los Estados Miembros y los asociados para elaborar programas de manejo de las emergencias sanitarias y del riesgo de desastres a escala nacional, subnacional y local;

2) que refuerce la colaboración con las entidades pertinentes, incluidas las públicas, las privadas y las no gubernamentales y el mundo académico, y vele por que las actuaciones sean congruentes y complementarias con las de esas entidades, para prestar apoyo al manejo de las emergencias sanitarias y el riesgo de desastres, con inclusión de la reducción del riesgo de desastres así como de los esfuerzos que están desplegando los Estados Miembros para aplicar el Reglamento Sanitario Internacional (2005);

3) que refuerce la base de datos probatorios relativos al manejo de las emergencias sanitarias y del riesgo de desastres, incluidas las investigaciones operacionales y las evaluaciones económicas;

4) que preste apoyo a las evaluaciones nacionales y subnacionales de los riesgos y las capacidades de manejo de las emergencias sanitarias y del riesgo de desastres, como base para catalizar las actuaciones y fortalecer las capacidades nacionales y subnacionales de manejo de las emergencias sanitarias y del riesgo de desastres, incluida la reducción del riesgo de desastres;

5) que informe a la 66.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud, por conducto del Consejo Ejecutivo en su 132.<sup>a</sup> reunión, sobre los progresos realizados en la aplicación de la presente resolución;

6) que considere, según proceda, prestar apoyo a las redes regionales y subregionales, así como a la cooperación interregional con la OMS, a fin de reforzar su colaboración en la esfera de manejo de las emergencias sanitarias y del riesgo de desastres.

(Décima sesión plenaria, 24 de mayo de 2011 -  
Comisión A, cuarto informe)

**WHA64.11 Preparativos para la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles, en relación con la Conferencia de Moscú<sup>1, 2</sup>**

La 64.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe sobre la función de la OMS en la preparación, ejecución y seguimiento de la Reunión plenaria de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles;<sup>3</sup>

Profundamente preocupada por el aumento continuo de la carga mundial de enfermedades no transmisibles y la amenaza que suponen, en particular en los países en desarrollo, y convencida de que es necesario adoptar medidas a nivel mundial y responder urgentemente al problema, en particular abordando con eficacia los principales factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles;

Reafirmando su compromiso con la meta de la estrategia mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles de reducir la mortalidad prematura y mejorar la calidad de vida;<sup>4</sup>

Recordando además la resolución 64/265 de la Asamblea General de las Naciones Unidas, en la que esta decidió convocar una reunión de alto nivel de la Asamblea General para septiembre de 2011, con la participación de Jefes de Estado y de Gobierno, sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, así como la resolución 65/238, relativa al alcance, las modalidades, el formato y la organización de la reunión de alto nivel;

Reconociendo el papel rector de la Organización Mundial de la Salud como principal organismo especializado en la salud, y reafirmando la función de liderazgo de la OMS en la promoción de la acción mundial contra las enfermedades no transmisibles;

Tomando nota con reconocimiento del primer *Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles* de la OMS, publicado el 27 de abril de 2011, que puede ser de utilidad en el proceso de preparación de la reunión de alto nivel;

Tomando nota asimismo de los resultados de las consultas regionales llevadas a cabo por la OMS en colaboración con los Estados Miembros, con el apoyo de organismos y entidades pertinentes de las Naciones Unidas, que servirán como fuente de aportaciones para los preparativos de la reunión de alto nivel así como para la propia reunión;

Acogiendo con beneplácito los resultados de la Primera Conferencia Ministerial Mundial sobre Modos de Vida Sanos y Control de las Enfermedades No Transmisibles, organizada por la Federación de Rusia y la OMS los días 28 y 29 de abril de 2011 en Moscú,

---

<sup>1</sup> Primera Conferencia Ministerial Mundial sobre Modos de Vida Sanos y Control de las Enfermedades No Transmisibles (Moscú, Federación de Rusia, 28 y 29 de abril de 2011).

<sup>2</sup> En el anexo 6 se exponen las repercusiones financieras y administrativas de esta resolución para la Secretaría.

<sup>3</sup> Documento A64/21.

<sup>4</sup> Véase la resolución WHA53.17.

1. HACE SUYA la Declaración de Moscú,<sup>1</sup> entre otras cosas como aportación clave para los preparativos de la reunión de alto nivel;
2. INSTA a los Estados Miembros:<sup>2</sup>
  - 1) a que sigan prestando apoyo a los preparativos de la reunión de alto nivel en los planos nacional, regional e internacional, incluidos, siempre que sea factible y pertinente, a un análisis de la situación de las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo, así como a una evaluación de la capacidad nacional y la respuesta del sistema de salud contra esas enfermedades;
  - 2) a que estén representados al nivel de Jefes de Estado y de Gobierno en la reunión de alto nivel, y a que hagan un llamamiento a la acción mediante un documento final conciso y orientado a la acción;
  - 3) a que, según corresponda y cuando proceda, consideren la posibilidad de incluir en las delegaciones nacionales que envíen a la reunión de alto nivel a parlamentarios y representantes de la sociedad civil, en particular de organizaciones no gubernamentales, instituciones académicas y redes que se ocupen del control y la prevención de las enfermedades no transmisibles;
3. PIDE a la Directora General:
  - 1) que siga ejerciendo la función de liderazgo de la OMS como el principal organismo especializado en materia de salud, de manera coordinada con las Naciones Unidas, sus organismos especializados, fondos y programas, y otras organizaciones intergubernamentales pertinentes e instituciones financieras internacionales, en apoyo de los Estados Miembros, incluido lo siguiente:
    - i) la adopción de medidas concertadas y de una respuesta coordinada para abordar pronta y adecuadamente los retos que plantean las enfermedades no transmisibles, incluido un mayor aprovechamiento de los análisis de situación disponibles sobre las enfermedades no transmisibles y los factores de riesgo asociados; y
    - ii) la puesta de relieve del impacto social y económico de las enfermedades no transmisibles, incluidas las dificultades financieras, en particular en los países en desarrollo;
  - 2) que tenga en cuenta los resultados de la Conferencia de Moscú en la preparación de la reunión de alto nivel;
  - 3) que se asegure de que la Secretaría disponga de recursos financieros y humanos suficientes para prepararse para la reunión de alto nivel y responder rápidamente a sus recomendaciones;
  - 4) que informe a la 65.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud, por conducto del Consejo Ejecutivo, sobre los resultados de la Primera Conferencia Ministerial Mundial sobre Modos de Vida Sanos y Control de las Enfermedades No Transmisibles, así como de la reunión de alto nivel, y que

---

<sup>1</sup> Véase el anexo 3.

<sup>2</sup> Y, cuando proceda, a las organizaciones de integración económica regional.

elabore, junto con los organismos y entidades pertinentes de las Naciones Unidas, un plan de ejecución y seguimiento en relación con los resultados, incluidas sus repercusiones financieras, para presentarlo, por conducto del Consejo Ejecutivo, a la 66.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud.

(Décima sesión plenaria, 24 de mayo de 2011 -  
Comisión A, quinto informe)

**WHA64.12      Función de la OMS en el seguimiento de la reunión plenaria de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio (Nueva York, septiembre de 2010)<sup>1</sup>**

La 64.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado los informes sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud;<sup>2</sup>

Recordando las resoluciones WHA63.15 y WHA61.18, sobre el monitoreo del logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud, y WHA63.24, titulada «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»;

Expresando honda preocupación por la lentitud de los avances hechos en el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio 4 y 5 relativos a la reducción de la mortalidad infantil y a la mejora de la salud materna;

Reconociendo que aún queda mucho por hacer para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio, dado que los progresos no han sido uniformes en las distintas regiones y países ni en el interior de cada país; y ello a pesar de que los países en desarrollo han realizado esfuerzos considerables;

Reconociendo que una atención prenatal adecuada reduce los riesgos de mortalidad materna, prematuridad y otras complicaciones del embarazo y el parto que pueden ocasionar malos resultados de salud para las madres y los neonatos;

Reconociendo asimismo la necesidad de trabajar en pro de una mayor transparencia y rendición de cuentas en la cooperación internacional para el desarrollo referida a la salud, tanto en los países donantes como en los países en desarrollo, centrándose en obtener recursos suficientes y predecibles, y en mejorar la calidad y la asignación de esos recursos;

Acogiendo con agrado la Estrategia Mundial del Secretario General de las Naciones Unidas para la Salud de la Mujer y el Niño, presentada en la Reunión Plenaria de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio (Nueva York, septiembre de 2010), y reconociendo el firme compromiso político y financiero de los Estados Miembros para seguir de cerca y poner en práctica la estrategia;

---

<sup>1</sup> En el anexo 6 se exponen las repercusiones financieras y administrativas de esta resolución para la Secretaría.

<sup>2</sup> Documento A64/11 y A64/11 Add.1.

Tomando nota de la solicitud del Secretario General de las Naciones Unidas de que la OMS dirija un proceso encaminado a determinar los arreglos institucionales internacionales más eficaces para la notificación, supervisión y rendición de cuentas mundiales con respecto a la salud de las mujeres y los niños, en especial dentro del sistema de las Naciones Unidas;

Haciendo hincapié en que el seguimiento de las corrientes de recursos y los resultados es un elemento esencial para mejorar la rendición de cuentas y la capacidad de respuesta de los gobiernos y los asociados internacionales en el desarrollo en su respuesta a cuestiones sanitarias;

Acogiendo con agrado asimismo el establecimiento de la Comisión sobre la Información y la Rendición de Cuentas para la Salud de la Mujer y el Niño, integrada por representantes de alto nivel;

Destacando asimismo que en las iniciativas encaminadas a alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio también deberían abordarse los problemas relacionados con la equidad sanitaria y el derecho a la salud;

Destacando además que la Comisión debería tener en cuenta las colecciones de datos relevantes y los indicadores del desempeño ya existentes;

Acogiendo con agrado el informe final de la Comisión, así como el conjunto de recomendaciones en él formuladas para el fortalecimiento de la rendición de cuentas de los recursos y resultados relacionados con la salud de la mujer y el niño,

1. INSTA a los Estados Miembros<sup>1</sup> a que pongan en práctica las recomendaciones formuladas por la Comisión sobre la Información y la Rendición de Cuentas para la Salud de la Mujer y el Niño a fin de mejorar la rendición de cuentas acerca de los resultados y los recursos;
2. PIDE al Consejo Ejecutivo que, a partir de su 130.<sup>a</sup> reunión, en enero de 2012, examine los progresos realizados sobre la aplicación de las recomendaciones de la Comisión;
3. PIDE a la Directora General:
  - 1) que vele por la participación eficaz de todos los interesados en el seguimiento de la labor de la Comisión;
  - 2) que informe cada año hasta 2015 a la Asamblea Mundial de la Salud sobre los progresos realizados en relación con el punto del orden del día sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

(Décima sesión plenaria, 24 de mayo de 2011 -  
Comisión A, quinto informe)

---

<sup>1</sup> Y, cuando proceda, a las organizaciones de integración económica regional.

**WHA64.13 Hacia la reducción de la mortalidad perinatal y neonatal<sup>1</sup>**

La 64.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado los informes sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud;<sup>2</sup>

Recordando la resolución WHA58.31, que aboga por la cobertura universal en las intervenciones de salud materna, del recién nacido y del niño;

Recordando asimismo los Objetivos de Desarrollo del Milenio 4 y 5, con las metas conexas de reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de cinco años en dos terceras partes y la mortalidad materna en tres cuartas partes;

Reconociendo la importancia de la Estrategia Mundial de Salud de las Mujeres y los Niños, puesta en marcha en septiembre de 2010 por el Secretario General de las Naciones Unidas, y acogiendo con agrado el informe de la Comisión de información y rendición de cuentas sobre la salud maternoinfantil;

Reconociendo asimismo la Alianza Mundial para la Salud de la Madre, del Recién Nacido y del Niño, reflejo del creciente interés y atención prestados en el plano mundial a esta cuestión, que tiene por objeto coordinar e intensificar las actividades nacionales, regionales y mundiales destinadas a garantizar la continuidad asistencial en la esfera de la salud maternoinfantil, con el fin de avanzar hacia la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM);

Teniendo en cuenta la demanda de los países para la instrumentación de las estrategias regionales de la OMS;

Consciente de que los Estados Miembros de la OMS han emprendido diversas intervenciones y programas para reducir la morbilidad y mortalidad perinatal y neonatal y cumplir las metas previstas en los ODM, esforzándose por elaborar sus propios planes nacionales en el marco de la *Campaña para acelerar la reducción de la mortalidad maternoinfantil*, con miras a mejorar el acceso equitativo, la rapidez, la continuidad y la calidad de la atención de salud destinada a las mujeres en edad de procrear y los recién nacidos;

Tomando nota de la conclusión de la Asamblea Mundial de la Salud según la cual, por un lado, los progresos realizados en relación con el Objetivo de Desarrollo del Milenio 5 son insuficientes y desiguales y la razón de mortalidad materna ha aumentado en varios países y, por otro, si bien se han registrado progresos hacia la consecución del Objetivo de Desarrollo 4 en lo referente a la reducción de la mortalidad en la niñez, la disminución de la mortalidad perinatal y neonatal se encuentra estancada;

Preocupada por el hecho de que los recursos destinados a la prevención y al tratamiento de enfermedades neonatales en los países en desarrollo son limitados, lo que contribuye a que las tasas de mortalidad perinatal y neonatal sigan siendo elevadas;

---

<sup>1</sup> En el anexo 6 se exponen las repercusiones financieras y administrativas de esta resolución para la Secretaría.

<sup>2</sup> Documento A64/11 y A64/11 Add.1.

Reconociendo además las evidencias según las cuales la lactancia materna exclusiva de inicio temprano disminuye notablemente la mortalidad perinatal y neonatal y recordando a ese respecto la importancia de que se aplique la estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño y la resolución WHA63.23 y otras resoluciones conexas;

Reconociendo también que la mortalidad perinatal y neonatal representan una considerable carga social y económica que tiene graves repercusiones en los países, en especial en los países en desarrollo, y que es imperativo reducir las tasas de mortalidad, mediante la prevención de las complicaciones más frecuentes, como la prematuridad, la septicemia y las patologías respiratorias, y también a través de la ejecución de intervenciones básicas de gran impacto y bajo costo, avaladas por evidencias científicas sólidas;

Reconociendo asimismo que el acceso universal a intervenciones costoeficaces destinadas a mejorar la salud perinatal y neonatal, incluso a través de la prestación de servicios clínicos de prevención, fomento y tratamiento de extensión, atención a las familias, comunitarios y ambulatorios, disminuye notablemente una enorme proporción de defunciones perinatales y neonatales a nivel mundial;

Conciente de que el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio 4 y 5 requerirá intensos esfuerzos sanitarios e intersectoriales, acompañados de un alto grado de compromiso político,

1. INSTA a los Estados Miembros:

1) a velar por que las autoridades sanitarias de los países con elevadas tasas de mortalidad perinatal y neonatal aprovechen su función de rectoría y liderazgo para promover la participación de otras instituciones y sectores, con miras a fortalecer las capacidades necesarias para asegurar una mayor reducción de la mortalidad neonatal y perinatal asociada a causas prevenibles, en el contexto de la mejora de la continuidad asistencial en la atención de salud materno-infantil;

2) a fomentar aún más el compromiso político para una ejecución eficaz de los planes nacionales, regionales y/o mundiales existentes, acompañada de la aplicación de estrategias e intervenciones basadas en evidencias destinadas a mejorar la salud perinatal y neonatal, incluida la iniciativa «hospitales amigos del niño», y a ampliar el acceso a los servicios de salud de la madre, el recién nacido y el niño;

3) a promover la atención perinatal y neonatal como una prioridad y elaborar, según proceda, planes en pro del acceso universal a intervenciones costoeficaces, con inclusión de medidas para hacer frente a la septicemia y las infecciones nosocomiales, de información e iniciativas de comunicación que propicien cambios comportamentales, así como programas de prestación de atención especializada en el parto, atención esencial al recién nacido y lactancia materna exclusiva de inicio temprano;

4) a fortalecer el sistema de vigilancia de la mortalidad perinatal y neonatal, entre otras cosas, mediante el acopio de datos y la recopilación de estadísticas vitales, y de los oportunos mecanismos de monitoreo y notificación;

2. PIDE a la Directora General:

1) que siga promoviendo la concienciación de la comunidad internacional con respecto a la carga mundial de mortalidad perinatal y neonatal, sobre la base de prácticas óptimas ya existentes, planes específicamente destinados a mejorar el acceso a servicios de salud seguros y de alta

calidad para la prevención y el tratamiento de las afecciones perinatales y neonatales, dentro de un programa integrado de salud maternoinfantil que incluya la salud reproductiva;

2) que promueva el fortalecimiento de las capacidades institucionales y de los recursos humanos, tanto a nivel regional como de países, por ejemplo, en relación con la prestación de atención especializada en el parto y atención esencial al recién nacido, tales como la iniciativa «hospitales amigos del niño», la identificación de soluciones innovadoras y las investigaciones centradas en las principales causas de mortalidad perinatal y neonatal, como la prematuridad, la septicemia, las patologías respiratorias y las infecciones, en particular las de origen nosocomial;

3) que apoye la coordinación de acciones entre las entidades pertinentes de la OMS, los organismos de las Naciones Unidas y otros interesados directos y la creación de alianzas que fomenten la cooperación intra e interregional, con miras a mejorar la eficacia de las intervenciones en esta esfera concreta;

4) que proporcione a los Estados Miembros el apoyo y el asesoramiento técnico necesarios para la formulación y ejecución de políticas, planes y estrategias nacionales para la prevención y reducción de la mortalidad perinatal y neonatal, así como de la morbimortalidad materna conexas;

5) que informe a la 65.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud sobre los progresos realizados en relación con el punto del orden del día relativo a los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

(Décima sesión plenaria, 24 de mayo de 2011 -  
Comisión A, sexto informe)

#### **WHA64.14 Estrategia mundial del sector sanitario para el VIH/sida, 2011-2015<sup>1</sup>**

La 64.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud,

Recordando la resolución WHA63.19, en la que se pedía a la Directora General, entre otras cosas, que formulara una estrategia OMS contra el VIH/sida para 2011-2015, sobre la base de anteriores estrategias y planes de la OMS contra el VIH/sida adoptados por varias Asambleas de la Salud, por ejemplo en las resoluciones WHA53.14, WHA56.30, WHA59.12 y WHA59.19;

Habiendo examinado el proyecto de estrategia OMS contra el VIH para 2011-2015,<sup>2</sup>

1. APRUEBA el proyecto de estrategia mundial del sector sanitario para el VIH/sida, 2011-2015;<sup>3</sup>
2. AFIRMA la visión y las orientaciones estratégicas de la estrategia mundial del sector sanitario para el VIH/sida, 2011-2015, así como su finalidad, que es orientar la respuesta del sector de la salud frente al VIH/sida, incluidas las acciones recomendadas a nivel de país y mundial y las contribuciones que habrá de aportar la OMS;

---

<sup>1</sup> En el anexo 6 se exponen las repercusiones financieras y administrativas de esta resolución para la Secretaría.

<sup>2</sup> Documento A64/15.

<sup>3</sup> Véase el anexo 4.

3. ACOGE CON BENEPLÁCITO la alineación de la estrategia mundial del sector sanitario para el VIH/sida, 2011-2015 con otras estrategias centradas en cuestiones de salud pública conexas, como la Estrategia 2011-2015 del ONUSIDA;<sup>1</sup>
4. INSTA a los Estados Miembros a que:
  - 1) adopten la estrategia mundial del sector sanitario para el VIH/sida, 2011-2015;
  - 2) apliquen la estrategia de acuerdo con las cuatro orientaciones estratégicas para guiar las respuestas nacionales como se describe en la estrategia;
5. PIDE a la Directora General que:
  - 1) brinde el apoyo necesario para la aplicación de la estrategia mundial del sector sanitario para el VIH/sida, 2011-2015, por ejemplo ayudando a los países a implantarla en el plano nacional e informando sobre los progresos realizados en la respuesta del sector sanitario al VIH/sida;
  - 2) siga de cerca y evalúe los progresos realizados en la aplicación de la estrategia mundial del sector sanitario para el VIH/sida, 2011-2015 e informe sobre esos progresos, en armonía con los informes de otros organismos de las Naciones Unidas, por conducto del Consejo Ejecutivo, a la 65.<sup>a</sup>, la 67.<sup>a</sup> y la 69.<sup>a</sup> Asambleas Mundiales de la Salud.

(Décima sesión plenaria, 24 de mayo de 2011 -  
Comisión A, sexto informe)

### **WHA64.15 Mecanismo para el control y la prevención del cólera<sup>2</sup>**

La 64.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe sobre el cólera;<sup>3</sup>

Recordando la resolución WHA44.6 sobre el cólera, que dio lugar al establecimiento del Grupo Especial Mundial de Lucha contra el Cólera con el fin de ayudar a los Estados Miembros a reducir la morbilidad y la mortalidad relacionadas con la enfermedad y a atenuar sus consecuencias sociales y económicas;

Reconociendo que el cólera no recibe la atención que debería, pese a que su prevalencia en forma de epidemias tanto en zonas endémicas como en zonas no endémicas causa sufrimiento a millones de personas, en particular de los grupos de población vulnerables, con una carga de morbilidad estimada de entre 3 millones y 5 millones de casos, y con 100 000 - 130 000 defunciones anuales;<sup>4</sup>

Reiterando que la propagación del cólera es consecuencia de los desastres naturales, la falta de un suministro apropiado de agua potable, las deficientes condiciones de saneamiento, la falta de higiene, la contaminación de los alimentos, la falta de planificación de los asentamientos humanos, espe-

<sup>1</sup> *Llegar a cero: Estrategia 2011-2015 del ONUSIDA*. Ginebra, ONUSIDA, 2010.

<sup>2</sup> En el anexo 6 se exponen las repercusiones financieras y administrativas de esta resolución para la Secretaría.

<sup>3</sup> Documento A64/18.

<sup>4</sup> *Weekly epidemiological record – Relevé épidémiologique hebdomadaire*, 2010; **85**(13): 117-128.

cialmente en zonas urbanas, la falta de sistemas de salud eficaces, una insuficiente atención de salud, y de la pobreza;

Reconociendo que las intervenciones de salud pública eficaces, entre ellas un tratamiento adecuado y oportuno de los casos, una gestión ambiental mejorada, un comportamiento mejorado en relación con la higiene y el saneamiento, y el acceso y la correcta utilización de la vacuna anticolérica, son aspectos que dependen de un sistema sólido de vigilancia y asistencia sanitaria y de un enfoque programático y multisectorial coordinado que incluya el acceso a una atención de salud apropiada, agua salubre y saneamiento adecuado, la participación comunitaria, un intercambio franco y transparente de información epidemiológica y un diálogo constante sobre cuestiones normativas;

Reconociendo asimismo la importancia de la planificación de la preparación para emergencias, el fortalecimiento de la vigilancia, la respuesta temprana y el cumplimiento de los criterios pertinentes definidos en el marco del proyecto Sphere para las situaciones de emergencia;

Observando que, en las crisis sanitarias de emergencia, así como en las emergencias en que la situación pone en peligro las condiciones higiénicas, la labor de la OMS como dirigente del grupo de acción sanitaria en crisis humanitarias exige una estrecha cooperación con las responsabilidades del UNICEF como dirigente del grupo WASH (agua, saneamiento e higiene);

Afirmando que los progresos hacia la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud, y en particular el acceso a agua potable y servicios de saneamiento conforme al Objetivo 7 (Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente), podrán reducir la incidencia y la propagación del cólera, y que la mejora de las medidas de prevención y control del cólera tendrá repercusiones positivas sobre otras enfermedades diarreicas;

Reconociendo además que el control del cólera está entrando en una nueva fase gracias al desarrollo de vacunas anticoléricas orales seguras, eficaces y potencialmente asequibles, y que este planteamiento viene a complementar, pero no debe sustituir, las medidas eficaces ya existentes de prevención y control basadas en un acceso mejorado al agua potable, el saneamiento y la higiene,

1. INSTA a todos los Estados Miembros:<sup>1</sup>

1) a que consideren las cuestiones relacionadas con la salud, la higiene, el agua, el saneamiento y el medio ambiente como partes integrales e interrelacionadas de las políticas y planes de desarrollo y, consiguientemente, asignen recursos y adopten medidas, en particular de educación sobre salud e higiene e información pública, con miras a prevenir o reducir los riesgos de una epidemia de cólera, prestando la debida atención a la situación y las necesidades de los grupos de población más expuestos a esos riesgos;

2) a que fortalezcan los mecanismos de vigilancia y notificación relativos al cólera de conformidad con el Reglamento Sanitario Internacional (2005), e incorporen efectivamente la vigilancia del cólera en los sistemas generales de vigilancia mediante el desarrollo de las capacidades locales de acopio y análisis de datos y la integración de información sobre determinantes cruciales como las fuentes de agua, la cobertura de saneamiento, las condiciones ambientales y las prácticas culturales;

---

<sup>1</sup> Y, cuando proceda, a las organizaciones de integración económica regional.

- 3) a que se esfuercen por movilizar suficientes recursos técnicos y financieros para la adopción de medidas coordinadas y multisectoriales de preparación, prevención y control del cólera, así como de otras enfermedades diarreicas, en situaciones tanto endémicas como epidémicas, en el marco del fortalecimiento de los sistemas de salud y de enfoques sectoriales, y conforme a un espíritu de solidaridad internacional;
- 4) a que hagan participar a la comunidad y amplíen las medidas de sensibilización considerando el carácter intersectorial de la enfermedad;
- 5) a que se abstengan de imponer a los países afectados o en situación de riesgo cualesquiera restricciones comerciales o de viajes que no respondan a motivos de salud pública justificables, de conformidad con el artículo 43 del Reglamento Sanitario Internacional (2005);
- 6) a que planifiquen y consideren la posibilidad de, cuando proceda, administrar vacunas en conjunción con otros métodos de prevención y control recomendados, y no en sustitución de esos métodos;

## 2. PIDE a la Directora General:

- 1) que fortalezca y mejore las medidas destinadas a asegurar que la Organización siga dando respuesta rápida y eficaz a las necesidades de los países que sufran o estén expuestos al riesgo de sufrir brotes de cólera;
- 2) que revitalice el Grupo Especial Mundial de Lucha contra el Cólera y refuerce la labor de la OMS en la materia, en particular mejorando la colaboración y la coordinación entre los departamentos pertinentes de la OMS y con otras partes interesadas;
- 3) que refuerce la coordinación de la asistencia internacional durante las epidemias de cólera en lo relativo al equipo y los recursos humanos y financieros a fin de garantizar una respuesta rápida y eficaz, y dé prioridad a la colaboración estrecha con otros grupos, en particular, pero sin limitarse a él, el grupo WASH y su logística, con el fin de maximizar la eficacia de la respuesta humanitaria multilateral general;
- 4) que preste apoyo técnico a los países para que puedan mejorar su capacidad de adoptar medidas eficaces de control y prevención, lo que incluye la vigilancia, la alerta y respuesta temprana, la capacidad de laboratorio, la evaluación de riesgos, el tratamiento de casos, el acopio y el control de datos y la distribución eficaz de vacunas;
- 5) que siga fomentando la investigación, e impulsando la vigilancia, de la aparición de variantes alteradas y cepas farmacorresistentes de *Vibrio cholerae*, así como considerando las innovaciones seguras y eficaces en materia de tratamiento de rehidratación oral que puedan aportar un beneficio adicional al resultado del tratamiento;
- 6) que promueva las intervenciones emprendidas para modificar comportamientos y medidas para garantizar la salubridad del agua y los alimentos, en especial programas de formación y sensibilización, con miras a mejorar las prácticas sanitarias y de higiene como elementos capitales para la prevención y el control del cólera;
- 7) que siga prestando apoyo a la investigación sobre vacunas anticólericas seguras, eficaces y asequibles, y que promueva la transferencia de las correspondientes tecnologías de fabricación de vacunas a los países afectados o expuestos al riesgo de ser afectados por el cólera, con el fin de fortalecer la capacidad de producción local de vacunas anticólericas;

- 8) que elabore directrices de política basadas en la evidencia, actualizadas y prácticas, que abarquen la viabilidad y la evaluación del uso apropiado y costoeficaz de la vacuna anticolérica oral en los países de bajos ingresos, así como la definición de los grupos destinatarios;
- 9) que entable contactos con los organismos internacionales de financiación competentes con miras a un posible apoyo para la introducción de vacunas anticoléricas eficaces en los países de bajos ingresos;
- 10) que informe a la 65.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud, por conducto del Consejo Ejecutivo, de la situación mundial en lo concerniente al cólera y evalúe los esfuerzos realizados en relación con los métodos para la prevención y el control de esa enfermedad.

(Décima sesión plenaria, 24 de mayo de 2011 -  
Comisión A, sexto informe)

### **WHA64.16 Erradicación de la dracunculosis<sup>1</sup>**

La 64.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe sobre la dracunculosis;<sup>2</sup>

Recordando las resoluciones WHA39.21 y WHA42.29, sobre eliminación de la dracunculosis, y WHA44.5, WHA50.35 y WHA57.9, sobre erradicación de la dracunculosis;

Recordando asimismo que, en el curso de la 57.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud, los ministros de salud de los países donde la dracunculosis era endémica en 2004 firmaron la Declaración de Ginebra sobre la erradicación de la dracunculosis para 2009;

Tomando nota de las resoluciones sobre la erradicación de la dracunculosis adoptadas por el Comité Regional para África;<sup>3</sup>

Observando con satisfacción los excelentes resultados obtenidos por los países donde la dracunculosis es endémica, que han reducido el número de casos desde los 3,5 millones que según los cálculos había en 1986 hasta 3190 casos notificados en 2009 y menos de 1800 casos notificados en 2010;

Animada porque a finales de 2009 solo quedaban cuatro países con dracunculosis endémica, todos ellos en el África subsahariana, y porque se ha certificado la ausencia de transmisión de la enfermedad en 187 países y territorios;

Felicitando a todas las partes interesadas, en especial al UNICEF y al Centro Carter, por haber aumentado la disponibilidad de agua de bebida salubre, mejorado la vigilancia, la detección y contención de casos, reforzado otras intervenciones y sensibilizado en mayor medida al público acerca de la enfermedad,

---

<sup>1</sup> En el anexo 6 se exponen las repercusiones financieras y administrativas de esta resolución para la Secretaría.

<sup>2</sup> Documento A64/20.

<sup>3</sup> Resoluciones AFR/RC38/R13, AFR/RC41/R2, AFR/RC43/R9, AFR/RC44/R8 y AFR/RC45/R8.

1. APRUEBA la estrategia de intensificación de la vigilancia, contención de casos, uso de filtros de tela o tubos de filtración, lucha antivectorial, acceso a agua de bebida salubre, educación sanitaria y movilización comunitaria;
2. EXHORTA a los Estados Miembros donde la dracunculosis aún es endémica a que intensifiquen sus actividades de erradicación, en particular con una activa vigilancia en las aldeas donde la enfermedad es endémica y también con la vigilancia de las zonas exentas de dracunculosis, medidas de prevención y apoyo político a los más altos niveles;
3. EXHORTA a los Estados Miembros que ya han sido certificados como exentos de dracunculosis y a los que se encuentran en fase de precertificación a que intensifiquen la vigilancia de la enfermedad e informen periódicamente de los resultados, y a que notifiquen a la OMS cualquier caso detectado, así como su presunto país de origen, dentro de las 24 horas siguientes a su aparición;
4. INSTA a los Estados Miembros, el UNICEF, el Centro Carter y demás asociados pertinentes a que presten apoyo a los países donde la dracunculosis aún es endémica en sus esfuerzos por atajar cuanto antes su transmisión, entre otras cosas proporcionando recursos suficientes para interrumpir la transmisión y a la postre certificando la erradicación de la enfermedad;
5. PIDE a la Directora General:
  - 1) que concite apoyo para los países donde la dracunculosis aún es endémica en los esfuerzos de esos países por atajar cuanto antes la transmisión, entre otras cosas proporcionando recursos suficientes para interrumpir la transmisión y certificando la erradicación de la enfermedad;
  - 2) que preste apoyo a la vigilancia en zonas y países exentos de dracunculosis hasta que se certifique la erradicación de la enfermedad en todo el mundo;
  - 3) que siga de cerca la aplicación de la presente resolución y, por conducto del Consejo Ejecutivo, informe cada año a la Asamblea de la Salud de los progresos realizados hasta que se certifique la erradicación de la dracunculosis.

(Décima sesión plenaria, 24 de mayo de 2011 -  
Comisión A, sexto informe)

## **WHA64.17 Paludismo<sup>1</sup>**

La 64.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe sobre el paludismo;<sup>2</sup>

Recordando las resoluciones WHA58.2, relativa al control del paludismo, y WHA60.18, por la que se establecía el Día Mundial del Paludismo;

---

<sup>1</sup> En el anexo 6 se exponen las repercusiones financieras y administrativas de esta resolución para la Secretaría.

<sup>2</sup> Documento A64/19.

Reconociendo que el aumento de las inversiones tanto mundiales como nacionales en la lucha antipalúdica ha deparado resultados importantes para reducir la carga de paludismo en muchos países, y que algunos de ellos avanzan hacia la eliminación de la enfermedad;

Consciente de la fragilidad de los recientes éxitos obtenidos en materia de prevención y control, que sólo será posible mantener con un volumen de inversiones suficiente para sufragar en su totalidad las actividades de lucha mundial contra el paludismo;

Sabiendo que los métodos actuales de prevención y control del paludismo, si se aplican plenamente y de forma integrada, revisten gran eficacia, surten efecto con rapidez y contribuyen a fortalecer los sistemas de salud y a cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud;

Reconociendo que para extender completamente las actividades de control y prevención del paludismo se requerirán programas nacionales dotados con suficientes recursos e inscritos en sistemas de salud eficaces que puedan ofrecer un suministro ininterrumpido de bienes y servicios de calidad garantizada;

Consciente de que muchos países siguen soportando una carga de paludismo inaceptablemente elevada y deben intensificar rápidamente sus actividades de prevención y control con el fin de cumplir los objetivos establecidos por la Asamblea de la Salud y los objetivos acordados en el plano internacional en relación con la salud que figuran en la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas;

Sabiendo que, en los países que han logrado reducir su carga de morbilidad por paludismo, será preciso reorientar las estrategias a fin de mantener esos logros;

Reconociendo asimismo que son preferibles las combinaciones de dosis fijas basadas en la artemisinina que los medicamentos separados, ya sea embalados en un mismo blíster o despachados conjuntamente;

Teniendo presente que la prevención y el control del paludismo dependen sobremanera de fármacos e insecticidas cuya utilidad se ve continuamente amenazada por la aparición de resistencias, en los plasmidios a los antipalúdicos y en los mosquitos a los insecticidas;

Subrayando que la OMS y los asociados técnicos pertinentes deberían determinar y abordar los obstáculos que impiden que los fabricantes de tratamientos combinados basados en la artemisinina de los países con paludismo endémico consigan la precalificación;

Reconociendo además la resolución adoptada en la 18.<sup>a</sup> reunión de la Junta de la Alianza para Hacer Retroceder el Paludismo sobre la fabricación de tratamientos combinados basados en la artemisinina en los países donde el paludismo es endémico,<sup>1</sup>

1. INSTA a los Estados Miembros:

- 1) a que otorguen un lugar preeminente al paludismo en las agendas políticas y de desarrollo, promuevan enérgicamente una financiación adecuada y predecible a largo plazo de la lucha antipalúdica y mantengan los compromisos nacionales de financiación de esa lucha con el fin de acelerar la aplicación de las políticas y estrategias recomendadas por la OMS y cumplir así la Meta 6.C del sexto Objetivo de Desarrollo del Milenio y contribuir a la consecución del cuarto y

---

<sup>1</sup> Resolución RBM/BOM/2010/RES.129.

del quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio, así como a las metas fijadas por la Asamblea de la Salud en su resolución WHA58.2;

2) a que pongan en marcha exámenes completos de los programas de lucha contra el paludismo como paso indispensable para elaborar planes estratégicos y operativos encaminados a hacer realidad y mantener el carácter universal, en cuanto a acceso y cobertura, de las intervenciones antipalúdicas, deteniéndose especialmente en:

*a)* las operaciones de control del vector recomendadas para todas las personas expuestas y el mantenimiento de una cobertura efectiva, en particular mediante *i)* la sustitución y la provisión continua de mosquiteros tratados con insecticida de acción prolongada y mediante una comunicación específica sobre el modo de utilizarlos, y/o *ii)* el rociamiento sistemático de los interiores con insecticidas de acción residual, de conformidad con las recomendaciones de la OMS;

*b)* la pronta realización de pruebas de diagnóstico en todos los casos sospechosos de paludismo por *falciparum* y, tras la confirmación de la enfermedad, la administración de terapias eficaces de combinación basadas en la artemisinina, tanto en el sector público como en el privado y en todos los niveles del sistema de salud, comprendido el comunitario, y el aprovechamiento de la extensión de los servicios de diagnóstico como una oportunidad para reforzar la vigilancia del paludismo;

3) a que, para mantener los avances logrados en el control del paludismo, adopten medidas inmediatas para contrarrestar las principales amenazas, esto es:

*a)* la resistencia a los fármacos basados en la artemisinina, fortaleciendo los servicios de reglamentación en los sectores público y privado, trabajando para poner fin al uso de monoterapias orales basadas en la artemisinina y de medicamentos que no cumplan las normas de precalificación de la OMS u otras normas estrictas de las autoridades nacionales de reglamentación, instituyendo mecanismos de garantía de calidad y mejorando la gestión de la cadena de suministro de todos los bienes y servicios relacionados con el paludismo;

*b)* la resistencia a los insecticidas, aplicando prácticas óptimas, tales como la rotación de los insecticidas utilizados para fumigar interiores con efecto residual, y el uso de insecticidas aprobados para el rociamiento de acción residual de interiores pero que no pertenezcan a la clase de los piretroides ni sean otros compuestos frente a los que exista resistencia cruzada con dicha clase, cuando se disponga de alternativas técnicamente apropiadas en las zonas donde esté muy extendido el uso de mosquiteros impregnados de insecticida;

4) a que utilicen la ampliación de las intervenciones de prevención y control del paludismo como vía de acceso al fortalecimiento de los sistemas de salud, en particular los servicios de laboratorio, los servicios de salud materno-infantil en establecimientos de salud periféricos, la atención integrada a las enfermedades a nivel comunitario y una vigilancia ágil y precisa de la enfermedad;

5) a que preserven las competencias básicas del país en materia de lucha antipalúdica, manteniendo una sólida dotación de expertos en paludismo, entomólogos inclusive, en todos los niveles del sistema de atención de salud cuando sea apropiado;

- 6) a que cumplan los compromisos actuales y la reglamentación internacional sobre uso de plaguicidas, en particular el Convenio de Estocolmo sobre Contaminantes Orgánicos Persistentes (Estocolmo, 2004);
  - 7) a que aumenten la financiación de la investigación y el desarrollo sobre prevención, control y tratamiento del paludismo;
  - 8) a que promuevan la ampliación del tratamiento combinado basado en la artemisinina, cuando proceda, ya sea en forma de combinaciones fijas o mediante la administración simultánea de dos fármacos, recurriendo a un sistema que asegure un elevado cumplimiento del tratamiento, teniendo en cuenta los datos probatorios locales sobre eficacia, costoeficacia, disponibilidad y asequibilidad, capacidad de reglamentación, carga presupuestaria, viabilidad y sostenibilidad a largo plazo;
2. EXHORTA a los asociados internacionales, lo que incluye a organizaciones internacionales, órganos de financiación, centros de investigación, sociedad civil y sector privado:
- 1) a que garanticen una aportación financiera mundial adecuada y predecible, de forma que se puedan cumplir las metas mundiales para 2015 en materia de paludismo y se puedan mantener las medidas de lucha a fin de contribuir al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud;
  - 2) a que armonicen la prestación de apoyo a los países para aplicar las políticas y estrategias recomendadas por la OMS sobre la base de la endemidad local del paludismo, utilizando productos que cumplan las normas de precalificación de la OMS u otras normas estrictas de las autoridades nacionales de reglamentación, con el fin de lograr un acceso universal a las intervenciones de control del vector y demás medidas preventivas, a las pruebas de diagnóstico en los casos sospechosos de paludismo y al tratamiento racional de los pacientes en los que se confirme la enfermedad, y para instaurar sistemas ágiles de vigilancia del paludismo;
  - 3) a que respalden las iniciativas encaminadas a descubrir y desarrollar nuevos medicamentos e insecticidas que puedan sustituir a los que van perdiendo utilidad debido a la aparición de resistencias, y apoyen tanto la investigación básica sobre herramientas novedosas para combatir y eliminar el paludismo (en particular vacunas) como la investigación aplicada para superar los obstáculos que limitan la extensión y la eficacia práctica de las intervenciones existentes;
  - 4) a que colaboren con la OMS para ayudar a los países a cumplir los objetivos referentes al paludismo y avanzar hacia la eliminación de la enfermedad;
  - 5) a que se centren en las poblaciones particularmente vulnerables de los países que soportan una gran carga, las poblaciones en situación de fragilidad y los pueblos tribales amenazados por el paludismo selvático;
  - 6) a que colaboren para apoyar el desarrollo de infraestructuras y la capacitación de los fabricantes de productos farmacéuticos de los países con paludismo endémico a fin de ampliar el acceso a tratamientos combinados basados en la artemisinina con precios competitivos que cumplan las normas internacionales de calidad, siempre y cuando esa asistencia se proporcione de conformidad con unos protocolos claros y transparentes en la selección de los fabricantes que habrán de recibirla, y que se proporcione atendiendo a consideraciones de estrategia, prioridad y transparencia;

3. PIDE a la Directora General:

- 1) que respalde la elaboración y actualización de pautas, normas, políticas, directrices y estrategias de prevención, control y eliminación del paludismo basadas en datos probatorios, que marquen el camino para cumplir las metas en la materia fijadas para 2015 por la Asamblea de la Salud y los Objetivos de Desarrollo del Milenio, para responder a la rápida disminución de la carga de paludismo;
- 2) que siga de cerca los progresos mundiales en el control y la eliminación del paludismo y secunde a los Estados Miembros en sus esfuerzos por recopilar, validar y analizar los datos procedentes de los sistemas de vigilancia del paludismo;
- 3) que ayude a los países a definir sus necesidades en recursos humanos y a reforzar la capacidad de su personal para la lucha contra el paludismo y su vector en los planos nacional, de distrito y comunitario, revitalizando para ello cursos internacionales y redes subregionales de formación y promoviendo sistemas adecuados de supervisión, asesoramiento y formación continua;
- 4) que preste apoyo a los Estados Miembros para encontrar nuevas oportunidades de lucha contra el paludismo y para combatir las principales amenazas, sobre todo la resistencia del plasmodio a los fármacos antipalúdicos y la del mosquito a los insecticidas, mediante la elaboración y aplicación de un plan mundial de contención de la resistencia a la artemisinina y un plan mundial para prevenir y gestionar la resistencia a los insecticidas;
- 5) que promueva la transferencia de tecnología a los fabricantes de tratamientos combinados basados en la artemisinina de los países con paludismo endémico y refuerce su capacidad para cumplir las normas de precalificación de la OMS, siempre y cuando esa asistencia se proporcione de conformidad con unos protocolos claros y transparentes en la selección de los fabricantes que habrán de recibirla, y que se proporcione atendiendo a consideraciones de estrategia, prioridad y transparencia;
- 6) que, cuando se le solicite, preste apoyo a las autoridades nacionales de reglamentación para reforzar su capacidad en materia de monitoreo del respeto de las prácticas adecuadas de fabricación y las normas de precalificación de la OMS;
- 7) que preste apoyo a los Estados Miembros para que vigilen continuamente los progresos realizados en cuanto a la accesibilidad, asequibilidad y utilización de los tratamientos combinados basados en la artemisinina;
- 8) que, por conducto del Consejo Ejecutivo, informe a la 66.<sup>a</sup> y la 68.<sup>a</sup> Asambleas Mundiales de la Salud acerca de la aplicación de la presente resolución.

(Décima sesión plenaria, 24 de mayo de 2011 -  
Comisión A, séptimo informe)

**WHA64.18 Informe financiero interino no comprobado sobre las cuentas de la OMS en 2010**

La 64.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe financiero interino no comprobado sobre las cuentas de la OMS en 2010;<sup>1</sup>

Habiendo tomado nota del segundo informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 64.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud,<sup>2</sup>

ACEPTA el informe financiero interino no comprobado de la Directora General sobre el año 2010.

(Décima sesión plenaria, 24 de mayo de 2011 -  
Comisión B, segundo informe)

**WHA64.19 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**

La 64.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el quinto informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 64.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud sobre el estado de la recaudación de las contribuciones señaladas, incluidos los Estados Miembros con atrasos de contribuciones de importancia bastante para que esté justificado aplicar el Artículo 7 de la Constitución;<sup>3</sup>

Observando que en el momento de la apertura de la 64.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud estaban suspendidos los derechos de voto de las Comoras, Dominica, Guinea-Bissau, la República Centroafricana, Somalia y Tayikistán, y que dicha suspensión había de seguir vigente en la actual Asamblea Mundial de la Salud o en otras futuras, hasta que los atrasos de esos Estados Miembros se hubieran reducido a un nivel inferior al que justifica la aplicación del Artículo 7 de la Constitución;

Tomando nota de que Granada, Guinea y Kirguistán tenían en el momento de la apertura de la 64.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud atrasos de contribuciones de importancia bastante para que, según lo dispuesto en el Artículo 7 de la Constitución, la Asamblea de la Salud deba examinar la procedencia de suspender o no los derechos de voto de Kirguistán en la fecha de apertura de la 64.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud, y de los otros dos Estados Miembros en la fecha de apertura de la 65.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud,

---

<sup>1</sup> Véanse los documentos A64/29 y A64/29 Add.1.

<sup>2</sup> Véase el documento A64/49 y Corr.1.

<sup>3</sup> Véase el documento A64/31.

DECIDE:

- 1) que, de acuerdo con la declaración de principios adoptada en la resolución WHA41.7, si en la fecha de apertura de la 65.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud, Granada y Guinea aún mantienen atrasos en el pago de sus contribuciones de importancia bastante para que esté justificado aplicar el Artículo 7 de la Constitución, se les suspendan los derechos de voto a partir de dicha apertura, y que si en la fecha de apertura de la 64.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud Kirguistán sigue manteniendo atrasos en el pago de sus contribuciones reprogramadas, se le suspendan automáticamente los derechos de voto en virtud de la resolución WHA61.8;
- 2) que cualquier suspensión que entre en vigor a tenor del párrafo 1 se mantenga en la 66.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud y en las Asambleas Mundiales de la Salud subsiguientes hasta que los atrasos de Granada, Guinea y Kirguistán se hayan reducido a un nivel inferior al que justifica la aplicación del Artículo 7 de la Constitución;
- 3) que esta decisión se aplique sin perjuicio del derecho que asiste a todo Miembro de pedir el restablecimiento de su derecho de voto de conformidad con el Artículo 7 de la Constitución.

(Décima sesión plenaria, 24 de mayo de 2011 -  
Comisión B, segundo informe)

#### **WHA64.20 Arreglos especiales para la liquidación de atrasos**

La 64.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe de la Secretaría sobre el estado de la recaudación de las contribuciones señaladas;<sup>1</sup>

Observando que Ucrania tiene contribuciones pendientes de pago;

Considerando la solicitud de Ucrania de que se reprogramme el saldo de atrasos restante en el marco de los arreglos especiales para la liquidación de atrasos,<sup>2</sup>

1. DECIDE permitir que Ucrania conserve el derecho de voto en la 64.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud, a reserva del cumplimiento de las condiciones siguientes:

Ucrania liquidará sus atrasos de contribuciones señaladas, que ascienden a un total de US\$ 26 395 036, a lo largo de 10 años, desde 2013 hasta 2022, según se expone a continuación, y abonará además su contribución anual señalada para el año en curso;

---

<sup>1</sup> Véanse los documentos A64/31 y A64/51.

<sup>2</sup> Véase el documento A64/32.

<b>Año</b>	<b>US\$</b>
2013	2 639 504
2014	2 639 504
2015	2 639 504
2016	2 639 504
2017	2 639 504
2018	2 639 504
2019	2 639 504
2020	2 639 504
2021	2 639 504
2022	2 639 500
<b>Total</b>	<b>26 395 036</b>

2. DECIDE, de conformidad con el Artículo 7 de la Constitución, que se suspenda automáticamente el derecho de voto de Ucrania si Ucrania no cumple con los requisitos estipulados en el párrafo 1 *supra*;
3. PIDE a la Directora General que informe a la 65.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud sobre la situación a este respecto;
4. PIDE a la Directora General que comunique la presente resolución al Gobierno de Ucrania.

(Décima sesión plenaria, 24 de mayo de 2011 -  
Comisión B, segundo informe)

### **WHA64.21 Escala de contribuciones para 2012-2013**

La 64.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe de la Directora General sobre la escala de contribuciones para 2012-2013,<sup>1</sup>

ADOPTA la escala de contribuciones señaladas a los Miembros y Miembros Asociados para el bienio 2012-2013 que figura a continuación.

<b>Miembros y Miembros Asociados</b>	<b>Escala de la OMS para 2012-2013 %</b>
Afganistán	0,0040
Albania	0,0100
Alemania	8,0186
Andorra	0,0070
Angola	0,0100
Antigua y Barbuda	0,0020

<sup>1</sup> Documento A64/33.

<b>Miembros y Miembros Asociados</b>	<b>Escala de la OMS para 2012-2013</b>
	%
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
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

<b>Miembros y Miembros Asociados</b>	<b>Escala de la OMS para 2012-2013 %</b>
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
Jamahiriya Árabe Libia	0,1290
Jamaica	0,0140
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

<b>Miembros y Miembros Asociados</b>	<b>Escala de la OMS para 2012-2013</b>
	%
Luxemburgo	0,0900
Madagascar	0,0030
Malasia	0,2530
Malawi	0,0010
Maldivas	0,0010
Malí	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
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

<b>Miembros y Miembros Asociados</b>	<b>Escala de la OMS para 2012-2013 %</b>
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
Yemen	0,0100
Zambia	0,0040
Zimbabwe	0,0030
<b>Total</b>	<b>100,0000</b>

(Décima sesión plenaria, 24 de mayo de 2011 -  
Comisión B, segundo informe)

**WHA64.22      Modificaciones del Reglamento Financiero<sup>1</sup>**

La 64.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe sobre las modificaciones del Reglamento Financiero y las Normas de Gestión Financiera;<sup>2</sup>

Recordando la resolución WHA60.9, relativa a las modificaciones del Reglamento Financiero y de las Normas de Gestión Financiera y la adopción de las Normas Contables Internacionales para el Sector Público,

ADOPTA las modificaciones de los párrafos 14.1, 14.8 y 14.9 del Reglamento Financiero, con efecto a partir del 1 de enero de 2012.<sup>3</sup>

(Décima sesión plenaria, 24 de mayo de 2011 -  
Comisión B, segundo informe)

**WHA64.23      Nombramiento de Comisario de Cuentas**

La 64.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe sobre el nombramiento de Comisario de Cuentas,<sup>4</sup>

1. RESUELVE que la Presidenta de la Comisión de Auditoría de Filipinas sea nombrada Comisaria de Cuentas de la Organización Mundial de la Salud, así como de las entidades administradas y no consolidadas y las alianzas, para el periodo de 2012 a 2015, y que practique sus intervenciones de conformidad con los principios enunciados en el artículo XIV y en el apéndice del Reglamento Financiero, en el entendimiento de que, en caso necesario, nombrará a un representante para que actúe en su ausencia;
2. DA LAS GRACIAS al Contralor y Auditor General de la India por los servicios prestados a la Organización en la auditoría de las cuentas correspondientes a los ejercicios 2008-2009 y 2010-2011;
3. PIDE, ADEMÁS, a la Directora General que establezca los términos y las condiciones contractuales entre la Organización y el Comisario de Cuentas que reciba el nombramiento, con el fin de incluir las modalidades de trabajo de este, en cumplimiento de su mandato, haciendo especial referencia a las atribuciones adicionales derivadas de la introducción de las Normas Contables Internacionales para el Sector Público a partir de 2012.

(Décima sesión plenaria, 24 de mayo de 2011 -  
Comisión B, segundo informe)

---

<sup>1</sup> En el anexo 6 se exponen las repercusiones financieras y administrativas de esta resolución para la Secretaría.

<sup>2</sup> Documento A64/34.

<sup>3</sup> Las modificaciones del Reglamento Financiero figuran en el anexo 5.

<sup>4</sup> Documento A64/35 y Corr.1.

**WHA64.24 Agua potable, saneamiento y salud<sup>1</sup>**

La 64.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud,

Visto el informe relativo a las estrategias para la gestión sin riesgos del agua potable para el consumo humano;<sup>2</sup>

Recordando la Declaración de Alma-Ata sobre Atención Primaria de Salud y diversas resoluciones en las que se pone de relieve la importancia de mejorar el acceso al agua potable, las instalaciones de saneamiento y las prácticas de higiene en la atención primaria de salud, la higiene del medio, la prevención de las enfermedades transmitidas por el agua, la protección de las comunidades de alto riesgo, y la nutrición del lactante y del niño pequeño, entre ellas las resoluciones WHA39.20, WHA42.25, WHA44.28, WHA45.31, WHA35.17, WHA51.28 y WHA63.23, así como la resolución WHA64.16, sobre los mecanismos para el control y la prevención del cólera y la erradicación de la dracunculosis;

Recordando asimismo la meta C del Objetivo 7 (Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente) de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, en la que se insta a que, para el año 2015, se reduzca a la mitad el porcentaje de personas que carecen de acceso sostenible a agua potable y servicios básicos de saneamiento, y la importancia de esta meta para el cumplimiento de otros objetivos, en particular los Objetivos 4 (Reducir la mortalidad de los niños), 5 (Mejorar la salud materna) y 6 (Combatir el VIH/sida, la malaria y otras enfermedades);<sup>3</sup>

Reconociendo que, según las estimaciones, entre 1990 y 2008, 1770 millones de personas lograron acceder a una fuente mejorada de abastecimiento de agua potable y 1260 millones a servicios de saneamiento mejorados, pero profundamente preocupada porque a finales de 2008, 884 millones de personas todavía carecían de acceso a fuentes mejoradas de abastecimiento de agua y más de 2600 millones de personas no tenían acceso a servicios de saneamiento mejorados;

Tomando nota de los múltiples beneficios para la salud y ventajas económicas que se derivan de la adopción de un enfoque amplio de salud pública a través de la ampliación del acceso al agua potable y el saneamiento, la integración de las intervenciones a nivel de los hogares, la utilización más eficaz de los recursos y la incorporación temprana de las consideraciones de salud en la planificación y concepción del desarrollo de recursos hídricos, y reconociendo la importancia de seguir tratando estas cuestiones con miras a la consecución del Objetivo Estratégico 8 del Plan Estratégico a Plazo Medio 2008-2013 de la OMS;

Recordando el Decenio Internacional para la Acción «El agua, fuente de vida» (2005-2015) proclamado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en la resolución 58/217; el Año Internacional del Saneamiento 2008 declarado en la resolución 61/192); así como la resolución correspondiente de seguimiento 65/153, en la que se insta a todos los Estados Miembros a respaldar el esfuerzo mundial desplegado para llevar a cabo la iniciativa «Saneamiento sostenible: campaña quinquenal hasta 2015»; y recordando asimismo que el tema del Día Mundial del Agua 2010 de las Naciones Unidas fue la calidad del agua;

---

<sup>1</sup> En el anexo 6 se exponen las repercusiones financieras y administrativas de esta resolución para la Secretaría.

<sup>2</sup> Documento A64/24.

<sup>3</sup> Véase la resolución 65/1 de la Asamblea General de las Naciones Unidas.

Recordando además la resolución 64/292 de la Asamblea General de las Naciones Unidas, en la que se reconoce que el derecho al agua potable y el saneamiento es un derecho humano esencial para el pleno disfrute de la vida y de todos los derechos humanos, así como la resolución A/HRC/RES/15/9 del Consejo de Derechos Humanos, en la que se afirma que el derecho humano al agua potable y el saneamiento se deriva del derecho a un nivel de vida adecuado y está indisolublemente asociado al derecho al más alto nivel posible de salud física y mental, así como al derecho a la vida y la dignidad humana;

Tomando nota con interés de los esfuerzos realizados para mejorar el acceso al agua potable y los servicios de saneamiento básicos y para promover las buenas prácticas de higiene personal y doméstica como parte de un enfoque sostenible para luchar contra las enfermedades relacionadas con el saneamiento y el agua, como el cólera y las enfermedades diarreicas, que en 2008 se cobraron la vida de 2,5 millones de personas, de las que 1,3 millones eran niños menores de cinco años;

Tomando nota asimismo de los componentes relativos al agua, el saneamiento y la higiene de la estrategia de siete puntos acordada por la OMS y el UNICEF sobre los programas integrales de control de las enfermedades diarreicas, que incluyen la promoción del lavado de manos con jabón, el tratamiento y almacenamiento seguro del agua doméstica y la promoción del saneamiento en toda la comunidad;

Tomando nota de que millones de personas están expuestas a concentraciones peligrosas de sustancias biológicas y químicas que contaminan el agua de beber, debido en parte al manejo inadecuado de las aguas residuales urbanas, industriales o agropecuarias;

Reconociendo la importante función normativa de la OMS en los temas relacionados con el agua y la salud, su papel clave en el seguimiento de los progresos con respecto al abastecimiento de agua y el saneamiento, así como sus funciones de promoción y creación de capacidad en relación con los planes de salubridad del agua y del saneamiento, los servicios de abastecimiento de agua y saneamiento en los centros de atención de salud, las escuelas y otros edificios y entornos públicos y la gestión segura de los desechos médicos;

Tomando nota de que se prevé que algunos factores determinantes a nivel mundial, como el crecimiento de la población, la urbanización y el cambio climático, incidan considerablemente en la disponibilidad y calidad del acceso al agua y los servicios de saneamiento y a los recursos de agua dulce, y de la necesidad de orientar a otros fines el desarrollo de recursos hídricos, consideraciones que conllevan en sí mismas posibles riesgos para la salud, y tomando nota de que para responder a esas tendencias se requiere un enfoque intersectorial que incorpore sistemáticamente las cuestiones sanitarias y medioambientales en las políticas sectoriales nacionales mediante la gestión integrada de los recursos hídricos y el fortalecimiento de los mecanismos institucionales para prevenir y reducir la incidencia de las enfermedades relacionadas con el saneamiento y el agua;

Tomando nota de que en el último decenio casi 2000 millones de personas fueron víctimas de desastres naturales, como inundaciones y sequías, que repercutieron sustancialmente en la incidencia de enfermedades relacionadas con el saneamiento y el agua;

Reconociendo también la necesidad, en situaciones de emergencia, de elaborar herramientas de prevención y aplicar medidas específicas para suministrar agua potable y servicios de saneamiento, así como el papel de liderazgo que desempeñan tanto la OMS, por mediación del Grupo de Acción Sanitaria, como el UNICEF, por conducto de los grupos de nutrición y WASH (agua, saneamiento e higiene), en las operaciones de emergencia,

1. INSTA a los Estados Miembros:

- 1) a que, junto con todos los interesados directos, formulen y fortalezcan estrategias nacionales de salud pública que les permitan poner de relieve la importancia del agua potable, el saneamiento y la higiene como la base de la prevención primaria y que estén basadas en un enfoque integrado de los procesos de planificación, las políticas, los programas y los proyectos sectoriales en relación con el agua y el saneamiento, orientadas por un mecanismo eficaz de coordinación interministerial al nivel apropiado y que asignen responsabilidades claras en los ministerios e instituciones pertinentes;
- 2) a que promuevan nuevos métodos de educación, emancipación, participación y sensibilización de la comunidad que involucren activamente a sus líderes y la sociedad civil, con miras a surtir un efecto concreto, particularmente en las mujeres, los niños, los jóvenes, los pueblos indígenas y las poblaciones vulnerables y más pobres, teniendo en cuenta y estimulando las buenas prácticas;
- 3) a que procuren que las estrategias sanitarias nacionales contribuyan a lograr el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con el abastecimiento de agua y el saneamiento y apoyen la realización progresiva del derecho humano al abastecimiento de agua y el saneamiento, por el cual toda persona, sin discriminación, tiene derecho a agua y saneamiento que sean suficientes, seguros, aceptables, accesibles y asequibles, para usos personales y domésticos;
- 4) a que fortalezcan los marcos de política intersectoriales y los mecanismos institucionales para la gestión integrada de los riesgos y peligros sanitarios relacionados con el agua y el saneamiento, en particular la evaluación del impacto sanitario, la extensión estratégica de los sistemas y servicios de agua potable y saneamiento, y el ordenamiento ambiental para proteger la salud en los proyectos de desarrollo de recursos hídricos y gestión de aguas residuales;
- 5) a que, en consulta con los asociados bilaterales y multilaterales y en estrecha coordinación con las autoridades competentes locales, movilicen esfuerzos para priorizar y aplicar la reducción de las desigualdades que imperan entre las zonas urbanas, periurbanas y rurales con respecto al acceso al agua potable en casa y de otras fuentes mejoradas, a las instalaciones sanitarias mejoradas y a la higiene;
- 6) a que ofrezcan instalaciones apropiadas para el acceso al agua potable, el saneamiento y el lavado de manos con jabón en los establecimientos de asistencia sanitaria, las escuelas y otros edificios y entornos públicos, así como instrumentos de promoción y capacitación en materia de agua salubre, saneamiento y prácticas de higiene para las personas que trabajan en esos establecimientos y las que los usan;
- 7) a que mejoren la cooperación entre las autoridades competentes y los interesados directos, en particular en zonas transfronterizas, para establecer, echar a andar y mantener sistemas eficaces para evaluar la calidad del agua, comunicar regularmente información pertinente y de fácil acceso y responder a los problemas de calidad del agua;
- 8) a que procuren en particular lograr la sostenibilidad de sistemas de monitoreo del agua y el saneamiento completos y armonizados, tanto nacionales como locales, y de instrumentos de alerta temprana con el fin de prevenir y controlar las enfermedades relacionadas con el saneamiento y el agua, así como elaborar planes de preparación y acción para emergencias, especialmente en caso de desastres naturales y emergencias humanitarias;

9) a que refuercen, según sea necesario, el establecimiento, la ejecución y el control de calidad de los planes de seguridad del agua y contribuyan a la elaboración de planes de seguridad del saneamiento, con el apoyo de los Centros Colaboradores de la OMS, las redes albergadas por la OMS (reguladores de agua potable, funcionamiento y mantenimiento, tratamiento y almacenamiento seguro del agua para uso doméstico, gestión del suministro de agua para comunidades pequeñas) y de las asociaciones que mantienen relaciones oficiales con la OMS;

2. PIDE a la Directora General:

1) que siga señalando a la atención de la comunidad internacional y los formuladores de políticas la importancia de la prevención primaria como un objetivo esencial, y la repercusión importante del agua potable, el saneamiento y la higiene en la salud pública mundial, las economías nacionales y el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio;

2) que formule una nueva estrategia integrada de la OMS en materia de agua, saneamiento y salud que se centre en la calidad del agua y las cuestiones de monitoreo, así como en la promoción del cambio del comportamiento relacionado con el saneamiento y la higiene, tomando en consideración las necesidades específicas según el contexto, con miras a alentar la implantación de medidas preventivas y técnicas de análisis rápido para garantizar la calidad del agua potable y evitar que el desarrollo de recursos hídricos tenga repercusiones negativas sobre la salud;

3) que fortalezca la colaboración de la OMS con todos los miembros y asociados pertinentes de la iniciativa ONU-Agua, así como otras organizaciones interesadas que promueven el acceso a servicios de agua salubre, saneamiento e higiene, con el fin de dar ejemplo de la actuación intersectorial eficaz en el contexto de la participación de la OMS en la iniciativa «Unidos en la acción» del sistema de las Naciones Unidas y la cooperación de la OMS con el Relator Especial de las Naciones Unidas sobre el derecho humano al agua potable y el saneamiento, con miras a mejorar la realización de tal derecho;

4) que fortalezca la capacidad del Programa Conjunto OMS/UNICEF de Monitoreo del Abastecimiento de Agua y del Saneamiento para que cumpla su mandato de vigilar el progreso en la consecución de los objetivos internacionales de desarrollo en materia de agua potable y saneamiento, y a fin de que funcione como plataforma para la obtención de nuevos indicadores de agua y saneamiento, en particular de la calidad del agua y de otros parámetros pertinentes a los niveles apropiados;

5) que siga apoyando las iniciativas regionales existentes, como el Protocolo sobre Agua y Salud de la Comisión Económica para Europa de las Naciones Unidas, que es un instrumento de referencia para la gestión del agua salubre y la protección de la salud humana, y que aliente la creación de instrumentos semejantes dedicados a la gestión sostenible del agua y la reducción de las enfermedades relacionadas con el saneamiento y el agua en otras regiones, y que siga estimulando iniciativas regionales pertinentes como la Declaración de Libreville sobre salud y medio ambiente en África, de la OMS y el PNUMA (2010), o la Declaración de Parma sobre medio ambiente y salud, de la OMS (2010);

6) que, en coordinación con los socios bilaterales y multilaterales, fortalezca la capacidad de los Estados Miembros mediante el suministro de directrices y apoyo técnico para la elaboración, ejecución, vigilancia y evaluación de planes nacionales de acción para la gestión, el funcionamiento y el mantenimiento sostenibles de sistemas y servicios de suministro de agua potable y saneamiento;

- 7) que apoye aún más la capacidad de los Estados Miembros para construir y mantener sistemas adaptados de información y monitoreo con el fin de facilitar la notificación apropiada y ágil a los mecanismos mundiales de monitoreo correspondientes, en particular las Estadísticas Sanitarias Mundiales, el Programa Conjunto OMS/UNICEF de Monitoreo del Abastecimiento de Agua y del Saneamiento, y la iniciativa de Evaluación anual mundial del saneamiento y el agua potable, de ONU-Agua;
- 8) que aumente la asistencia técnica a los países mediante la facilitación de programas de capacitación y aprendizaje para adultos dirigidos al personal que tiene a su cargo las instalaciones de captación, tratamiento y distribución de agua, las redes de agua y saneamiento y los laboratorios de vigilancia de la calidad del agua, promoviendo al mismo tiempo la divulgación de las mejores prácticas para el tratamiento del agua en los hogares, especialmente cuando el tratamiento o suministro centralizado del agua es deficiente o inexistente;
- 9) que promueva las alianzas para la reducción de riesgos en las instalaciones de agua potable y el suministro seguro de agua potable, y los métodos para recopilar y divulgar las mejores prácticas y experiencias en torno al aumento del acceso al agua potable, el saneamiento y la higiene personal y doméstica, en particular para las poblaciones más pobres, en las emergencias sanitarias o con motivo de los desastres naturales;
- 10) que, por conducto del Consejo Ejecutivo, informe a la 66.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud sobre los progresos realizados en la aplicación de la presente resolución.

(Décima sesión plenaria, 24 de mayo de 2011 -  
Comisión B, tercer informe)

#### **WHA64.25 Sueldos de los titulares de puestos sin clasificar y de la Directora General**

La 64.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe sobre las modificaciones del Estatuto del Personal y del Reglamento de Personal;<sup>1</sup>

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\$ 185 809 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\$ 133 776 (con familiares a cargo) o de US\$ 121 140 (sin familiares a cargo);
2. FIJA en US\$ 204 391 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\$ 145 854 (con familiares a cargo) o de US\$ 131 261 (sin familiares a cargo);

---

<sup>1</sup> Documento A64/38.

3. FIJA en US\$ 251 188 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\$ 176 272 (con familiares a cargo) o de US\$ 156 760 (sin familiares a cargo);
4. DECIDE que todos esos ajustes salariales tengan efecto a partir del 1 de enero de 2011.

(Décima sesión plenaria, 24 de mayo de 2011 -  
Comisión B, tercer informe)

#### **WHA64.26 Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer: modificación de los Estatutos**

La 64.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe sobre las modificaciones de los Estatutos del Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer;<sup>1</sup>

Teniendo en cuenta la modificación del artículo VIII de los Estatutos del Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer aprobada por la Junta de Gobierno en su 53.<sup>a</sup> reunión;

Teniendo en cuenta las disposiciones del artículo X de los Estatutos del Centro,

ACEPTA la siguiente modificación de los Estatutos del Centro, que entrará en vigor inmediatamente:

##### *Artículo VIII - Tesorería*

[Los párrafos 1) a 7) del artículo VIII, ambos inclusive, se mantienen sin cambios.]

8) La contabilidad de los bienes del Centro y el activo de sus balances financieros se llevará por separado de la correspondiente a los bienes y al activo de la OMS; los primeros se administrarán de conformidad con las disposiciones que adopte al efecto la Junta de Gobierno.

(Décima sesión plenaria, 24 de mayo de 2011 -  
Comisión B, tercer informe)

#### **WHA64.27 Prevención de los traumatismos en los niños<sup>2</sup>**

La 64.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe sobre prevención de los traumatismos en los niños;<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> Documento A64/43.

<sup>2</sup> En el anexo 6 se exponen las repercusiones financieras y administrativas de esta resolución para la Secretaría.

<sup>3</sup> Documento A64/23.

Recordando la resolución WHA57.10, sobre seguridad vial y salud, en la cual se reconocía que los traumatismos causados por el tránsito constituyen un problema de salud pública grave, que exige medidas internacionales coordinadas;

Recordando asimismo que, en su resolución WHA57.10, la Asamblea de la Salud aceptó la invitación de la Asamblea General de las Naciones Unidas para que la OMS actuara como coordinadora de las cuestiones de seguridad vial en el sistema de las Naciones Unidas, colaborando estrechamente con las comisiones regionales de las Naciones Unidas;

Recordando además la resolución WHA60.22, relativa a sistemas de salud: sistema de atención de emergencia, en la cual se reconocía que la mejora de la organización y la planificación para la prestación de atención traumatológica y de emergencia forma parte esencial de la prestación de atención integrada, así como la resolución WHA58.23 sobre discapacidad, incluidos la prevención, el tratamiento y la rehabilitación, en la que se instaba a los Estados Miembros a que adoptaran todas las medidas necesarias para reducir los factores de riesgo que contribuyen a la discapacidad durante la infancia;

Reconociendo la responsabilidad de garantizar la seguridad en el cuidado y la protección de los niños enunciada en la Convención sobre los Derechos del Niño (1989), en el Convenio 182 de la Organización Internacional del Trabajo (1999) y en el Convenio 138 de la Organización Internacional del Trabajo (1973), y reconociendo además la responsabilidad de proteger a las personas con discapacidad, según lo dispuesto en la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (2006), en particular en los países en desarrollo de ingresos bajos y medianos donde existe una carga importante de traumatismos infantiles;

Reconociendo que los traumatismos en los niños representan una grave amenaza para la supervivencia y la salud en la niñez y constituyen un problema de salud pública desatendido, que tiene importantes consecuencias en términos de mortalidad, morbilidad, calidad de vida y costos sociales y económicos; y que, si no se adoptan medidas urgentes al respecto, este problema dificultará el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, sobre todo en los países en desarrollo de ingresos bajos y medianos donde hay una importante carga de traumatismos infantiles;

Reconociendo que las causas principales de muerte de niños por lesiones no intencionales son los accidentes de tránsito, el ahogamiento, las quemaduras por fuego, las caídas y el envenenamiento; que en algunas regiones del mundo el ahogamiento causa casi la mitad del número total de muertes infantiles por traumatismos; y que las medidas preventivas adaptadas al contexto, incluidos entornos seguros, productos para la seguridad, gestión de la seguridad y sensibilización, son cruciales;

Reconociendo además que los planteamientos multisectoriales para prevenir los traumatismos en los niños y limitar sus consecuencias mediante la aplicación de intervenciones científicamente fundamentadas han deparado reducciones espectaculares y duraderas de los niveles de traumatismos en los niños en los países que han hecho esfuerzos concertados;

Acogiendo con satisfacción el Informe mundial conjunto de la OMS y el UNICEF sobre prevención de las lesiones en los niños<sup>1</sup> y sus recomendaciones en materia de políticas y programas de salud pública;

Considerando que los programas existentes de supervivencia, salud y desarrollo en la infancia deberían incorporar estrategias de prevención de los traumatismos de tal manera que esas estrategias

---

<sup>1</sup> *World report on child injury prevention*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, y Nueva York, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2008.

formaran parte integrante de los servicios de salud infantil, y que el éxito de los programas de salud infantil no debería medirse atendiendo únicamente a los tradicionales parámetros de mortalidad por enfermedades infecciosas, sino también a indicadores de traumatismos mortales y no mortales,

1. INSTA a los Estados Miembros:

- 1) a que, entre las cuestiones relacionadas con los niños, otorguen prioridad a la prevención de los traumatismos y hagan lo necesario para que se establezcan o fortalezcan los mecanismos de coordinación intersectorial necesarios para esa labor de prevención;
- 2) a que mantengan y, de ser necesario, refuercen el cumplimiento de sus obligaciones, dimanante de la Convención sobre los Derechos del Niño (1989), de respetar, proteger y satisfacer el derecho de los niños al disfrute del más alto nivel posible de salud y de adoptar todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas que sean necesarias para proteger a los niños de los traumatismos;
- 3) a que velen por que los mecanismos de financiación de los programas pertinentes, en particular de los programas de salud, den cabida a la prevención y el tratamiento de los traumatismos en los niños, la asistencia de emergencia y prehospitalaria y los servicios de tratamiento y rehabilitación;
- 4) a que pongan en práctica, según convenga, las recomendaciones contenidas en el Informe mundial conjunto de la OMS y el UNICEF sobre prevención de las lesiones en los niños, en particular, cuando aún no se haya hecho, encomendando el liderazgo en la materia a un organismo o una unidad gubernamental y nombrando a una persona que ejerza de enlace para la prevención de traumatismos, asegurándose de que esa labor de liderazgo sirva para facilitar la colaboración entre los sectores pertinentes de la administración pública, las comunidades y la sociedad civil, y a que, en función de las necesidades nacionales, apliquen las principales estrategias que en el mencionado Informe mundial se señalan como intervenciones eficaces para prevenir los traumatismos en los niños; y a que sigan de cerca y evalúen los efectos de esas intervenciones;
- 5) a que integren la prevención de traumatismos en los niños en los programas nacionales de desarrollo infantil y en otros programas pertinentes, y a que establezcan mecanismos de coordinación y colaboración sectorial, asegurándose en particular de que se otorgue al tema la debida importancia en los programas de supervivencia y salud infantiles;
- 6) a que velen por que la recogida de datos nacionales de todos los sectores pertinentes o sistemas de vigilancia sirva para cuantificar el perfil demográfico, socioeconómico y epidemiológico de la carga, los factores de riesgo y los costos de los traumatismos en los niños, y se aseguren de que el volumen de recursos disponibles sea proporcional a la magnitud del problema;
- 7) a que elaboren y apliquen una política y un plan de acción multisectoriales cuando sea necesario, que contengan metas realistas de prevención de los traumatismos en los niños y que incluyan la promoción de normas y códigos sobre prevención del trabajo infantil, así como sobre el empleo legal de adolescentes, escuelas, áreas recreativas, transporte y seguridad de los productos y de reglamentos y leyes sobre construcción, ya sea en forma de política o plan independiente o como parte de la política o plan nacional de salud infantil;
- 8) a que hagan cumplir y, de ser necesario, refuercen las leyes y los reglamentos ya existentes relacionados con la prevención de los traumatismos en los niños;

9) a que refuercen los servicios y capacidades de urgencias y rehabilitación, en particular los equipos de atención inmediata; la atención prehospitalaria de casos agudos, el tratamiento en los servicios de salud, y los programas apropiados de rehabilitación para niños heridos o discapacitados;

10) a que establezcan las prioridades de investigación, teniendo en cuenta el Informe mundial conjunto de la OMS y el UNICEF sobre prevención de las lesiones en los niños, y colaborando estrechamente con la comunidad de investigación y desarrollo, incluidos los fabricantes y distribuidores pertinentes de productos de seguridad;

11) a que generen mayor conciencia y promuevan la adquisición de conocimientos básicos de salud, sobre todo acerca de la seguridad de los niños, entre los padres, los empleadores, los niños y los colectivos profesionales pertinentes, así como entre todos los miembros de la sociedad, acerca de los factores de riesgo de traumatismos en los niños, especialmente en relación con el transporte - concretamente el uso de teléfonos celulares y otros dispositivos móviles durante la conducción -, los peligros ligados al agua y el fuego y la falta de vigilancia y protección de los niños, y a que fomenten programas específicos de prevención de los traumatismos en los niños;

2. PIDE a la Directora General:

1) que colabore con los Estados Miembros con vistas a perfeccionar los sistemas de recogida y análisis de datos sobre traumatismos en los niños y a establecer políticas y programas de salud pública científicamente fundamentados para prevenir esos traumatismos y atenuar sus consecuencias;

2) que colabore con organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, asociados internacionales para el desarrollo y organizaciones no gubernamentales para establecer una red que permita la coordinación y realización eficaces de las actividades en materia de prevención de los traumatismos en los niños en los países de ingresos bajos y medianos;

3) que aliente la realización de investigaciones destinadas a ampliar el acervo de datos científicos sobre intervenciones para prevenir los traumatismos en los niños y atenuar sus consecuencias, así como la evaluación de su eficacia a través de centros colaboradores y otros asociados, y la aplicación de esas investigaciones para desarrollar productos de seguridad asequibles, intervenciones de política y medidas eficaces;

4) que facilite la adaptación y transferencia de conocimientos, desde entornos desarrollados a entornos en desarrollo, sobre medidas e instrumentos de prevención de los traumatismos en los niños;

5) que apoye a los Estados Miembros a establecer y poner en práctica medidas de prevención de los traumatismos en los niños;

6) que preste más apoyo a las personas que en los países actúen de enlace en materia de prevención de los traumatismos, organizando para ello reuniones periódicas de ámbito mundial y regional y facilitando asistencia técnica;

7) que preste apoyo técnico al fortalecimiento de los sistemas y las capacidades para los servicios de urgencias y rehabilitación;

8) que colabore con los Estados Miembros, organizaciones del sistema de las Naciones Unidas y asociados internacionales para el desarrollo y organizaciones no gubernamentales a fin de movilizar recursos y acrecentar las capacidades necesarias para prevenir los traumatismos en los

niños y establecer los programas de rehabilitación pertinentes, organizar actividades de sensibilización para los gobiernos de los Estados Miembros y fomentar la toma de conciencia sobre el hecho de que, de no adoptar medidas urgentes, este problema dificultará el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, sobre todo en los países en desarrollo de ingresos bajos y medios que presentan una carga importante de traumatismos en los niños;

9) que invierta más en el desarrollo de las capacidades institucionales y personales en los Estados Miembros, para que estos puedan llevar a cabo intervenciones costoeficaces a nivel nacional y subnacional;

10) que informe a la 67.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud, por conducto del Consejo Ejecutivo, de los progresos realizados en la aplicación de la presente resolución.

(Décima sesión plenaria, 24 de mayo de 2011 -  
Comisión B, cuarto informe)

## **WHA64.28 Los jóvenes y los riesgos sanitarios<sup>1</sup>**

La 64.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe sobre los jóvenes<sup>2</sup> y los riesgos sanitarios, en el que se ponen de relieve los efectos inmediatos y a largo plazo relacionados con los riesgos para la salud de los jóvenes;<sup>3</sup>

Recordando las resoluciones que se ocupan directamente de cuestiones relativas a los jóvenes: WHA38.22 sobre la madurez antes de la gestación y el fomento de la procreación responsable; WHA42.41 sobre la salud de los jóvenes; WHA56.21 sobre la estrategia para la salud y el desarrollo del niño y el adolescente; WPR/RC39.R12 Rev.1 sobre la salud del adolescente; EM/RC43/R.11 sobre educación sanitaria de los adolescentes; AFR/RC51/R3 sobre educación sanitaria: una estrategia para la región de África; EUR/RC55/R6 sobre la estrategia europea para la salud y el desarrollo del niño y el adolescente; y CD48.R5 sobre la estrategia regional panamericana para mejorar la salud de los adolescentes y los jóvenes;

Recordando asimismo el derecho de todas las personas, incluidos los adolescentes y los jóvenes, al disfrute del más alto grado posible de salud física y mental, y recordando asimismo el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño; la Convención de las Naciones Unidas sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, y otros instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos, y subrayando la necesidad de promover la igualdad entre mujeres y hombres jóvenes y el respeto de la diversidad;

Reconociendo que la salud no es solo la ausencia de afecciones o enfermedades, sino un estado de completo bienestar físico, mental y social, según se establece en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud;

---

<sup>1</sup> En el anexo 6 se exponen las repercusiones financieras y administrativas de esta resolución para la Secretaría.

<sup>2</sup> La OMS define a los adolescentes como las personas entre los 10 y los 19 años de edad, y a los jóvenes como las personas entre los 10 y los 24 años de edad. Las Naciones Unidas definen a los jóvenes como las personas entre los 15 y los 24 años de edad.

<sup>3</sup> Documento A64/25.

Reconociendo que los 1800 millones de jóvenes de todo el mundo (una cuarta parte de la población mundial está constituida por personas entre los 10 y 24 años de edad) conforman la cohorte más grande de la historia, y que ello representa una oportunidad extraordinaria para plasmar el futuro social, económico y sanitario del mundo;

Reconociendo asimismo que los 2,6 millones de defunciones anuales de jóvenes son evitables, en su mayoría, y que los hábitos y condiciones de salud actuales de los jóvenes pueden poner en peligro tanto su salud presente y futura como la de las generaciones venideras;

Consciente de que la heterogeneidad de la población joven y sus circunstancias hacen que algunos jóvenes, por ejemplo, las niñas adolescentes, sean más vulnerables que otros a los resultados sanitarios negativos;

Haciendo hincapié en la importancia de promover entre los jóvenes modos de vida sanos, en particular la actividad física y la práctica del deporte, la alimentación saludable y la educación física;

Reconociendo asimismo la atención prestada a los jóvenes en las resoluciones que se refieren a la población en general: la resolución WHA56.1, sobre el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco; la resolución WHA63.13, sobre la Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol; la resolución WHA57.17, sobre la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud; la resolución WHA63.14, en la que se adoptan las recomendaciones sobre la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños; la resolución WHA61.14, sobre la aplicación de estrategia mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles; la resolución WHA57.12, sobre la estrategia sobre salud reproductiva; la estrategia del ONUSIDA sobre el VIH para 2011-2015; la resolución WHA59.19, sobre la estrategia mundial sobre prevención y control de las infecciones de transmisión sexual; la resolución WHA64.14, sobre la estrategia mundial del sector sanitario para el VIH/sida, 2011-2015; el Decenio de Acción de las Naciones Unidas para la Seguridad Vial, 2011-2020; la resolución WHA60.22, sobre los sistemas de salud: sistemas de atención de emergencia; y las recomendaciones contenidas en el *Informe mundial sobre la violencia y la salud*, de las que se toma nota en la resolución WHA56.24;

Reconociendo además el papel de las organizaciones y programas del sistema de las Naciones Unidas, entre ellas el ACNUR, la OIT, el ONUSIDA, la UNESCO, el UNFPA y el UNICEF, así como de la Organización Internacional para las Migraciones, en la prevención de los riesgos sanitarios para los jóvenes y para influir en los determinantes de la salud de los jóvenes;

Tomando nota de la importancia de examinar los determinantes sociales de la salud de los jóvenes; los mecanismos de protección social que aseguren la inclusión social, la educación y el empleo de los jóvenes; y la Declaración de Guanajuato, resultante de la Conferencia Mundial de la Juventud celebrada en León, Guanajuato (México) del 25 al 27 de agosto de 2010, en la que se pidió una mayor inversión en políticas y programas en todos los sectores y los planes nacionales de desarrollo, con la participación significativa de los jóvenes; teniendo en cuenta el Programa de Acción Mundial para los Jóvenes hasta el año 2000 y años subsiguientes;<sup>1</sup>

Sabiendo que en el Programa de Acción Mundial para los Jóvenes hasta el año 2000 y años subsiguientes<sup>1</sup> se alienta a los gobiernos a desarrollar servicios integrales de atención de salud sexual y reproductiva y a facilitar a los jóvenes un acceso apropiado a su edad a esos servicios, incluidos, entre otros, los servicios de educación y planificación familiar, como se establece en los programas de acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (1994), la Cumbre Mundial

---

<sup>1</sup> Resolución 50/81 de la Asamblea General de las Naciones Unidas.

sobre Desarrollo Social (1995) y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995); a garantizar que los adolescentes reciban información apropiada a su edad y tengan acceso a la más amplia gama posible de métodos de planificación familiar modernos, seguros y eficaces; y a ofrecer a los adolescentes educación integral sobre la sexualidad humana, la salud sexual y reproductiva y la igualdad de género a fin de facultarlos para afrontar su sexualidad de una manera positiva y responsable;

Teniendo presente además que los indicadores y las metas relacionados con los jóvenes son fundamentales para la consecución de seis de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (Objetivos 1, 2, 3, 4, 5 y 6), y que prestando una atención particular a los jóvenes se contribuye al logro de las metas fijadas en recientes iniciativas sanitarias mundiales, entre ellas la Estrategia Mundial del Secretario General de las Naciones Unidas para la Salud de la Mujer y el Niño y la iniciativa del ONUSIDA sobre el acceso universal a servicios de prevención, tratamiento, asistencia y apoyo en relación con el VIH/sida;

Reconociendo asimismo que las próximas reuniones de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida y sobre la juventud, así como sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles ofrecerán oportunidades para prestar especial atención a las necesidades sanitarias de los adolescentes y los jóvenes;

Reconociendo además la capacidad de los jóvenes para participar y liderar en cuestiones de salud y progreso, así como el liderazgo que demuestran en la utilización y la creación de tecnologías innovadoras para superar los desafíos globales y locales para su salud y desarrollo,

1. REAFIRMA las estrategias de la OMS concernientes a los principales riesgos sanitarios para los jóvenes y, en particular, las intervenciones específicas para ese grupo de edad;

2. INSTA a los Estados Miembros a que, de conformidad con sus leyes y reglamentaciones nacionales, aceleren las medidas, según proceda, y desarrollen políticas y planes destinados a abordar los principales determinantes de la salud que afectan a los jóvenes, incluidos los comportamientos relacionados con la salud y sus efectos sobre la salud en ulteriores etapas de la vida, por medio de lo siguiente:

1) adoptando políticas y estrategias nacionales de salud que incluyan metas e indicadores específicos sobre los determinantes pertinentes, incluidos los recursos y los resultados relativos a la salud y el bienestar de los jóvenes;

2) examinando y revisando las políticas en materia de salud y otras áreas, con el fin de incluir medidas para proteger a los jóvenes contra los peligros (por ejemplo, los embarazos precoces, la explotación sexual y la violencia, el consumo de sustancias ilícitas y tabaco, el consumo nocivo de alcohol, el sedentarismo, las dietas poco saludables y la obesidad, los traumatismos relacionados con el tránsito y de otra índole, y los trastornos de la salud mental);

3) examinando y revisando las políticas en materia de salud y otras áreas para eliminar todas las formas de discriminación experimentadas por los jóvenes;

4) implantando sistemas de información para la gestión sanitaria y de registro civil que proporcionen datos actualizados desglosados por sexo y edad, en vista de la falta de datos sobre la salud de los jóvenes;

5) promoviendo la capacidad del sistema sanitario para satisfacer las necesidades de los adolescentes, incluido el desarrollo y financiamiento del personal sanitario, con miras a eliminar los obstáculos que dificultan el acceso a servicios de atención de salud orientados a los jóvenes;

- 6) proporcionando acceso a métodos anticonceptivos; servicios de atención de la salud reproductiva; y servicios de prevención, tratamiento y atención del VIH/sida y las infecciones de transmisión sexual, así como a servicios de apoyo conexos; servicios de salud mental; y atención traumatológica;
  - 7) promoviendo el acceso a información precisa y a enfoques basados en pruebas científicas que promuevan comportamientos saludables, por ejemplo, información sobre salud sexual y reproductiva;
  - 8) promoviendo la colaboración intersectorial a todos los niveles respecto de la salud de los jóvenes, incluyendo aspectos relacionados con la salud en sectores tales como la educación, la inclusión social, los ambientes sociales y físicos, el empleo y los medios de comunicación, y con las organizaciones de la sociedad civil y el sector privado, según corresponda;
  - 9) alentando la participación de diferentes agentes, por ejemplo las familias, las comunidades y los propios jóvenes, con miras a abordar los determinantes de la salud y los riesgos sanitarios para los jóvenes y movilizar a las partes interesadas a fin de identificar y ayudar a los jóvenes en riesgo o con antecedentes desfavorables;
  - 10) apoyando el papel de los jóvenes, con particular atención a las organizaciones juveniles, con el fin de facilitar la emancipación de los jóvenes y su participación para influir en su entorno y en la elaboración de políticas públicas;
3. ALIENTA a los donantes multilaterales y bilaterales, las instituciones financieras internacionales y los asociados internacionales para el desarrollo a que apoyen a los Estados Miembros a llevar a cabo estos esfuerzos, en particular mediante el apoyo financiero y técnico, según corresponda;
  4. PIDE a la Directora General:
    - 1) que asegure dentro de la Secretaría la prioridad institucional apropiada, así como el compromiso necesario, la coordinación eficaz y los recursos suficientes a fin de especificar mejor y ampliar la aplicación de las estrategias existentes en la medida que se aplican a los jóvenes, y vigilar regularmente los resultados de esas actuaciones en la salud de los adolescentes;
    - 2) que aborde los riesgos para la salud de los adolescentes y los jóvenes en el próximo plan estratégico a plazo medio en todos los programas y niveles de la Secretaría, con el fin de proporcionar un apoyo técnico suficiente a los Estados Miembros;
    - 3) que identifique lagunas del conocimiento y facilite investigaciones orientadas a fortalecer la base científica necesaria para establecer, ejecutar y dar seguimiento a programas eficaces destinados a los adolescentes y los jóvenes, adecuados en función del sexo y la edad;
    - 4) que continúe colaborando, según corresponda, con las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, de la sociedad civil y del sector privado relacionadas con la salud de los jóvenes;
    - 5) que fortalezca la capacidad de la Secretaría para ofrecer suficiente apoyo técnico a los Estados Miembros, en particular las autoridades sanitarias, incluido el fortalecimiento de los centros de la OMS como el Centro Mediterráneo de la OMS para la Reducción de Riesgos Sanitarios;

- 6) que promueva la participación y la autonomía de los jóvenes como principales partes interesadas en el desarrollo sanitario, en particular en el trabajo de la Organización;
- 7) que informe periódicamente sobre la salud de los jóvenes y la aplicación de esta resolución a la Asamblea Mundial de la Salud, por conducto del Consejo Ejecutivo, y presente el primer informe a la 67.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud.

(Décima sesión plenaria, 24 de mayo de 2011 -  
Comisión B, cuarto informe)

## DECISIONES

### WHA64(1) Composición de la Comisión de Credenciales

La 64.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud estableció una Comisión de Credenciales integrada por delegados de los Estados Miembros siguientes: Barbados, Costa Rica, Fiji, Gabón, Guinea Bissau, Letonia, Malawi, Maldivas, Nueva Zelandia, Pakistán, Serbia y Uzbekistán.

(Primera sesión plenaria, 16 de mayo de 2011)

### WHA64(2) Elección del Presidente y de los Vicepresidentes de la 64.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud

La 64.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud eligió al Presidente y a los Vicepresidentes:

**Presidente:** Dr. Christos Patsalides (Chipre)

**Vicepresidentes:** Profesor C. O. Onyebuchi Chukwu (Nigeria)  
Sr. Ri Jang Gon (República Popular Democrática de Corea)  
Dr. Enrique T. Ona (Filipinas)  
Dr. Mohammad Hussein Nicknam (República Islámica del Irán)  
Sra. Therese Baptiste-Cornelis (Trinidad y Tabago)

(Primera sesión plenaria, 16 de mayo de 2011)

### WHA64(3) Elección de la Mesa de las comisiones principales

La 64.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud eligió a los Presidentes de las comisiones principales:

**Comisión A: Presidente** Dr. Walid Ammar (Líbano)

**Comisión B: Presidente** Dra. María Teresa Valenzuela (Chile)

(Primera sesión plenaria, 16 de mayo de 2011)

Las comisiones principales eligieron después a los Vicepresidentes y Relatores:

**Comisión A: Vicepresidentes** Dr. Henry Madzorera (Zimbabwe)  
Sr. Nandi Glassie (Islas Cook)

**Relator** Dr. Mast Kulzhanov (Kazajstán)

**Comisión B: Vicepresidentes** Dr. Ante-Zvonimir Golem (Croacia)  
Sr. Zangley Dukpa (Bhután)

**Relator** Sr. T. Tuitama Leao Tuitama (Samoa)

(Primeras sesiones de las Comisiones A y B, 16 y 18 de mayo de 2011, respectivamente)

**WHA64(4) Constitución de la Mesa de la Asamblea**

La 64.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud eligió a los delegados de los 17 países siguientes para formar parte de la Mesa de la Asamblea: Albania, Botswana, China, Cuba, Egipto, Eritrea, Estados Unidos de América, Etiopía, Federación de Rusia, Francia, Gambia, Guinea, Hungría, India, Micronesia (Estados Federados de), Paraguay y Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte.

(Primera sesión plenaria, 16 de mayo de 2011)

**WHA64(5) Adopción del orden del día**

La 64.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud adoptó el orden del día provisional preparado por el Consejo Ejecutivo en su 128.<sup>a</sup> reunión, después de suprimir cuatro puntos y transferir cinco puntos de la Comisión A a la Comisión B.

(Segunda sesión plenaria, 16 de mayo de 2011)

**WHA64(6) Verificación de credenciales**

La 64.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud consideró válidas las credenciales de las delegaciones siguientes: Afganistán; Albania; Alemania; Andorra; Angola; 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; El Salvador; Emiratos Árabes Unidos; Eritrea; Eslovaquia; Eslovenia; España; Estados Unidos de América; Estonia; Etiopía; Federación de Rusia; Fiji; Filipinas; Finlandia; Francia; Gabón; Gambia; Ghana; Grecia; Guatemala; Guinea; Guinea-Bissau; Guinea Ecuatorial; Guyana; Haití; Honduras; Hungría; India; Indonesia; Irán (República Islámica del); Iraq; Irlanda; Islandia; Islas Cook; Islas Salomón; Israel; Italia; 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; Nauru; Nepal; Nicaragua; Níger; Nigeria; Noruega; Nueva Zelanda; 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; Saint Kitts y Nevis; Samoa; San Marino; Santo Tomé y Príncipe; Senegal; Serbia; Sierra Leona; Singapur; Somalia; Sri Lanka; Sudáfrica; Sudán; Suecia; Suiza; Swazilandia; Tailandia; Timor-Leste; Togo; Tonga; Trinidad y Tabago; Túnez; Turkmenistán; Turquía; Tuvalu; Ucrania; Uganda; Uruguay; Uzbekistán; Vanuatu; Venezuela (República Bolivariana de); Viet Nam; Yemen; Zambia; Zimbabue.

(Séptima sesión plenaria, 18 de mayo de 2011)

**WHA64(7) Elección de Miembros facultados para designar una persona que forme parte del Consejo Ejecutivo**

La 64.<sup>a</sup> 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: Camerún, México, Myanmar, Nigeria, Papua Nueva Guinea, Qatar, Senegal, Sierra Leona, Suiza y Uzbekistán.

(Novena sesión plenaria, 20 de mayo de 2011)

**WHA64(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 64.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud nombró miembro del Comité de la Caja de Pensiones del Personal de la OMS al Dr. Ebemezer Appiah-Denkyira, miembro de la delegación de Ghana, y miembro suplente a la Sra. P. T. Toelupe, miembro de la delegación de Samoa, en ambos casos por un mandato de tres años, es decir, hasta mayo de 2014. Asimismo, nombró miembro del Comité de la Caja de Pensiones del Personal de la OMS al Dr. Viroj Tangcharoensathien, miembro de la delegación de Tailandia, por el tiempo que restaba del mandato del Dr. A. A. Yoosuf (Maldivas), es decir, hasta mayo de 2013.

(Décima sesión plenaria, 24 de mayo de 2011)

**WHA64(9) Designación del país o la zona en que se ha de reunir la 65.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud**

De conformidad con lo dispuesto en el Artículo 14 de la Constitución, la 64.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud decidió que la 65.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud se celebrase en Suiza.

(Décima sesión plenaria, 24 de mayo de 2011)

**WHA64(10) Productos médicos de calidad subestándar, espurios, de etiquetado engañoso, falsificados o de imitación**

La Asamblea de la Salud consideró el informe del grupo de trabajo de Estados Miembros sobre productos médicos de calidad subestándar, espurios, de etiquetado engañoso, falsificados o de imitación que figura en el documento A64/16 y decidió aceptar los «próximos pasos» que se describen en él. La Asamblea de la Salud decidió concretamente prorrogar el periodo fijado en la decisión WHA63(10), con el fin de permitir que el grupo de trabajo terminase su tarea lo antes posible.

La Asamblea de la Salud decidió además que el grupo de trabajo reanudase su tarea lo antes posible después de la 64.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud e informara sobre el particular a la 65.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud, por conducto del Consejo Ejecutivo en su 130.<sup>a</sup> reunión.

(Décima sesión plenaria, 24 de mayo de 2011)

**WHA64(11) Erradicación de la viruela: destrucción de las reservas de virus variólico<sup>1</sup>**

La Asamblea de la Salud decidió reafirmar resueltamente las decisiones de asambleas de la salud precedentes en el sentido de que las reservas de virus variólico habrían de ser destruidas.

Asimismo, la Asamblea de la Salud reafirmó la necesidad de lograr el consenso acerca de la propuesta de una nueva fecha para la destrucción de las reservas de virus variólico cuando lo permitan los resultados de investigaciones de importancia crucial para mejorar la respuesta de salud pública en caso de brote.

Asimismo, decidió agregar un punto sustantivo titulado «Erradicación de la viruela; destrucción de las reservas de virus variólico» en el orden del día provisional de la 67.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud, por conducto del Consejo Ejecutivo, después de la 66.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud.

(Décima sesión plenaria, 24 de mayo de 2011)

---

---

<sup>1</sup> En el anexo 6 se exponen las repercusiones financieras y administrativas de esta decisión para la Secretaría.

# **ANEXOS**



## ANEXO 1<sup>1</sup>

# Recomendaciones formuladas en el informe definitivo del Comité de Examen acerca del funcionamiento del Reglamento Sanitario Internacional (2005) en relación con la pandemia por virus (H1N1) 2009

[A64/10 - 5 de mayo de 2011]

### Recomendación 1

**Acelerar la puesta en práctica de las capacidades básicas que pide el Reglamento Sanitario Internacional (2005).** La OMS y los Estados Partes deberían refinar y actualizar sus estrategias para cumplir los requisitos del Reglamento Sanitario Internacional (2005) (RSI) en cuanto al fortalecimiento de la capacidad, centrandose primero la atención en los países que tendrán dificultades para cumplir el plazo de 2012 en lo que se refiere a las capacidades básicas. Una posible manera de apoyar y acelerar la aplicación sería que la OMS consiguiera que algunas organizaciones y entidades accedieran a ofrecer asistencia técnica para ayudar a los países interesados a evaluar sus necesidades y determinar la viabilidad comercial para las inversiones. Determinar dicha viabilidad para las inversiones en el fortalecimiento de capacidad relacionada con el RSI y la ulterior movilización de recursos aumentaría las probabilidades de que más Estados Partes puedan cumplir el RSI. Los países y las organizaciones donantes podrían utilizar el anexo 1A del RSI como lista de prioridades para el apoyo al desarrollo, y aprovechar también las oportunidades para compartir recursos especializados, tales como los laboratorios, entre distintos países. Asimismo, la OMS debería actualizar las orientaciones de 2007 sobre las funciones de los Centros Nacionales de Enlace para el RSI, incorporando ejemplos de buenas prácticas que refuercen el valor del RSI.

### Recomendación 2

**Mejorar el Sitio de Información sobre Eventos del RSI que tiene la OMS.** La OMS debería mejorar el Sitio con el fin de convertirlo en una fuente autorizada para la divulgación de información epidémica internacional fiable, actualizada y de fácil acceso. Los Estados Partes deben poder confiar en el Sitio como fuente primaria de información sobre la situación epidemiológica, la evaluación del riesgo, las medidas de respuesta y los fundamentos de estas. El Sitio también se podría utilizar para colgar las orientaciones de la OMS antes de hacerlas públicas. Otras formas de mejorar el Sitio son las siguientes:

Utilizarlo para las orientaciones y los mensajes de los Centros Nacionales de Enlace.

- Lograr que los Estados Partes permitan a la OMS compartir más información.
- Incluir más eventos y ampliar la información sobre cada uno de ellos. Por ejemplo, cada evento podría tener mapas, evaluaciones del riesgo y recomendaciones más extensas, y enlaces a las orientaciones y los Centros Colaboradores de la OMS pertinentes.

---

<sup>1</sup> Véase la resolución WHA64.1.

- Publicar todas las recomendaciones temporales y permanentes hechas en virtud del RSI, así como información sobre los Estados Miembros que implanten medidas adicionales, los fundamentos de estas y la situación en que se encuentren las peticiones de la OMS con respecto a esos fundamentos.

### Recomendación 3

#### **Reforzar las decisiones en materia de viajes y comercio internacionales basadas en datos científicos.**

Cuando los Estados Partes apliquen medidas sanitarias que supongan trabas significativas para el tráfico internacional y sean más restrictivas que las recomendadas por la OMS, el artículo 43 del RSI dispone que aquellos deberán informar a la Organización de dichas medidas. (Como se indica en el artículo 43, «en general, por trabas significativas se entiende impedir la entrada o la salida internacionales de viajeros, equipajes, cargas, contenedores, medios de transporte, mercancías, etc., o retrasarlas por más de 24 horas.») En esas circunstancias, la OMS debería solicitar enérgicamente que se le proporcionen las razones de salud pública y la información científica pertinente, transmitir las a otros Estados Partes y, según corresponda, solicitar que se reconsidere la aplicación de las medidas, como lo estipula el artículo 43. La OMS debería examinar y evaluar la eficacia y las repercusiones de las medidas adoptadas con relación a las fronteras durante la pandemia, con miras a proporcionar orientaciones basadas en datos probatorios para futuros eventos.

### Recomendación 4

**Lograr que todos los Centros Nacionales de Enlace para el RSI tengan la autoridad y los recursos necesarios.** Los Estados Partes deberían velar por que los Centros Nacionales de Enlace para el RSI que han designado cuenten con la autoridad, los recursos, los procedimientos, los conocimientos y la capacitación necesarios para comunicarse con todos los niveles del gobierno y en nombre del gobierno, según sea necesario.

### Recomendación 5

**Fortalecer la capacidad interna de la OMS para dar una respuesta sostenida.** La OMS debería reforzar su capacidad interna para responder a las «emergencias de salud pública de importancia internacional», tales como las pandemias, identificando para ello las aptitudes, recursos y arreglos internos que sean necesarios para respaldar una respuesta que dure más de algunos meses. Entre los arreglos internos que la OMS debería reforzar se encuentran:

- La identificación de las competencias, recursos y ajustes que necesita la Organización para llevar a cabo sus funciones de coordinación y apoyo mundiales.
- El establecimiento de un equipo interno y multidisciplinario de personal capacitado que sea liberado automáticamente de sus tareas habituales durante un tiempo indeterminado, y que se vaya relevando de forma rotatoria al cabo de un tiempo determinado.
- Una capacidad permanente (las 24 horas del día, todos los días de la semana) para atender las necesidades personales en materia de alojamiento, comidas, transporte y cuidado de los hijos que tengan los funcionarios de la OMS que participen en una respuesta sostenida a una emergencia.
- El establecimiento de una estructura de gestión de eventos que pueda mantenerse durante la totalidad de una futura pandemia o de otra emergencia de salud pública mundial prolongada.

## Recomendación 6

**Mejorar las prácticas de nombramiento de un Comité de Emergencias.** Para nombrar y gestionar un Comité de Emergencias, la OMS debería adoptar políticas, normas y procedimientos que aseguren que el comité posee una gama apropiada de conocimientos técnicos y que incluyan los procesos consultivos y la transparencia con respecto a la inexistencia de conflictos de intereses.

- Como estipula el artículo 48 del RSI, la OMS debe nombrar un Comité de Emergencias que disponga de la representación geográfica y de la gama de conocimientos técnicos apropiados para cada evento. El Comité de Examen también concluyó que un espectro más amplio de conocimientos especializados entre los miembros del Comité de Emergencias podría haber sido útil, en particular en lo tocante a la comunicación de los riesgos. El Comité de Examen reconoció que la OMS debe nombrar a un Comité de Emergencias dotado de una serie de aptitudes y conocimientos técnicos que sean apropiados y específicos para cada evento para el que se haya constituido. Para una pandemia de gripe, esos conocimientos técnicos abarcarían la virología, los exámenes de laboratorio, la epidemiología, la experiencia sobre el terreno y el liderazgo en materia de salud pública, la veterinaria, la evaluación y comunicación de los riesgos y las competencias metodológicas en materia de revisiones sistemáticas de la bibliografía científica.
- Para garantizar que estén representados todos los puntos de vista, la OMS debería invitar a todos los miembros del Comité de Emergencias a participar en todas sus deliberaciones más importantes.
- La OMS debería aclarar sus normas y adoptar procedimientos más transparentes de nombramiento de los miembros de los comités de expertos, tales como el Comité de Emergencias, con respecto a los posibles conflictos de intereses. La identidad, los conocimientos pertinentes, la experiencia y las relaciones de los miembros del Comité de Emergencias deberían darse a conocer cuando se haga la propuesta de su nombramiento, dándole al público la oportunidad de hacer observaciones durante un periodo inicial de prueba que se aplicaría a todos los miembros. La OMS debería tener normas claras para determinar cuándo hay un conflicto de intereses que justifique la descalificación de una persona, y disponer de procedimientos claros para determinar cuándo y sobre qué base se pueden admitir excepciones con el fin de obtener los conocimientos técnicos o el equilibrio necesarios. El Comité de Examen reconoce la necesidad de que las consultas con los expertos sean confidenciales, de modo que el Director General se beneficie de un debate y asesoramiento francos. El hecho de que sean deseables consultas confidenciales aumenta la necesidad de transparencia de las normas de nombramiento.
- Como parte de un planteamiento más activo y riguroso de la gestión de los conflictos de intereses, la OMS debe nombrar un funcionario encargado de las cuestiones éticas.

## Recomendación 7

**Revisar las orientaciones sobre la preparación para una pandemia.** La OMS debería revisar sus orientaciones sobre la preparación para una pandemia con el fin de: simplificar la división en fases (una posibilidad sería que solo hubiera tres fases: basal, de alerta y pandémica); hacer hincapié en un planteamiento basado en el riesgo para posibilitar una respuesta más flexible ante diferentes escenarios; recurrir a la participación multisectorial; aprovechar las enseñanzas extraídas a escala nacional, regional y mundial; e incluir más orientaciones sobre la evaluación de los riesgos.

## Recomendación 8

**Elaborar y aplicar medidas para evaluar la gravedad.** La OMS debería elaborar y aplicar medidas que se puedan utilizar para evaluar la gravedad de cualquier epidemia de gripe. Aplicando, evaluando y perfeccionando instrumentos para medir la gravedad año tras año, la OMS y los Estados Miembros podrán prepararse mejor para evaluar la gravedad de la siguiente pandemia. La evaluación de la gravedad no requiere que se modifique la definición de pandemia para que dependa de otros factores que no sean la extensión. Sin embargo, aunque no sea parte de la definición de pandemia, la gravedad constatada y prevista es un componente clave en la toma de decisiones ante una pandemia.

El Comité reconoce que la estimación de la gravedad es especialmente difícil en la fase inicial de un brote, que habitualmente varía en función del lugar y a lo largo del tiempo, y que la gravedad tiene múltiples dimensiones (mortalidad, hospitalizaciones y morbilidad, todas ellas variables en función de la edad y de otras características, tales como el estado de salud previo y el acceso a la atención sanitaria; la carga para el sistema de salud, y factores sociales y económicos). Los términos descriptivos utilizados para caracterizar la gravedad, tales como leve, moderada o intensa, deben definirse de forma cuantitativa en las futuras orientaciones de la OMS, de modo que puedan ser utilizadas coherentemente por diferentes observadores y en diferentes entornos. El Comité insta a que se tengan en cuenta medidas adaptativas que permitan pasar lo más rápidamente posible de los recuentos iniciales de casos, hospitalizaciones y muertes a tasas basadas en la población. La gravedad debería evaluarse lo antes posible en el curso de una pandemia, y reevaluarse continuamente a medida que la pandemia vaya evolucionando y se obtenga nueva información. La gravedad debería evaluarse con una serie de indicadores en un conjunto mínimo de datos acordado de antemano (por ejemplo, tasas de hospitalización, datos sobre la mortalidad, identificación de poblaciones vulnerables y evaluación del impacto en los sistemas de salud). Las estimaciones de la gravedad deben acompañarse de una expresión de la confianza o la incertidumbre.

## Recomendación 9

**Agilizar la gestión de los documentos de orientación.** La OMS necesita una estrategia y un sistema de gestión de documentos que le permita elaborar, aprobar, traducir y difundir orientaciones y otros documentos técnicos de forma puntual y sistemática durante las emergencias de salud pública. Las orientaciones provisionales deberían revisarse a medida que se disponga de nuevos datos. Cuando las orientaciones tengan posibles repercusiones en las políticas, la OMS debería hacer todos los esfuerzos posibles por efectuar consultas con los Estados Miembros y darles aviso anticipado de las publicaciones inminentes. La OMS debería desarrollar la capacidad de asegurar la coherencia de las directrices en toda la Organización, reconociendo que las condiciones reinantes en las diferentes regiones y países pueden variar.

## Recomendación 10

**Formular y aplicar una política de comunicación estratégica para toda la Organización.** La OMS debería formular una política de comunicación para toda la Organización y un planteamiento estratégico para mejorar la comunicación en general, y sobre las emergencias en particular. Un planteamiento estratégico implica adaptar el contenido, la forma y el estilo de los mensajes a medios, horarios y periodicidades que permitan llegar a la audiencia pretendida y sirvan al propósito deseado. La OMS debería estar preparada para mantener una proyección activa y a largo plazo de sus comunicaciones cuando las circunstancias lo exijan, para reconocer los errores y para responder de forma profesional y vigorosa a las críticas injustificadas. Deberían esclarecerse los procedimientos para la publicación en internet, de modo que se puedan archivar los cambios en las páginas web y efectuar un seguimiento histórico de esos cambios. La OMS debería invertir en una presencia sólida en los medios sociales para lograr una comunicación rápida con una audiencia más amplia y diversificada.

### **Recomendación 11**

**Fomentar acuerdos por adelantado en materia de distribución y entrega de vacunas.** De forma concertada con los Estados Miembros y aprovechando los sistemas existentes de distribución de vacunas, la OMS debería fomentar acuerdos por adelantado con y entre los organismos y autoridades pertinentes de los Estados Miembros, los fabricantes de vacunas y demás partes interesadas pertinentes para facilitar la aprobación y entrega de vacunas antipandémicas a los países con escasos recursos, con miras a aumentar la equidad del suministro y a respaldar la planificación anticipada de la administración de vacunas.

### **Recomendación 12**

**Establecer un cuerpo de reserva mundial más amplio de expertos en salud pública.** De forma concertada con la OMS, los Estados Miembros deberían establecer un cuerpo de reserva más amplio de profesionales de la salud pública y de expertos en este campo que puedan ser movilizados para actuar en una respuesta sostenida a una emergencia sanitaria internacional y puedan ser enviados a prestar sus servicios en países que soliciten esa asistencia. El tamaño, la composición y la regulación de la activación y el despliegue de esa entidad (el Cuerpo Mundial para Emergencias Sanitarias) deberían establecerse mediante un proceso consultivo y un acuerdo mutuo entre los Estados Miembros y la OMS. El número de expertos desplegados y sus conocimientos técnicos específicos dependerán de las características de la emergencia a la que tengan que responder. Ese cuerpo ampliaría significativamente la actual Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos, fortaleciendo su composición, recursos y capacidad con miras a prestar un mejor apoyo a las respuestas prolongadas a emergencias de salud pública.

En la actualidad, la capacidad de la OMS para preparar y responder de forma prolongada a cualquier emergencia de salud pública se ve muy limitada por el déficit financiero crónico, agravado por las restricciones al uso de fondos de los Estados Miembros, los asociados y otros donantes. Consciente de las preocupaciones sobre la eficiencia y la rendición de cuentas que motivaron algunas de las restricciones, el Comité concluye que el establecimiento de un fondo para contingencias fuera de la OMS, pero a disposición de la Organización en caso de emergencia de salud pública, sería una medida prudente para garantizar una respuesta mundial inmediata y eficaz.

### **Recomendación 13**

**Crear un fondo para contingencias relacionadas con emergencias de salud pública.** Los Estados Miembros deberían establecer un fondo para emergencias de salud pública de al menos US\$ 100 millones, que quedaría en fideicomiso en una ubicación y una forma que sean fácilmente accesibles para la OMS. El fondo, que serviría para apoyar un aumento súbito de las demandas, y no para la compra de materiales, sería liberado en parte o en su totalidad en caso de declaración de una emergencia de salud pública de importancia internacional, sujeto a la aprobación de un plan de gastos y de rendición de cuentas presentado por la OMS. Las condiciones precisas de la utilización del fondo deberían negociarse entre los Estados Miembros, en consulta con la OMS.

El Comité de Examen elogia los esfuerzos desplegados por los Estados Miembros para lograr un acuerdo sobre el intercambio de virus y el acceso a las vacunas y a otros beneficios, y cree que el éxito dependerá de las expectativas mutuas de beneficios y aportaciones proporcionales y equilibrados por parte de todos los interlocutores. Un acuerdo que sea unilateral o espere aportaciones sin beneficios, o viceversa, no será aceptable ni sostenible. El Comité de Examen cree también que las obligaciones y los beneficios no vinculados a un marco legal no tienen perspectivas de perdurar.

## Recomendación 14

**Llegar a un acuerdo sobre el intercambio de virus y el acceso a las vacunas y a otros beneficios.** El Comité de Examen insta a los Estados Miembros y a la OMS a que concluyan las negociaciones 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. La culminación satisfactoria de esas negociaciones permitirá una mayor disponibilidad de las vacunas y otros beneficios, y una mayor equidad de cara a la epidemia, así como el intercambio continuo y oportuno de virus gripales.

El Comité de Examen ofrece los siguientes elementos para su consideración como parte de un acuerdo aceptable.

Medidas para ampliar la capacidad mundial de producción de vacunas antigripales:

- La OMS debe continuar la práctica de colaborar con los laboratorios de salud pública con el fin de que las cepas vacunales de siembra estén ampliamente disponibles para todos los fabricantes de vacunas.
- Sin perjuicio de las prioridades, la evaluación de riesgos y los recursos en el plano nacional, el Comité de Examen insta a los países a que inmunicen anualmente contra la gripe estacional a sus poblaciones de alto riesgo. Esto puede disminuir la carga de morbilidad. Además puede aumentar la experiencia local en materia de producción, distribución y administración, y fomentar la capacidad mundial de producción de vacunas. En un sentido más general, la experiencia adquirida con los programas integrales durante la época de gripe estacional (en ámbitos como la vigilancia, la comunicación, la educación profesional y del público, las medidas de protección de la salud y las preparaciones farmacéuticas) ofrece una preparación valiosa para hacer frente a una pandemia de gran envergadura.
- El Comité insta a los países a que fortalezcan su capacidad para recibir, almacenar, distribuir y aplicar las vacunas. Estos procesos se simplificarán mediante la aplicación de los adelantos tecnológicos que permiten disminuir la dependencia de la cadena de frío y, por lo demás, simplificar la administración.
- El Comité insta a los Estados Miembros, las organizaciones internacionales y la industria a que, por conducto de programas establecidos como el Plan de Acción Mundial de la OMS para aumentar el suministro de vacunas contra la gripe pandémica, apoyen la transferencia de tecnología para la producción de vacunas y adyuvantes en las partes del mundo que, como África, carecen actualmente de esta capacidad.

Medidas para aumentar el acceso, la asequibilidad y el despliegue de la vacuna antipandémica:

- Todos los fabricantes de vacunas deberían comprometerse a destinar un 10% de cada ciclo de producción de la vacuna contra la gripe pandémica a un fondo común mundial para su redistribución. La OMS debería encargarse de gestionar las asignaciones de este fondo común apoyándose en el asesoramiento de un comité consultivo.
- El acceso a vacunas y medicamentos antivíricos se puede aumentar mediante contratos por adelantado entre la industria, la OMS y los países. Esos contratos deberían negociarse sin tener en cuenta el subtipo vírico, firmarse por un periodo determinado (por ejemplo, entre tres y cinco años) y examinarse y renovarse regularmente.

- Otras medidas que pueden promover un acceso mayor y más equitativo a las vacunas son la fijación de precios diferenciales, la ayuda económica directa a los países de pocos recursos y las donaciones adicionales de vacunas por los países compradores o los fabricantes.
- Los países que reciben donaciones de vacunas deben observar las mismas prácticas de exonerar a los fabricantes de ciertas responsabilidades legales, como lo hace cualquier comprador de vacunas.

Medidas para detectar e identificar rápidamente virus gripales con el potencial de causar una pandemia:

- Todos los Estados Miembros se deben comprometer a compartir rápidamente con los laboratorios colaboradores de la OMS, de acuerdo con los principios que rijan el intercambio de virus gripales y el acceso a las vacunas y otros beneficios, toda muestra biológica y cepa vírica aislada que pueda estar relacionada con un virus gripal nuevo o emergente en poblaciones humanas. Los virus aislados de los animales deben enviarse de inmediato a través del sistema apropiado de sanidad animal. El intercambio de muestras y aislados víricos debe ir acompañada de arreglos para compartir los beneficios, incluido el acceso a las vacunas.

La capacidad mundial para prevenir y limitar una pandemia grave se ve constreñida por muchos factores: la dependencia predominante de una tecnología de producción de vacunas que ha cambiado poco en 60 años; la necesidad de equiparar la vacuna con cepas víricas específicas; la incapacidad de pronosticar qué virus gripales serán peligrosos para la salud humana; la incertidumbre con respecto a la eficacia de muchas medidas de carácter medicamentoso o de salud pública; la carencia de pruebas diagnósticas sobre el terreno que sean rápidas, asequibles, muy sensibles y específicas; y las limitaciones en materia de infraestructura, recursos y capacidad en muchos países. También hace falta mejorar el conocimiento y las estrategias prácticas para aplicar medidas de protección tanto de salud pública como personales, como el lavado de manos, las precauciones al toser y estornudar, el aislamiento y el distanciamiento social.

Algunas de esas limitaciones podrán reducirse con el tiempo mediante las investigaciones nacionales e internacionales. Además, los resultados de las investigaciones en torno a las medidas de protección personales y de salud pública pueden aplicarse a cualquier amenaza emergente de salud pública, especialmente cuando los medicamentos o vacunas escasean o no existen. En vista de que la evaluación de las medidas de salud pública tiene que hacerse por lo común en pleno brote epidémico, es imprescindible idear y preparar con antelación los protocolos y planes de investigación. Al margen de los adelantos de la investigación, la capacidad de resistencia del mundo depende de factores del huésped y ambientales, de manera que el mejoramiento de la situación sanitaria, la promoción del desarrollo económico y el fortalecimiento de los sistemas de salud pueden mitigar las consecuencias de un futuro virus pandémico.

## Recomendación 15

**Emprender un programa integral de investigación y evaluación en torno a la gripe.** Los Estados Miembros, tanto de manera individual como cooperando entre sí, y la OMS deben emprender un programa integral de investigación y evaluación en torno a la gripe. Este debe basarse en una revisión exhaustiva de los datos probatorios obtenidos en todos los campos de la pandemia de gripe por virus (H1N1) 2009. Los objetivos fundamentales de la investigación serían: fortalecer la tecnología de vigilancia y la capacidad epidemiológica y de laboratorio para mejorar la detección, caracterización y monitoreo de virus nuevos; reconocer los determinantes de la transmisibilidad y la virulencia que dependen del virus y los que dependen del huésped; obtener pruebas diagnósticas rápidas, exactas y baratas que puedan realizarse en el lugar donde se presta la atención; aumentar la exactitud y oportunidad de las previsiones basadas en modelos; crear vacunas de espectro más amplio, muy eficaces, seguras y de efecto más duradero; acelerar la produc-

ción de vacunas y aumentar el rendimiento; idear medicamentos antivíricos y antibióticos más eficaces para tratar las complicaciones bacterianas; evaluar la eficacia de las intervenciones mediante medicamentos, vacunas, equipo de protección personal, higiene personal e intervenciones sociales; y valorar la eficacia y los costos de las medidas adoptadas en relación con las fronteras y mejorar la comunicación de los riesgos. Gran parte de esta labor de investigación y evaluación puede y debe llevarse a cabo en ausencia de una pandemia. Sin embargo, algunos estudios solo pueden realizarse durante un evento a escala mundial como una pandemia. En esos casos es esencial elaborar protocolos y determinar la financiación de antemano para que la investigación pueda comenzar sin demora.

**Cuadro** Responsables principales de la ejecución de las recomendaciones y plazos para ello

	<b>Corto plazo (en 1 año)</b>	<b>Medio plazo (en 2 años)</b>	<b>Largo plazo (más de 2 años)</b>
<b>OMS</b>	<p><b>Mejorar el Sitio de Información sobre Eventos del RSI que tiene la OMS</b> (Recomendación 2)</p> <p><b>Fortalecer la capacidad interna de la OMS para dar una respuesta sostenida</b> (Recomendación 5)</p> <p><b>Mejorar las prácticas de nombramiento de un Comité de Emergencias</b> (Recomendación 6)</p> <p><b>Agilizar la gestión de los documentos de orientación</b> (Recomendación 9)</p> <p><b>Formular y aplicar una política de comunicación estratégica para toda la Organización</b> (Recomendación 10)</p>	<p><b>Revisar las orientaciones sobre la preparación para una pandemia</b> (Recomendación 7)</p> <p><b>Elaborar y aplicar medidas para evaluar la gravedad</b> (Recomendación 8)</p>	<p><b>Reforzar las decisiones en materia de viajes y comercio basadas en datos científicos</b> (Recomendación 3)</p>
<b>Países</b>	<p><b>Llegar a un acuerdo sobre el intercambio de virus y el acceso a las vacunas y a otros beneficios</b> (Recomendación 14)</p>	<p><b>Lograr que todos los Centros Nacionales de Enlace para el RSI tengan la autoridad y los recursos necesarios</b> (Recomendación 4)</p>	<p><b>Acelerar la puesta en práctica de las capacidades básicas que pide el RSI</b> (Recomendación 1)</p>
<b>Conjunta</b>		<p><b>Fomentar acuerdos por adelantado en materia de distribución y entrega de vacunas</b> (Recomendación 11)</p>	<p><b>Emprender un programa integral de investigación y evaluación en torno a la gripe</b> (Recomendación 15)</p>

---

	<b>Corto plazo (en 1 año)</b>	<b>Medio plazo (en 2 años)</b>	<b>Largo plazo (más de 2 años)</b>
		<b>Establecer un cuerpo de reserva mundial más amplio de expertos en salud pública</b> (Recomendación 12)  <b>Crear un fondo para contingencias relacionadas con emergencias de salud pública</b> (Recomendación 13)	

---

## ANEXO 2

# Preparación para una gripe pandémica: marco para el intercambio de virus gripales y el acceso a las vacunas y otros beneficios

[A64/8, adición 2 - 5 de mayo de 2011]

	<b>Página</b>
1. PRINCIPIOS .....	82
2. OBJETIVO .....	84
3. ALCANCE .....	84
4. DEFINICIONES Y USO DE LOS TÉRMINOS .....	84
4.1 Materiales biológicos de preparación para una gripe pandémica o «Materiales biológicos PIP» .....	84
4.2 Otros términos técnicos .....	85
4.3 Instituciones, organizaciones y entidades .....	86
4.4 Otros términos .....	86
5. SISTEMA DE INTERCAMBIO DE H5N1 Y OTROS VIRUS GRIPALES POTENCIALMENTE PANDÉMICOS PARA EL HOMBRE EN EL CONTEXTO DE LA PREPARACIÓN PARA UNA GRIPE PANDÉMICA .....	87
5.1 Consideraciones generales .....	87
5.2 Datos sobre secuencias genéticas .....	88
5.3 Mecanismos de Trazabilidad y notificación .....	88
5.4 Acuerdos Modelo de Transferencia de Material .....	89
6. SISTEMA DE COMPARTICIÓN DE BENEFICIOS EN EL CONTEXTO DE LA PREPARACIÓN PARA UNA GRIPE PANDÉMICA .....	89
6.0 Consideraciones generales .....	89
6.1 Coordinación de la preparación y respuesta ante una pandemia por la OMS .....	90
6.2 Evaluación del riesgo de pandemia y respuesta consiguiente .....	90
6.3 Suministro de virus candidatos para vacunas PIP .....	90
6.4 Suministro de reactivos de diagnóstico y kits de pruebas .....	91

	<b>Página</b>
6.5 Suministro de reactivos de referencia para determinar la potencia de las vacunas .....	91
6.6 Creación de capacidad de laboratorio y de vigilancia de la gripe.....	91
6.7 Fortalecimiento de la capacidad de reglamentación .....	91
6.8 Reservas de antivirales .....	92
6.9 Reserva de vacunas en preparación para una gripe pandémica .....	92
6.10 Acceso a las vacunas para su utilización por países en desarrollo en el periodo interpandémico .....	93
6.11 Acceso a vacunas contra la gripe pandémica .....	93
6.12 Fijación de precios de distinto nivel .....	93
6.13 Transferencia de tecnología .....	94
6.14 Mecanismos de financiación sostenibles e innovadores .....	94
7. GOBERNANZA Y EXAMEN .....	96
7.1 Consideraciones generales .....	96
7.2 Grupo Asesor .....	96
7.3 Gobernanza y examen del mandato de los laboratorios del sistema mundial OMS de vigilancia y respuesta a la gripe (SMVRG) .....	97
7.4 Vigilancia y examen del Marco .....	98
APÉNDICE 1 Acuerdo Modelo de Transferencia de Material 1 .....	99
APÉNDICE 2 Acuerdo Modelo de Transferencia de Material 2 .....	103
APÉNDICE 3 Mandato del Grupo Asesor .....	107
APÉNDICE 4 Principios rectores para la elaboración del mandato de los laboratorios ya existentes o futuros del sistema mundial OMS de vigilancia y respuesta a la gripe (SMVRG) para el H5N1 y otros virus gripales humanos pandémicos .....	110
APÉNDICE 5 Mandato relativo al trabajo con materiales biológicos de preparación para una gripe pandémica .....	112

## 1. PRINCIPIOS

En relación con la preparación para una gripe pandémica: intercambio de virus gripales y acceso a las vacunas y otros beneficios, los Estados Miembros de la OMS:

- 1) recuerdan la resolución WHA60.28 de la Asamblea Mundial de la Salud sobre preparación para una gripe pandémica: intercambio de virus gripales y acceso a las vacunas y otros beneficios;
- 2) toman nota del riesgo constante de que se produzca una pandemia de gripe con repercusiones sanitarias, económicas y sociales potencialmente devastadoras, particularmente para los países en desarrollo, que padecen una mayor carga de morbilidad y son más vulnerables;
- 3) reconocen que los Estados Miembros deben compartir el compromiso de intercambiar en condiciones de igualdad el H5N1 y otros virus gripales potencialmente pandémicos para el hombre y los beneficios, considerando estos elementos igualmente importantes de la acción colectiva en pro de la salud pública mundial;
- 4) este Marco se orientará por el objetivo de su aplicación universal con miras a la protección de toda la población del mundo frente a la propagación internacional de la enfermedad;
- 5) recuerdan la necesidad de un intercambio rápido, sistemático y oportuno de H5N1 y otros virus gripales potencialmente pandémicos para el hombre con los Centros Colaboradores de la OMS sobre la Gripe y los Laboratorios de Referencia de la OMS para el H5 como contribución a la evaluación del riesgo de pandemia, el desarrollo de vacunas antipandémicas, la actualización de los reactivos de diagnóstico y los kits de pruebas, y la vigilancia de la resistencia a los antivirales;
- 6) reafirman las obligaciones contraídas por los Estados Partes de conformidad con el Reglamento Sanitario Internacional (2005);
- 7) reconocen que el presente Marco debe aplicarse de conformidad con la legislación, los reglamentos, los derechos y las obligaciones nacionales e internacionales pertinentes;
- 8) reconocen que los beneficios derivados del intercambio de H5N1 y otros virus gripales potencialmente pandémicos para el hombre se deberían compartir con todos los Estados Miembros en función del riesgo y las necesidades de salud pública;
- 9) reconocen la necesidad de un marco justo, transparente, equitativo y eficiente para el intercambio de H5N1 y otros virus gripales potencialmente pandémicos para el hombre y de la compartición de los beneficios, incluido el acceso a medios diagnósticos y tratamientos asequibles, incluidas vacunas, y la distribución de los mismos para quienes los necesiten, especialmente en los países en desarrollo y de forma puntual;
- 10) reconocen también las funciones de liderazgo y supervisión de la OMS en estas cuestiones y la necesidad de colaborar con el Coordinador del Sistema de las Naciones Unidas para la Gripe y otras organizaciones intergubernamentales pertinentes;
- 11) reconocen el derecho soberano de los Estados respecto de sus recursos biológicos y la importancia de una acción colectiva para mitigar los riesgos de salud pública;

- 
- 12) recuerdan la Estrategia mundial sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual, adoptada en la resolución WHA61.21;
- 13) recuerdan que en las resoluciones WHA60.28 y WHA61.21 se reconoce que «los derechos de propiedad intelectual no impiden ni deberían impedir que los Estados Miembros adopten medidas para proteger la salud pública» y «que los derechos de propiedad intelectual son un incentivo importante para el desarrollo de nuevos productos de atención de salud. Sin embargo, este incentivo por sí solo no basta para satisfacer la necesidad de desarrollar nuevos productos contra enfermedades cuando el potencial mercado comercial de dichos productos es pequeño o incierto»;
- 14) reconocen que el compromiso de compartir en condiciones de igualdad el virus H5N1 y otros virus gripales potencialmente pandémicos para el hombre y los beneficios derivados de su uso permiten a los Estados Miembros y el Director General de la OMS evaluar el riesgo mundial de pandemia de gripe, y facultan además a los Estados Miembros y el Director General de la OMS para adoptar medidas que reduzcan el riesgo de aparición de una pandemia y faciliten el desarrollo y producción de vacunas, material diagnóstico y otros productos farmacéuticos que puedan ayudar a responder rápidamente a una eventual pandemia y a contenerla;
- 15) reconocen con grave preocupación que la actual capacidad mundial de fabricación de vacunas antigripales sigue siendo insuficiente para atender las necesidades previstas en caso de pandemia;
- 16) reconocen con grave preocupación que la distribución de las instalaciones de fabricación de vacunas antigripales es insuficiente en particular en los países en desarrollo y que algunos Estados Miembros no pueden desarrollar, producir, costearse ni acceder a las vacunas y a otros beneficios;
- 17) toman nota del Plan de Acción Mundial de la OMS contra la Gripe Pandémica (GAP)\* destinado a incrementar el suministro de vacunas y su objetivo de reducir el desfase entre la demanda potencial de vacunas y su suministro en caso de gripe pandémica mediante la ampliación de la capacidad mundial de producción de vacunas antigripales, inclusive en los países en desarrollo;
- 18) reconocen la importancia de que los Estados Miembros, los fabricantes de productos farmacéuticos y otras entidades con acceso a las tecnologías pertinentes en materia de vacunas, medios diagnósticos o productos farmacéuticos para la gripe hagan esfuerzos concretos para transferir esas tecnologías, técnicas, conocimientos y experiencia a los países, en particular a los países en desarrollo, que actualmente carecen de acceso a ellas;
- 19) reconocen la necesidad de mecanismos de financiación que promuevan la asequibilidad y el acceso equitativo a vacunas, medicamentos y tecnologías de calidad contra la gripe para los países en desarrollo.

---

\* Documento WHO/CDS/EPR/GIP/2006.1.

## 2. OBJETIVO

El objetivo del Marco de Preparación para una Gripe Pandémica es mejorar la preparación y respuesta ante una pandemia de gripe y fortalecer la protección frente a la gripe pandémica mejorando y fortaleciendo el sistema mundial OMS de vigilancia y respuesta a la gripe («SMVRG de la OMS»), con el objetivo de disponer de un sistema justo y transparente, equitativo, eficiente y eficaz para, en pie de igualdad:

- i) el intercambio de H5N1 y otros virus gripales potencialmente pandémicos para el hombre; y
- ii) el acceso a las vacunas y la compartición de otros beneficios.

## 3. ALCANCE

3.1 Este Marco se aplica al intercambio de virus H5N1 y otros virus gripales potencialmente pandémicos para el hombre y la compartición de los beneficios derivados de su uso.

3.2 Este Marco no se aplica a los virus de la gripe estacional ni a otros agentes patógenos o sustancias biológicas no gripales que puedan contener las muestras clínicas intercambiadas de conformidad con el presente Marco.

## 4. DEFINICIONES Y USO DE LOS TÉRMINOS

Para los efectos del presente Marco, los términos siguientes tienen el significado que se les asigna a continuación.

4.1 Materiales biológicos de preparación para una gripe pandémica o «Materiales biológicos PIP»

«Materiales biológicos PIP<sup>1</sup>»: a los fines de este Marco (y de los Acuerdos Modelo de Transferencia de Material (AMTM) y los mandatos que figuran en los apéndices) y del Mecanismo de Trazabilidad de los Virus de la Gripe (MTVG), designan muestras clínicas humanas,<sup>2</sup> aislados víricos del subtipo H5N1 humano salvaje y otros virus gripales potencialmente pandémicos para el hombre; y virus modificados preparados a partir del H5N1 y/o otros virus potencialmente pandémicos para el hombre desarrollados por los laboratorios del SMVRG de la OMS, lo que significa virus candidatos para vacunas generados mediante genética inversa y/o reagrupación con rápido crecimiento.

Los «Materiales biológicos PIP» comprenden asimismo el ARN extraído del virus H5N1 salvaje o de otros virus gripales potencialmente pandémicos para el hombre y los ADNc que abarquen por entero la región codificadora de uno o más genes virales.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> EXENCIÓN OPERACIONAL: los materiales intercambiados en el marco del SMVRG de la OMS o con otros laboratorios específicamente con fines de salud pública no comerciales, incluidas actividades de vigilancia, aplicaciones diag-nósticas y garantía de la calidad, no se manejan como Materiales biológicos PIP. En virtud de esta exención operacional, no se permite su transferencia ulterior con fines distintos de los especificados en el mandato de los Centros Nacionales de Gripe, los Centros Colaboradores de la OMS, los laboratorios reguladores esenciales y los laboratorios de referencia para el H5.

<sup>2</sup> Se facilita la definición de este término.

## 4.2 Otros términos técnicos

«Secuencias genéticas»: orden en que aparecen los nucleótidos en una molécula de ADN o ARN. Contienen la información genética que determina las características biológicas de un organismo o virus.

«Reactivos de referencia»: sustancias biológicas o químicas u organismos o partes de los mismos empleados en las actividades de diagnóstico o vigilancia. Están caracterizados de forma rigurosa y se ha demostrado que son idóneos para ser empleados como estándar de comparación y validación de los resultados de los análisis efectuados en distintos laboratorios.

«Reactivos de referencia para determinar la potencia de las vacunas/reactivos de potencia vacunal»: reactivos empleados por los fabricantes de vacunas y los laboratorios reguladores para analizar y normalizar la potencia de las vacunas contra el virus H5N1 y otros virus gripales potencialmente pandémicos.

«Virus gripales potencialmente pandémicos para el hombre»: cualquier virus de la gripe salvaje que se haya verificado que infecta al ser humano y posee un antígeno hemaglutinina del que se sabe o se sospecha que es distinto de los presentes en los virus de la gripe estacional contemporáneos, indicando así que el virus tiene el potencial de asociarse a una propagación pandémica en poblaciones humanas, según las características definitorias a que se hace referencia en el Reglamento Sanitario Internacional (2005).

«Virus vacunales de preparación para una gripe pandémica» o «virus vacunales PIP»: cualquier virus reagrupado de rápido crecimiento o cualquier virus de referencia de la gripe, virus gripal recomendado por la OMS para producir vacunas o cualquier otro material de virus gripal generado - inclusive mediante tecnologías nuevas y emergentes - a partir de H5N1 u otros virus gripales potencialmente pandémicos para el hombre que se facilite a los fabricantes de vacunas antigripales para que desarrollen un prototipo de vacuna antipandémica, prepandémica, pandémica o de otro tipo.

«Muestra clínica»: material extraído del hombre o de animales, siempre y cuando los países/laboratorios de origen intercambien las muestras obtenidas de animales con el SMVRG de la OMS. Incluye muestras obtenidas a partir del aparato respiratorio (por ejemplo mediante hisopado o aspiración, así como sangre, suero, plasma, heces y tejidos con fines diagnósticos, de detección de patógenos y posterior caracterización, o para estudio o análisis.

«Virus gripales reagrupados de rápido crecimiento»: virus gripales híbridos, incluidos virus recombinantes, que se han obtenido a partir de dos o más virus gripales diferentes y han sido seleccionados para que se multipliquen mejor en huevos o cultivos tisulares a fin de optimizar la producción de vacunas antigripales.

«Virus de referencia de la gripe»: virus gripales salvajes de origen humano o animal que la OMS ha seleccionado como representativos de grupos importantes de virus gripales sobre la base de amplios estudios antigénicos y genéticos y comparaciones con virus gripales de muchos países. A medida que los virus gripales evolucionan de forma natural, se seleccionan nuevos virus de referencia.

«Virus gripales recomendados por la OMS para uso vacunal»: virus gripales salvajes que la OMS recomienda como base para obtener una vacuna antigripal.

«Virus gripales salvajes o aislados de virus gripales»: virus gripales naturales que se han detectado por algún método, incluidas técnicas moleculares, y/o se han cultivado en huevos o en células (esto es, aislados) directamente a partir de muestras clínicas o mediante ulteriores pases en cultivos y que no han sido modificados deliberadamente.

### 4.3 Instituciones, organizaciones y entidades

«Laboratorios Reguladores Esenciales»: laboratorios de gripe designados por la OMS e integrados en, o asociados con, los organismos nacionales de reglamentación que cumplen una función crucial a escala mundial por lo que respecta al desarrollo, la regulación y la normalización de vacunas antigripales. Estos laboratorios participan en el SMVRG de la OMS de acuerdo con sus respectivos mandatos.

«Fabricantes de vacunas, medios diagnósticos y productos farmacéuticos para la gripe»: entidades públicas o privadas, inclusive instituciones académicas, entidades pertenecientes al gobierno o subvencionadas por él, organizaciones sin ánimo de lucro o entidades comerciales que desarrollan y producen vacunas contra la gripe humana y otros productos biológicos derivados del virus H5N1 u obtenidos usando dicho virus u otros virus gripales potencialmente pandémicos para el hombre.

«Centros Nacionales de Gripe» o «CNG: laboratorios de gripe autorizados y designados por un Estado Miembro y reconocidos después por la OMS para llevar a cabo diversas funciones, entre ellas la de proporcionar Materiales biológicos PIP al SMVRG de la OMS de acuerdo con el mandato establecido.

«Otros laboratorios autorizados»: laboratorios de gripe autorizados por un Estado Miembro para proporcionar Materiales biológicos PIP al SMVRG de la OMS. Con este término se pretende abarcar laboratorios que se encuentran en Estados Miembros que carecen de un Centro Nacional de Gripe, o en Estados Miembros que cuentan con CNG pero disponen también de otros laboratorios con algunas funciones realizadas normalmente por los CNG.

«Investigadores en salud pública»: investigadores en salud pública o ciencias básicas de instituciones públicas o privadas no pertenecientes al SMVRG de la OMS, universidades y otras instituciones académicas de investigación cuyos trabajos tienen como prioridad la salud pública.

«Centros Colaboradores de la OMS sobre la Gripe» o «CC de la OMS»: laboratorios de gripe designados por la OMS y respaldados por las autoridades nacionales para cumplir determinadas funciones en el SMVRG de la OMS y que han aceptado un mandato oficial de la OMS. En general, se diferencian de los Centros Nacionales de Gripe y de los Laboratorios de Referencia de la OMS para el H5 en que sus responsabilidades tienen alcance mundial y disponen de medios técnicos más importantes.

«Laboratorios de Referencia de la OMS para el H5»: laboratorios de gripe que la OMS ha designado con objeto de fortalecer la capacidad de los países y las regiones para diagnosticar de manera fiable la infección por virus H5 hasta que esa capacidad esté más extendida.

«SMVRG de la OMS»: red internacional de laboratorios de gripe coordinada por la OMS que lleva a cabo actividades de vigilancia de la gripe durante todo el año, evaluando el riesgo de gripe pandémica y ayudando en las medidas de preparación. El SMVRG de la OMS engloba los Centros Nacionales de Gripe, los Centros Colaboradores de la OMS sobre la Gripe, los Laboratorios de Referencia de la OMS para el H5 y los Laboratorios Reguladores Esenciales.

### 4.4 Otros términos

«Grupo Asesor»: Grupo citado en la sección 7.2 del presente Marco.

«País afectado»: país con casos confirmados en laboratorio de infección de seres humanos o animales por virus H5N1 u otros virus gripales con potencial pandémico para el hombre.

«Director General»: Director General de la Organización Mundial de la Salud.

«Países menos adelantados»: países clasificados periódicamente como tales por el Comité de Políticas de Desarrollo de las Naciones Unidas.

«Laboratorio de origen»: Centro Nacional de Gripe u otro laboratorio autorizado que envía inicialmente los Materiales biológicos PIP/las muestras biológicas a otros laboratorios del SMVRG de la OMS y demás destinatarios.

«Estado Miembro de origen»: Estado Miembro en el que primero se recogieron los Materiales biológicos PIP/las muestras biológicas.

«Marco de Preparación para una Gripe Pandémica»: el presente 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.

«Mecanismo de Trazabilidad de los Virus de la Gripe» («MTVG»): sistema basado en las TI y concebido para someter a seguimiento la transferencia y el movimiento de los Materiales biológicos PIP dentro y fuera del SMVRG de la OMS conforme a lo definido en el Marco.

«Reserva de antivirales de la OMS»: cantidad reservada de medicamentos antivirales y equipo asociado para controlar los brotes de H5N1 y otros virus gripales con potencial pandémico, conforme a lo señalado en la sección 6.8 del presente Marco.

«Estados Miembros de la OMS»: los Estados Partes en la Constitución de la OMS.

«Reserva OMS de vacunas de preparación para una gripe pandémica» o «reserva de vacunas PIP»: reserva de vacunas contra el virus H5N1 u otros virus gripales potencialmente pandémicos para el hombre, según lo expuesto en la sección 6.9 del presente Marco.

«Secretaría de la OMS»: definida en la Constitución de la OMS.

## **5. SISTEMA DE INTERCAMBIO DE H5N1 Y OTROS VIRUS GRIPALES POTENCIALMENTE PANDÉMICOS PARA EL HOMBRE EN EL CONTEXTO DE LA PREPARACIÓN PARA UNA GRIPE PANDÉMICA**

### **5.1 Consideraciones generales**

5.1.1 Los Estados Miembros, a través de sus Centros Nacionales de Gripe y de otros laboratorios autorizados, deberían suministrar rápida y sistemáticamente Materiales biológicos PIP obtenidos de todos los casos de infección humana por H5N1 y otros virus gripales potencialmente pandémicos para el hombre, siempre que sea viable, al Centro Colaborador de la OMS sobre la gripe o el Laboratorio de Referencia para el H5 que elija el Estado Miembro de origen.

5.1.2 El suministro de Materiales biológicos PIP de los Centros Nacionales de Gripe y otros laboratorios autorizados a los Centros Colaboradores de la OMS sobre la Gripe y los Laboratorios de Referencia de la OMS para el H5, según lo establecido en la sección 5.1.1 *supra*, implica que los Estados Miembros dan su consentimiento para la ulterior transferencia de Materiales biológicos PIP a instituciones, organizaciones y otras entidades, de acuerdo con lo estipulado en los Acuerdos Modelo de Transferencia de Material.

5.1.3 Los Centros Nacionales de Gripe y otros laboratorios autorizados desplegarán esfuerzos, en la medida de lo posible, para garantizar que los Materiales biológicos PIP de casos humanos de infección

por H5N1 y otros virus gripales potencialmente pandémicos para el hombre que proporcionen a los Centros Colaboradores de la OMS sobre la Gripe y los Laboratorios de Referencia de la OMS para el H5:

- i) contengan material viable; y
- ii) vayan acompañados de la información acordada en el Mecanismo de Trazabilidad de los Virus de la Gripe y otra información clínica y epidemiológica necesaria para la evaluación del riesgo.

5.1.4 Los Estados Miembros también podrán proporcionar Materiales biológicos PIP directamente a cualquier otra Parte u órgano, a través de mecanismos bilaterales, siempre que los mismos materiales sean suministrados con carácter prioritario a los Centros Colaboradores de la OMS sobre la Gripe y/o los Laboratorios de Referencia de la OMS para el H5 con arreglo a los términos del presente Marco.

## 5.2 Datos sobre secuencias genéticas

5.2.1 Los datos sobre secuencias genéticas, y los análisis realizados a partir de esos datos, de los virus H5N1 y otros virus gripales potencialmente pandémicos para el hombre deberán ser compartidos de forma rápida, sistemática y oportuna con el laboratorio de origen y entre los laboratorios del SMVRG de la OMS.

5.2.2 Reconociendo que la mayor transparencia y acceso a los datos sobre la secuencia genética de los virus gripales reviste importancia para la salud pública, y que existe una tendencia a utilizar bases de datos de dominio público o acceso público como Genbank y GISAID, respectivamente; y

5.2.3 Reconociendo que en algunos casos la publicación de datos de secuencias genéticas ha sido una cuestión delicada para el país suministrador del virus;

5.2.4 Los Estados Miembros piden a la Directora General que consulte con el Grupo Asesor para determinar la mejor manera de seguir examinando y resolviendo los problemas relacionados con el manejo de los datos de secuencias genéticas del virus H5N1 y de otros virus gripales potencialmente pandémicos como Parte del Marco de Preparación para una Gripe Pandémica.

## 5.3 Mecanismos de Trazabilidad y notificación

5.3.1 El Director General, en consulta con el [Grupo Asesor<sup>1</sup>], implantará oportunamente un mecanismo transparente de trazabilidad basado en un sistema electrónico que permita seguir en tiempo real los movimientos de Materiales biológicos PIP que se encuentran o circulan dentro del SMVRG de la OMS y que entran o salen de ella.

5.3.2 Para hacer llegar a los laboratorios y Estados Miembros de origen la retroinformación de forma rápida, sistemática y puntual, el Director General incluirá también en el Mecanismo de Trazabilidad y en los sistemas electrónicos de notificación conexos la petición de que los Centros Colaboradores de la OMS, los Laboratorios de Referencia para el H5 y los Laboratorios Reguladores Esenciales suministren un informe resumido de los análisis de laboratorio así como cualquier información adicional disponible solicitada por el laboratorio de origen en relación con los Materiales biológicos PIP.

---

<sup>1</sup> En la reunión intergubernamental sobre preparación para una gripe pandémica: intercambio de virus gripales y acceso a las vacunas y otros beneficios, celebrada en noviembre de 2007, se pasó a utilizar «mecanismo asesor» en lugar de la expresión «mecanismo de supervisión» empleada en la resolución WHA60.28.

5.3.3 Para procurar que el MTVG no entorpezca el funcionamiento del SMVRG de la OMS durante las emergencias por gripe pandémica, según determine el Director General, éste podrá modificar temporalmente el requisito de registrar todos los Materiales biológicos PIP. Una modificación de esa índole se limitará a la cepa o cepas de virus pandémicos vinculadas con la emergencia.

5.3.4 El Director General notificará cualquier cambio de esa índole a los Estados Miembros.

#### 5.4 Acuerdos Modelo de Transferencia de Material

5.4.1 El Acuerdo Modelo de Transferencia de Material 1 (AMTM 1) que figura en el apéndice 1 será usado en todas las transferencias de Materiales biológicos PIP que se hagan dentro del SMVRG de la OMS mientras esté en vigor.

5.4.2 Usando el Acuerdo Modelo de Transferencia de Material 2 (AMTM 2) que figura en el apéndice 2, el Director General concertará acuerdos con entidades ajenas al SMVRG de la OMS. Esos acuerdos abarcarán todas las transferencias de Materiales biológicos PIP a los receptores mientras estén en vigor.

## 6. SISTEMA DE COMPARTICIÓN DE BENEFICIOS EN EL CONTEXTO DE LA PREPARACIÓN PARA UNA GRIPE PANDÉMICA

### 6.0 Consideraciones generales

6.0.1 Los Estados Miembros deberían, en colaboración con la Secretaría de la OMS, contribuir a desarrollar un sistema de compartición de los beneficios en relación con la gripe pandémica y exhortar a las instituciones, organizaciones y entidades pertinentes, fabricantes de vacunas, medios de diagnóstico y productos farmacéuticos para la gripe e investigadores en salud pública a contribuir asimismo al funcionamiento de ese sistema.

6.0.2 El Sistema PIP de compartición de beneficios posibilitará lo siguiente:

- i)* proporcionar a todos los países información y servicios en materia de vigilancia frente a una pandemia, evaluación de riesgos y pronta alarma;
- ii)* proporcionar beneficios, inclusive, cuando proceda, actividades de aumento de la capacidad de vigilancia frente a una pandemia, evaluación de riesgos e información y servicios de pronta alarma a los Estados Miembros;
- iii)* priorizar beneficios importantes, incluidos entre otros medicamentos antivirales y vacunas contra el H5N1 y otros virus gripales potencialmente pandémicos para el hombre como especialmente prioritarios, para los países en desarrollo, en especial los afectados, según su riesgo y sus necesidades de salud pública y en particular si esos países no tienen la capacidad de producir ellos mismos vacunas, medios diagnósticos o productos farmacéuticos para la gripe. La asignación de prioridades se basará en una evaluación de riesgos y necesidades de salud pública realizada por expertos en el marco de directrices transparentes;
- iv)* mejorar con el tiempo en los países receptores la capacidad para la asistencia técnica y la transferencia de tecnología, conocimientos y experiencia y para la ampliación de la producción de vacuna antigripal, así como por medio de esos elementos, con arreglo a su riesgo y sus necesidades de salud pública.

6.0.3 El Sistema de compartición de beneficios en el contexto de la preparación para una gripe pandémica abarcará los elementos enumerados en el resto de la presente parte.

## 6.1 Coordinación de la preparación y respuesta ante una pandemia por la OMS

La OMS coordinará la preparación y respuesta frente a una pandemia de gripe de conformidad con las disposiciones pertinentes del Reglamento Sanitario Internacional (2005) y con el presente Marco. Por lo que se refiere a los beneficios descritos en este Marco, la OMS debería prestar especial atención a las políticas y prácticas que promuevan durante la pandemia una asignación justa, equitativa y transparente de los recursos médicos escasos (incluidos entre otros vacunas, antivirales y materiales de diagnóstico), basada en los riesgos y las necesidades de salud pública, en particular en la epidemiología de la pandemia. Durante los periodos interpandémicos, la OMS colaborará con los Estados Miembros y las partes interesadas pertinentes a fin de prepararse para desempeñar la función mencionada.

## 6.2 Evaluación del riesgo de pandemia y respuesta consiguiente

6.2.1 Los laboratorios del SMVRG de la OMS pondrán a disposición de la Secretaría de la OMS y del Estado Miembro de origen, de forma rápida, sistemática y oportuna, un informe resumido de los análisis de laboratorio y, cuando lo soliciten, toda la información disponible requerida acerca de los Materiales biológicos PIP de modo que los países afectados y, en particular, los países en desarrollo, puedan dar una respuesta efectiva y satisfactoria al riesgo.

6.2.2 La OMS proporcionará información sobre la respuesta al riesgo que incluirá, entre otras cosas, información sobre el desarrollo de vacunas, virus candidatos y antivirales eficaces a todos los países afectados y, en particular, a los países en desarrollo, a fin de que pueda darse una respuesta efectiva y satisfactoria al riesgo.

6.2.3 La Secretaría de la OMS pondrá a disposición de todos los Estados Miembros de forma rápida, sistemática y oportuna las evaluaciones del riesgo pandémico y ayudará a articular la respuesta al riesgo, aportando toda la información de apoyo necesaria.

6.2.4 Los Centros Colaboradores de la OMS sobre la Gripe, los Laboratorios de Referencia de la OMS para el H5 y el Director General seguirán prestando activamente asistencia técnica a los Estados Miembros para aumentar la capacidad de investigación y vigilancia, inclusive la capacitación de personal, con objeto de asegurar las actividades nacionales de evaluación del riesgo de pandemia y de respuesta a este.

## 6.3 Suministro de virus candidatos para vacunas PIP

6.3.1 El Director General velará por que los Centros Colaboradores de la OMS sobre la Gripe, los Laboratorios de Referencia de la OMS para el H5 y los Laboratorios Reguladores Esenciales suministren virus candidatos para vacunas PIP cuando se les soliciten a:

- i)* fabricantes de vacunas antigripales en condiciones no preferenciales;
- ii)* al mismo tiempo, los laboratorios de los Estados Miembros de origen y otros Estados Miembros;
- iii)* cualquier otro laboratorio.

6.3.2 Toda entidad que reciba virus candidatos para vacunas PIP cumplirá las directrices apropiadas en materia de bioseguridad (Manual de Bioseguridad en el Laboratorio, OMS, 3.<sup>a</sup> edición) y empleará las mejores prácticas de protección en el laboratorio.

#### 6.4 Suministro de reactivos de diagnóstico y kits de pruebas

6.4.1 Los Centros Colaboradores de la OMS sobre la Gripe, los Laboratorios de Referencia de la OMS para el H5 y los Laboratorios Reguladores Esenciales, en colaboración con la Secretaría de la OMS, pondrán a disposición de los Centros Nacionales de Gripe y otros laboratorios autorizados, sin cargo, reactivos diagnósticos no comerciales y kits de pruebas para la identificación y caracterización de muestras clínicas de casos de gripe.

6.4.2 Se insta a los fabricantes de medios de diagnóstico de la gripe que reciban Materiales biológicos PIP a que pongan a disposición de los laboratorios del SMVRG de la OMS, sea sin cargo o con tarifas favorables y/o preferenciales, reactivos diagnósticos y kits de pruebas para la identificación y caracterización de las muestras clínicas de casos de gripe, si las circunstancias lo justifican.

#### 6.5 Suministro de reactivos de referencia para determinar la potencia de las vacunas

6.5.1 Los Laboratorios Reguladores Esenciales seguirán suministrando, cuando se les soliciten, reactivos de referencia para la determinación de la potencia de las vacunas contra el H5N1 y otros virus potencialmente pandémicos para el hombre a los laboratorios reguladores nacionales y los fabricantes de vacunas antigripales de todos los Estados Miembros.

6.5.2 Los Laboratorios Reguladores Esenciales seguirán proporcionando, cuando se les solicite, capacitación en control de calidad de vacunas contra el H5N1 y otros virus potencialmente pandémicos para el hombre a los laboratorios reguladores nacionales de todos los Estados Miembros.

#### 6.6 Creación de capacidad de laboratorio y de vigilancia de la gripe

6.6.1 Cuando así se les solicite, se insta a los Estados Miembros con medios avanzados de laboratorio y vigilancia de la gripe a seguir colaborando con la OMS y con otros Estados Miembros, en particular los países en desarrollo, en la creación de capacidad nacional de laboratorio y vigilancia de la gripe, en particular para lo siguiente:

- i) detección temprana, aislamiento y caracterización de virus;
- ii) participación en la evaluación del riesgo de pandemia y la respuesta;
- iii) desarrollo de la capacidad de investigación en relación con la gripe;
- iv) logro del nivel técnico necesario para que los laboratorios sean considerados Centros Nacionales de Gripe, Laboratorios de Referencia de la OMS para el H5 y Centros Colaboradores de la OMS sobre la Gripe.

#### 6.7 Fortalecimiento de la capacidad de reglamentación

6.7.1 Cuando así se les solicite, los Estados Miembros con capacidad avanzada de reglamentación deberían mejorar y fortalecer la labor que han emprendido los Estados Miembros con la OMS, en particular los países en desarrollo, con el fin de fortalecer la capacidad de las autoridades de reglamentación para aplicar

las medidas necesarias para una rápida aprobación de vacunas, medios diagnósticos y productos farmacéuticos seguros y eficaces relacionados con la gripe humana desarrollados gracias a la utilización de Materiales biológicos PIP, en especial los derivados de nuevos subtipos de virus gripales.

6.7.2 Los Estados Miembros deberían hacer pública la información relacionada con la aprobación sanitaria reglamentaria de vacunas, medios diagnósticos y productos farmacéuticos para la gripe por H5N1 y otros virus gripales potencialmente pandémicos para el hombre, incluidos los desarrollados gracias a la utilización de Materiales biológicos PIP.

## 6.8 Reservas de antivirales

6.8.1 El Director General seguirá trabajando con otros organismos multilaterales, donantes, organizaciones/entidades filantrópicas internacionales, fundaciones privadas y otros asociados potenciales, incluidas instituciones, organizaciones y entidades y en particular fabricantes de vacunas, medios diagnósticos y productos farmacéuticos contra la gripe, en la búsqueda de compromisos de contribuciones y en el mantenimiento y ulterior desarrollo de una reserva de medicamentos antivirales y equipo conexo destinados a contener los brotes de H5N1 u otros virus gripales potencialmente pandémicos para el hombre.

6.8.2 El Director General mantendrá la coordinación con los Estados Miembros, instituciones, organizaciones y otras entidades y los alentará a mantener y seguir desarrollando las reservas de medicamentos antivirales y equipo conexo destinados a contener los brotes de H5N1 u otros virus gripales potencialmente pandémicos para el hombre.

6.8.3 El Director General seguirá recabando orientación de expertos para determinar el volumen, la composición, la reposición, el uso operacional y los procedimientos de despliegue en la utilización de la reserva OMS de material antiviral.

## 6.9 Reserva de vacunas en preparación para una gripe pandémica

6.9.1 El Director General creará y mantendrá una reserva de vacunas contra el H5N1 y otros virus gripales potencialmente pandémicos para el hombre y de equipo conexo, por ejemplo jeringas, agujas y aplicadores, según las orientaciones de los expertos.

6.9.2 La reserva OMS comprenderá inicialmente 150 millones de dosis de vacuna H5N1 para utilizar según las orientaciones de los expertos, incluido el Grupo de Expertos OMS en Asesoramiento Estratégico sobre Inmunización. De manera indicativa:

- i) 50 millones de dosis para utilizar en los países afectados según las necesidades y el riesgo de salud pública a fin de ayudar a contener el primer brote o los primeros brotes de una pandemia emergente; y
- ii) 100 millones de dosis para distribuir, una vez iniciada una pandemia, a los países en desarrollo carentes de acceso o con un acceso insuficiente a vacunas antigripales H5N1, prorrateadas según la población, siendo esos países quienes determinen su uso.

6.9.3 Los Estados Miembros deberían instar a los fabricantes de vacuna antigripal a que den prioridad y respondan a las necesidades de la reserva OMS de vacunas PIP, y a que donen dosis suficientes de vacunas anti-H5N1 para alcanzar la meta inicial (véase el párrafo 6.9.1 *supra*).

6.9.4 El Director General seguirá recabando el asesoramiento de expertos para determinar el volumen, la composición, la reposición y el uso operacional de las vacunas de la reserva OMS de vacunas PIP para el H5N1 y otros virus gripales potencialmente pandémicos.

6.9.5 Si no se donan dosis suficientes, el Director General trabajará con los Estados Miembros para estudiar la manera de usar mecanismos de financiación sostenibles (véase el párrafo 6.14 *infra*) a fin de cubrir las necesidades de la reserva OMS de vacunas PIP.

6.9.6 El Director General, con asesoramiento de expertos, mantendrá sujeta a examen la posibilidad de utilización pre-pandémica de la reserva OMS de vacunas PIP en los países afectados, inclusive respaldando ensayos, según convenga.

6.9.7 El Director General colaborará con los expertos y Estados Miembros pertinentes para formular y llevar a la práctica planes operacionales de despliegue de las vacunas PIP de la reserva OMS.

6.10 Acceso a las vacunas para su utilización por países en desarrollo en el periodo inter-pandémico

6.10.1 Independientemente de las medidas de apoyo a la reserva OMS de vacunas PIP previstas en la sección 6.9 *supra*:

i) Los Estados Miembros deberían instar a los fabricantes de vacuna a que reserven una parte de cada ciclo de producción de vacuna contra el H5N1 u otros virus gripales potencialmente pandémicos para el hombre para que los países en desarrollo puedan constituir con ella una reserva y/o utilizarla si procede; y

ii) Los Estados Miembros deberían seguir colaborando entre sí, con el Director General y con los fabricantes de vacuna antigripal con objeto de velar por que suficientes cantidades de vacuna contra el H5N1 u otros virus gripales potencialmente pandémicos para el hombre y de vacuna contra una gripe pandémica se pongan a disposición de los países en desarrollo al mismo tiempo que de los países desarrollados, según las necesidades y el riesgo de salud pública y a precios de distinto nivel (véase el párrafo 6.12 *infra*).

6.11 Acceso a vacunas contra la gripe pandémica

6.11.1 Los Estados Miembros deberían instar a los fabricantes de vacuna a que reserven una parte de cada ciclo de producción de vacuna contra una gripe pandémica para que la utilicen los países en desarrollo; y

6.11.2 El Director General, en consulta con el Grupo Asesor y los Estados Miembros, convocará a un grupo de expertos para que siga desarrollando mecanismos internacionales, incluidos los existentes, para la producción y distribución de vacunas antigripales teniendo en cuenta el riesgo y las necesidades de salud pública durante una pandemia, mecanismos que se someterán a la consideración de la Asamblea Mundial de la Salud en 2010.

6.12 Fijación de precios de distinto nivel

A fin de hacer más asequibles para los países en desarrollo las vacunas contra una gripe pandémica y las vacunas contra el virus H5N1 u otros virus gripales potencialmente pandémicos para el hombre, así como los antivirales, los Estados Miembros deberían instar a cada uno de los fabricantes de vacunas antigripales y de antivirales a que apliquen precios de distinto nivel a esas vacunas y antivirales. Como parte de ese

mecanismo, se debería instar a cada uno de los fabricantes de vacunas antigripales y de antivirales a tener presente el nivel de ingresos del país y a negociar con las autoridades nacionales del país beneficiario para determinar el precio a aplicar en los mercados privado y público del país. En ese contexto, debería tenerse en cuenta la vulnerabilidad de los países menos adelantados.

### 6.13 Transferencia de tecnología

6.13.1 El Director General seguirá colaborando estrechamente con los Estados Miembros y los fabricantes de vacuna antigripal para aplicar el Plan de Acción Mundial de la OMS contra la Gripe Pandémica orientado a incrementar el suministro de vacunas, en particular sus estrategias encaminadas a construir nuevas plantas de producción en países en desarrollo y/o países industrializados, y mediante la transferencia de tecnología y conocimientos prácticos.

6.13.2 Los Estados Miembros deberían instar a los fabricantes de vacunas, medios diagnósticos y productos farmacéuticos para la gripe a hacer esfuerzos concretos para transferir dichas tecnologías a otros países, sobre todo a países en desarrollo, cuando proceda.

6.13.3 La transferencia de tecnología se debería efectuar de manera coherente con las leyes nacionales y la legislación y las obligaciones internacionales vigentes, facilitarse progresivamente con el tiempo, según términos mutuamente acordados, y ser apropiada para la capacidad de los Estados Miembros receptores, a fin de empoderar a los países en desarrollo para que estudien y fabriquen vacunas, medios diagnósticos y productos farmacéuticos para la gripe.

6.13.4 Los fabricantes de vacuna antigripal que reciban Materiales biológicos PIP pueden otorgar con sujeción a las restricciones de licencia que puedan existir y en condiciones mutuamente acordadas una licencia no exclusiva y libre de regalías a todo fabricante de vacuna antigripal de un país en desarrollo para que pueda utilizar las sustancias, los productos, la tecnología, los conocimientos prácticos, la información y los conocimientos teóricos objeto de propiedad intelectual u otro tipo de protección en el proceso de desarrollo y producción de vacuna antigripal, en particular vacunas pre-pandémicas y anti-pandémicas para utilizarlas en ese país en desarrollo.

6.13.5 Los Estados Miembros que deseen recibir tecnología para producir vacuna antigripal deberían ser alentados a realizar antes estudios sobre la carga de morbilidad por gripe estacional y análisis económicos relacionados en su país. Si el estudio lo justifica, se debería alentar a los Estados Miembros a estudiar la posibilidad de incorporar la vacunación contra la gripe estacional en su programa nacional de inmunización, y conseguir así un funcionamiento sostenible de las plantas de fabricación.

### 6.14 Mecanismos de financiación sostenibles e innovadores

6.14.1 Con miras a asegurar una financiación sostenible del Sistema de Compartición de Beneficios PIP, en particular para los países en desarrollo; y

6.14.2 Teniendo presente los deseos de todos los Estados Miembros y receptores de Materiales biológicos PIP que contribuyen al Sistema de Compartición de Beneficios PIP, financieramente o en especie, de acuerdo con su capacidad y a lo largo del tiempo;

6.14.3 Los fabricantes de vacunas, medios de diagnóstico y productos farmacéuticos contra la gripe, haciendo uso del SMVRG de la OMS, harán una contribución anual de patrocinio a la OMS para mejorar

la preparación y respuesta mundiales ante una gripe pandémica. Se ha decidido que la suma de esas contribuciones anuales equivaldrá al 50% de los gastos corrientes del SMVRG de la OMS.<sup>1</sup> Estas contribuciones darán comienzo en 2012. La distribución entre las empresas se hará con transparencia y equidad, en función de su naturaleza y sus capacidades. El Director General, en consulta con el «Grupo Asesor» concretará las cantidades que deberá aportar cada compañía, así como el mecanismo de implantación de este sistema (véase la sección 6.14.5 más adelante). De este modo, el Director General y el «Grupo Asesor» colaborarán con la industria. El Director General informará anualmente sobre los resultados al Consejo Ejecutivo.

6.14.3.1 Se alienta a los Estados Miembros y a otras partes interesadas a estudiar la posibilidad de realizar donaciones y contribuciones en efectivo a la OMS a fin de mejorar la preparación y respuesta ante una gripe pandémica.

6.14.4 La contribución adquirida en virtud de lo dispuesto en la sección 6.14.3 se utilizará para mejorar la preparación y respuesta ante una pandemia, entre otras cosas para llevar a cabo estudios sobre la carga de morbilidad y fortalecer la capacidad de laboratorio y de vigilancia, y el acceso a las vacunas antipandémicas y los antivirales y su eficaz distribución.

6.14.5 El Director General propondrá al Consejo Ejecutivo la proporción de contribuciones que deberá dedicarse a las medidas de preparación para los periodos interpandémicos, y la proporción que se deberá reservar para las actividades de respuesta en caso de pandemia, basándose en las recomendaciones del «Grupo Asesor».

6.14.6 El Director General, aconsejado por el «Grupo Asesor», resolverá el uso a dar a los recursos. El Director General y el «Grupo Asesor» interactuarán con los fabricantes y con otros interesados.

6.14.7 Se insta a los Estados Miembros a seguir respaldando la aplicación rápida y eficaz del Plan de Acción Mundial de la OMS contra la Gripe Pandémica orientado a incrementar el suministro de vacunas para el año 2015, proporcionando para ello apoyo financiero suficiente de conformidad con las secciones 6.13.1 y 6.13.2 del Marco.

6.14.8 Se insta a los Estados Miembros a apoyar la disponibilidad y rápida expansión del uso seguro de la tecnología de adyuvantes a través de la OMS cuando proceda, reforzando al mismo tiempo la vigilancia de la seguridad de las vacunas.

6.14.9 Se insta a los Estados Miembros a prolongar e incrementar su apoyo para fortalecer la capacidad de laboratorio y vigilancia, en particular en los países en desarrollo, proporcionando para ello apoyo financiero y técnico suficiente de conformidad con la sección 6.6 del Marco.

---

<sup>1</sup> Los costos de funcionamiento del SMVRG en 2010 fueron de aproximadamente US\$ 56,5 millones. Se entiende que los costos de funcionamiento del SMVRG de la OMS son un índice de referencia para la contribución de partenariado del 50%. Esos gastos pueden cambiar con el tiempo, y la contribución cambiará en consecuencia, y no incluirán la contribución de partenariado propiamente dicha.

## 7. GOBERNANZA Y EXAMEN

### 7.1 Consideraciones generales

7.1.1 La aplicación del presente Marco estará supervisada por la Asamblea Mundial de la Salud con el asesoramiento del Director General.

7.1.2 Se establece por el presente documento un mecanismo de supervisión, que incluye a la Asamblea Mundial de la Salud, el Director General y el «Grupo Asesor» independiente, establecido en relación con la Declaración Provisional de noviembre de 2007, y compuesto por expertos internacionales al servicio exclusivo de la Organización. Las funciones respectivas de los miembros del mecanismo de supervisión serán las siguientes:

*i)* La Asamblea de la Salud, de conformidad con la función constitucional de la Organización de actuar como autoridad directiva y coordinadora en asuntos de sanidad internacional, tal y como establece el Artículo 2 *a)* de la Constitución de la OMS, supervisará la aplicación del Marco.

*ii)* El Director General, de conformidad con su función y sus responsabilidades, particularmente en relación con las instituciones colaboradoras y otros mecanismos de colaboración, entre otras cosas, promoverá la aplicación del Marco dentro de la OMS y entre las entidades pertinentes relacionadas con la OMS.

*iii)* A fin de que la Asamblea de la Salud y el Director General dispongan de procesos apropiados de vigilancia y evaluación por expertos en apoyo de esas funciones, el Grupo Asesor, como dispone la presente sección, presentará informes basados en pruebas científicas, evaluaciones y recomendaciones en lo que atañe al funcionamiento del Marco. El Grupo Asesor, de acuerdo con la práctica de la OMS en relación con ese tipo de órganos de expertos independientes, asesorará al Director General pero no realizará él mismo funciones administrativas como el reconocimiento o la retirada del reconocimiento de instituciones técnicas, ni tendrá un papel público salvo si se le autoriza para ello.

### 7.2 Grupo Asesor

7.2.1 El Director General mantendrá el Grupo Asesor a que se refiere la sección 7.1.2 *supra* para monitorear el funcionamiento del SMVRG de la OMS y proporcionar orientaciones para reforzarlo y realizar la necesaria evaluación del sistema basado en la confianza requerido para proteger la salud pública y contribuir a velar por la plena aplicación del presente Marco.

7.2.2 El Director General, en consulta con los Estados Miembros, seguirá velando por que el Grupo Asesor tenga una representación equitativa de las regiones de la OMS y de los países afectados, con una representación equilibrada de países desarrollados y países en desarrollo.

7.2.3 El Grupo Asesor se compondrá de 18 miembros que provendrán de tres Estados Miembros de cada región de la OMS y reunirán una combinación de cualificaciones, a saber: planificadores de políticas, expertos en salud pública y técnicos especializados en materia de gripe, todos ellos reconocidos internacionalmente.

7.2.4 El Grupo Asesor prestará asistencia al Director General en el monitoreo de la aplicación del presente Marco, de conformidad con el mandato del Grupo Asesor que figura en el apéndice 3 del presente Marco.

7.2.5 El Grupo Asesor presentará un informe anual al Director General sobre su evaluación de la aplicación del presente Marco. El informe abarcará lo siguiente:

- i)* la necesaria capacidad técnica del SMVRG de la OMS;
- ii)* el funcionamiento operacional del SMVRG de la OMS;
- iii)* las prioridades, directrices y mejores prácticas del SMVRG de la OMS en cuanto a la preparación para una gripe pandémica (por ejemplo, reservas de vacunas, aumento de la capacidad);
- iv)* la intensificación y la mejora de la vigilancia del H5N1 y otros virus gripales potencialmente pandémicos para el hombre;
- v)* el Mecanismo de Trazabilidad de los Virus de la Gripe;
- vi)* el intercambio de virus gripales y el acceso a las vacunas y otros beneficios;
- vii)* el uso de contribuciones financieras y de otro tipo.

7.2.6 En 2012 la Directora General presentará a la 65.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud, por conducto del Consejo Ejecutivo, un informe sobre la labor realizada por el Grupo Asesor para que la Asamblea decida acerca del futuro mandato de este.

### 7.3 Gobernanza y examen del mandato de los laboratorios del SMVRG de la OMS

7.3.1 Los respectivos mandatos de los Centros Colaboradores de la OMS sobre la Gripe, los Laboratorios de Referencia de la OMS para el H5, los Centros Nacionales de Gripe y los Laboratorios Reguladores Esenciales deberán elaborarse de conformidad con los principios rectores descritos en el apéndice 4 del presente Marco.

7.3.2 El Director General, en consulta con el Grupo Asesor y las autoridades competentes de los Estados Miembros y los Centros Colaboradores de la OMS sobre la Gripe, los Laboratorios de Referencia de la OMS para el H5, los Centros Nacionales de Gripe y los Laboratorios Reguladores Esenciales examinará regularmente los mandatos de las instituciones y laboratorios del SMVRG de la OMS y los modificará si es necesario para promover los principios incorporados en el presente Marco e informará al respecto a la Asamblea Mundial de la Salud.

7.3.3 Los Estados Miembros pueden presentar al Director General alegaciones de incumplimiento por instituciones y laboratorios del SMVRG de la OMS de sus respectivos mandatos o de los Acuerdos Modelo de Transferencia de Material.

7.3.4 En caso de presunta violación de su mandato o de los Acuerdos Modelo de Transferencia de Material por un Centro Colaborador de la OMS sobre la gripe, un Laboratorio de Referencia de a OMS para el H5, o un Centro Nacional de Gripe o un laboratorio regulador esencial, el Director General examinará las circunstancias y podrá deliberar con el Grupo Asesor sobre la respuesta apropiada a esas violaciones. En caso de violación grave el Director General podrá considerar la posibilidad de suspender o revocar la designación OMS del laboratorio en cuestión.

#### 7.4 Vigilancia y examen del Marco

7.4.1 El Director General informará con carácter bienal a la Asamblea Mundial de la Salud, por conducto del Consejo Ejecutivo, acerca de la situación y los progresos de:

- i)* la capacidad de laboratorio y vigilancia (véase la sección 6.6 del Marco);
- ii)* la capacidad de producción mundial de vacuna antigripal (véanse las secciones 6.13.1 y 6.13.2 del Marco);
- iii)* la situación de los acuerdos concertados con la industria, incluida información sobre el acceso a las vacunas, los antivirales y otros materiales contra la pandemia (6.14.3 y 6.14.4);
- iv)* un informe financiero sobre la utilización de la contribución de partenariado (6.14.5);
- v)* la experiencia derivada del uso de la definición de los Materiales biológicos PIP que se hace en la sección 4.1.

7.4.2 El Marco y sus apéndices serán examinados para el año 2016 a fin de proponer a la Asamblea Mundial de la Salud en 2017, por conducto del Consejo Ejecutivo, revisiones que reflejen las novedades pertinentes.

## APÉNDICE 1

### ACUERDO MODELO DE TRANSFERENCIA DE MATERIAL 1 (AMTM 1)

#### Acuerdo Modelo de Transferencia de Material dentro del sistema mundial OMS de vigilancia y respuesta a la gripe (SMVRG)

El presente Acuerdo Modelo de Transferencia de Material (el «Acuerdo» o «el AMTM 1») se ha preparado para impulsar el 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 (el Marco).

#### Artículo 1. Partes en el Acuerdo

1.1 Las Partes en el AMTM 1 se limitan a los laboratorios de gripe que han sido designados o reconocidos por la OMS y que han aceptado trabajar conforme a lo estipulado en el mandato OMS acordado. En el presente Acuerdo:

El Proveedor es el laboratorio que envía los Materiales, según se define *infra*,

(nombre y dirección del proveedor o la institución proveedora, designación del laboratorio (CNG/CC OMS/LRH5/LRE/otro laboratorio autorizado), nombre del funcionario autorizado, señas de contacto del funcionario autorizado) (en lo sucesivo denominado «el Proveedor»)<sup>1</sup>

y

El Receptor es el laboratorio que recibe los Materiales, según se define *infra*,

(nombre y dirección del receptor o institución receptora, designación del laboratorio (CNG/CC OMS/LRH5/LRE/otro laboratorio autorizado), nombre del funcionario autorizado, señas de contacto del funcionario autorizado) (en lo sucesivo denominado «el Receptor»)<sup>1</sup>.

1.2 El Proveedor y el Receptor se designan en adelante colectivamente como las «Partes».

#### Artículo 2. Objeto del Acuerdo

Los Materiales biológicos PIP, según se definen en la sección 4.1 del Marco (en adelante los «Materiales») transferidos del Proveedor al Receptor están sujetos a las disposiciones del presente Acuerdo.

#### Artículo 3. Disposiciones generales

El Proveedor o Receptor considerará la posibilidad de apoyar el fortalecimiento de la capacidad de laboratorio y vigilancia de las redes de los países en desarrollo.

---

<sup>1</sup> A especificar si fuera necesaria la firma a tenor del artículo 11 *infra*.

#### **Artículo 4. Derechos y Obligaciones del Proveedor**

4.1 El Proveedor adoptará las siguientes medidas respecto a los materiales:

4.1.1 Cumplirá lo estipulado en su respectivo Mandato del sistema mundial OMS de vigilancia y respuesta a la gripe (SMVRG).

4.1.2 Velará por que los Materiales sean manejados de conformidad con las directrices oportunas de la OMS y las normas nacionales de bioseguridad.<sup>1</sup>

4.2 El Proveedor da su consentimiento a la ulterior transferencia de los materiales a todos los miembros del SMVRG de la OMS, bajo los mismos términos y condiciones del Acuerdo Modelo de Transferencia de Material dentro del SMVRG (AMTM 1).

4.3 El Proveedor da su consentimiento a la ulterior transferencia de los Materiales fuera del SMVRG de la OMS a condición de que el receptor eventual haya suscrito un Acuerdo Modelo de Transferencia de Material fuera del SMVRG (AMTM 2).

4.4 El Proveedor informará a la OMS sobre el envío de Materiales a entidades del SMVRG de la OMS o ajenas al mismo registrando la operación en el Mecanismo de Trazabilidad de los Virus de la Gripe (MTVG).

#### **Artículo 5. Derechos y obligaciones del Receptor**

5.1 El Receptor adoptará las siguientes medidas respecto a los Materiales:

5.1.1 Cumplirá lo estipulado en su respectivo Mandato del SMVRG de la OMS.

5.1.2 Velará por que los Materiales sean manejados de conformidad con las directrices oportunas de la OMS y las normas nacionales de bioseguridad.

5.1.3 Informará a la OMS sobre el envío de Materiales a entidades del SMVRG de la OMS o ajenas al mismo registrando la operación en el MTVG.

5.1.4 Si se produjeran transferencias adicionales dentro del SMVRG de la OMS, el Receptor actuará de conformidad con lo estipulado en el AMTM 1.

5.2 El Receptor buscará activamente la participación, en la medida de lo posible, de científicos de los laboratorios de origen y de otros laboratorios autorizados, en proyectos científicos asociados a las investigaciones realizadas con muestras clínicas y/o virus gripales procedentes de sus países y procurará hacerlos participar activamente en la preparación de manuscritos para presentaciones y publicaciones.

---

<sup>1</sup> «Guía de la OMS sobre la Reglamentación relativa al transporte de sustancias infecciosas», Documento WHO/CDS/EPR/2007.2. Ginebra. Organización Mundial de la Salud 2007, y «WHO Guidelines for the collection of human specimens for laboratory diagnosis of avian influenza infection.», [http://www.who.int/csr/resources/publications/swineflu/storage\\_transport/en/index.html](http://www.who.int/csr/resources/publications/swineflu/storage_transport/en/index.html)

5.3 El Receptor reconocerá debidamente en las presentaciones y publicaciones la contribución de colaboradores, incluidos los laboratorios/países que proporcionen muestras clínicas o virus gripales con potencial pandémico, así como reactivos, utilizando para ello las directrices científicas existentes.

### **Artículo 6. Derechos de propiedad intelectual**

6.1 El Proveedor y el Receptor no intentarán obtener ningún derecho de propiedad intelectual (DPI) sobre los Materiales.

6.2 El Proveedor y el Receptor reconocen que cualesquiera DPI sobre los Materiales obtenidos antes de la fecha de adopción del Marco por la Asamblea Mundial de la Salud no se verán afectados por el AMTM 1.

6.3 El Proveedor acogido al AMTM 1 puede haber usado tecnología protegida por DPI para obtener o modificar los Materiales. Cualquier receptor de esos Materiales reconocerá que esos DPI serán respetados.

### **Artículo 7. Solución de controversias**

7.1 Si se produjera una controversia en el marco del AMTM 1, las Partes en cuestión tratarán en primer lugar de resolverla negociando entre ellas o de cualquier otra forma amistosa que elijan. De no llegar a un entendimiento, las partes en disputa no estarán eximidas de seguir tratando de resolver la controversia.

7.2 Si la controversia no se soluciona por los medios descritos en el párrafo 1 del presente artículo, una de las Partes podrá acordar que se someta al Director General, quien podrá pedir consejo al Grupo Asesor para intentar resolverla. El Director General podrá formular recomendaciones a las Partes respecto a su resolución e informará a la Asamblea Mundial de la Salud sobre el asunto.

7.3 Las Partes reconocen también el papel del Director General en el contexto del Marco, en particular por lo que se refiere a la sección 7.3.4.

### **Artículo 8. Garantía**

El Proveedor no garantiza la seguridad de los Materiales ni la exactitud o corrección de los datos que los acompañan. Asimismo, tampoco garantiza la calidad, viabilidad ni pureza (genética o mecánica) de los Materiales suministrados. El Proveedor y el Receptor asumen plenamente la responsabilidad de cumplir los respectivos reglamentos y normas nacionales de bioseguridad y bioprotección con respecto a la importación, exportación o liberación de materiales biológicos.

### **Artículo 9. Duración del Acuerdo**

El presente acuerdo contractual se mantendrá en vigor hasta el 31 de diciembre de 2021 y se renovará automáticamente hasta el 31 de diciembre de 2031 a menos que la Asamblea Mundial de la Salud decida lo contrario.

### **Artículo 10. Aceptación y aplicabilidad**

10.1 Receptores o Proveedores integrados en el SMVRG de la OMS en el momento de la adopción del Marco por la Asamblea Mundial de la Salud: la aceptación por tales laboratorios de su Mandato OMS, según lo establecido en el Marco, conlleva la aceptación de este AMTM 1.

10.2 Receptores o Proveedores que se integren en el SMVRG de la OMS tras la adopción del Marco por la Asamblea Mundial de la Salud: la aceptación de la designación o el reconocimiento de la OMS para convertirse en laboratorio del SMVRG de la OMS conllevará la aceptación del AMTM 1.

10.3 Aplicabilidad: el AMTM 1 dejará de ser aplicable en caso de suspensión o revocación de la designación o el reconocimiento por la OMS o de retirada formal del laboratorio del SMVRG de la OMS, o por mutuo acuerdo entre la OMS y el laboratorio. Esa suspensión, revocación o retirada no eximirán al laboratorio de las obligaciones previas contraídas en virtud del AMTM 1.

### **Artículo 11. Firma**

En relación con el artículo 10 *supra*, «Aceptación y aplicabilidad», a menos que cualquiera de las partes solicite que el presente Acuerdo se ejecute mediante la firma de un documento impreso, no se requerirá ninguna otra prueba de aceptación.

## APÉNDICE 2

### ACUERDO MODELO DE TRANSFERENCIA DE MATERIAL 2 (AMTM 2)

#### Acuerdo Modelo de Transferencia de Material fuera del sistema mundial OMS de vigilancia y respuesta a la gripe (SMVRG)

##### Artículo 1. Partes en el Acuerdo

La OMS y el Receptor.<sup>1</sup>

##### Artículo 2. Objeto del Acuerdo

Los Materiales Biológicos PIP, según se definen en la sección 4.1 del Marco (en adelante los «Materiales») transferidos al Receptor están sujetos a las disposiciones del presente Acuerdo.

##### Artículo 2. *bis* Definiciones

- a) Según lo expuesto en la sección 4 del 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.
- b) Otros términos acordados por las partes.

##### Artículo 3. Obligaciones del Proveedor

Será acordado por las partes.

##### Artículo 4. Obligaciones del Receptor

4.1 El Receptor acepta cumplir los compromisos seleccionados *infra*, de conformidad con los términos establecidos en el anexo al presente acuerdo.

4.1.1 El Receptor cumplirá los compromisos seleccionados con arreglo a un calendario determinado por la OMS en consulta con el Grupo Asesor establecido por el Marco PIP y en coordinación con el Receptor, basándose en consideraciones sobre la preparación y respuesta óptimas a la pandemia,

---

<sup>1</sup> Se consideran receptores todas las entidades que reciben «Materiales biológicos PIP» del sistema mundial OMS de vigilancia y respuesta a la gripe (SMVRG), como fabricantes de vacunas, medios diagnósticos y productos farmacéuticos, así como empresas de biotecnología, instituciones de investigación e instituciones académicas. Cada receptor seleccionará las opciones que más convengan a su naturaleza y capacidades.

A. Respecto a los fabricantes de vacunas y/o antivirales, el Receptor se comprometerá a tomar al menos dos de las siguientes medidas:

- A1. Donar a la OMS al menos un 10%<sup>1</sup> de la producción de vacuna antipandémica en tiempo real.
- A2. Reservar para la OMS a precios asequibles al menos un 10%<sup>1</sup> de la producción de vacuna antipandémica en tiempo real.
- A3. Donar a la OMS al menos X tratamientos de los antivirales necesarios para combatir la pandemia.
- A4. Reservar al menos X tratamientos de los antivirales necesarios para combatir la pandemia a precios asequibles.
- A5. Conceder a los fabricantes de los países en desarrollo licencias basadas en los términos que se decidan de común acuerdo y que deberán ser justos y razonables, incluidas unas regalías asequibles, teniendo en cuenta el nivel de desarrollo en el país de uso final de los productos, la tecnología existente, los conocimientos técnicos, y los productos y procesos para los que tengan DPI en lo referente a la producción de *i*) vacunas antigripales, *ii*) adyuvantes, *iii*) antivirales y/o *iv*) medios de diagnóstico.
- A6. Otorgar a los fabricantes de los países en desarrollo licencias exentas de regalías, o bien conceder a la OMS licencias exentas de regalías y no exclusivas sobre los DPI, con derecho a asignar licencias secundarias, para la producción de vacunas contra la gripe pandémica, adyuvantes, productos antivirales y medios diagnósticos para situaciones de pandemia. La OMS podrá conceder licencias secundarias a los fabricantes de los países en desarrollo conforme a los términos y condiciones oportunos y de acuerdo con principios sólidos de salud pública.

Si elige la opción 5 o 6, el Receptor presentará periódicamente a la OMS información sobre las licencias concedidas y el estado de aplicación del acuerdo de licencia. La OMS transmitirá dicha información al Grupo Asesor.

B. Los fabricantes de productos de interés para la preparación y respuesta ante una gripe pandémica y que no fabriquen vacunas o antivirales se comprometerán a adoptar una de las siguientes medidas: A5, A6, B1, B2, B3, B4.

- B1. Donar a la OMS al menos X<sup>1</sup> kits de diagnóstico para la pandemia.
- B2. Reservar para la OMS al menos X<sup>2</sup> kits de diagnóstico para la pandemia a precios asequibles.
- B3. Apoyar, en coordinación con la OMS, el fortalecimiento de la capacidad de laboratorio y vigilancia específica para la gripe en los países en desarrollo.

---

<sup>1</sup> Reconociendo la importancia de la flexibilidad a la hora de negociar con todos los fabricantes, en un margen del 5%-20%.

<sup>1</sup> Reconociendo la importancia de la flexibilidad a la hora de negociar con todos los fabricantes.

- B4. Apoyar, en coordinación con la OMS, la transferencia de tecnología, conocimientos técnicos y/o procesos para la preparación y respuesta ante una gripe pandémica en los países en desarrollo.
- C. El Receptor, además de los compromisos contraídos conforme a lo señalado en A o B *supra*, considerará su contribución a las medidas que se enumeran a continuación, según proceda:
- Donaciones de vacunas
  - Donaciones de vacunas prepandémicas
  - Donaciones de antivirales
  - Donaciones de dispositivos médicos
  - Donaciones de kits de diagnóstico
  - Precios asequibles
  - Transferencia de tecnología y procesos
  - Concesión de sublicencias a la OMS
  - Creación de capacidad de laboratorio y vigilancia

4.2 El Receptor velará por que los Materiales biológicos PIP sean manejados de conformidad con las directrices oportunas de la OMS y las normas nacionales de bioseguridad.

4.3 Si procede, en las presentaciones y publicaciones, el Receptor agradecerá como es debido las aportaciones de los laboratorios de la OMS que hayan facilitado los materiales descritos en el artículo 2, aplicando para ello las directrices científicas vigentes.

4.4 El Receptor solo podrá transferir los Materiales biológicos PIP cuando el nuevo receptor haya suscrito un AMTM con la Organización Mundial de la Salud. Cualquier transferencia ulterior de ese tipo se notificará a la Organización Mundial de la Salud. En casos excepcionales, el Director General podrá autorizar la transferencia de los Materiales biológicos PIP a otro receptor, solicitando a éste paralelamente que suscriba un AMTM, e informar en consecuencia al «Grupo Asesor».

4.5 El Receptor podrá intercambiar Materiales biológicos PIP con cualquier otro firmante de un AMTM suscrito con la Organización Mundial de la Salud.

### **Artículo 5. Solución de controversias**

Si la controversia no pudiera resolverse mediante negociaciones u otros medios no vinculantes que elijan las partes, se someterá a arbitraje vinculante con arreglo a las condiciones establecidas por las partes de mutuo acuerdo.

### **Artículo 6. Responsabilidad e indemnización**

Será acordado por las partes.

### **Artículo 7. Privilegios e inmunidades**

Ningún elemento de estas cláusulas o con ellas relacionadas implicará la obligación de la OMS de someterse a cualquier legislación o jurisdicción nacional, ni podrá ser considerado una exención respecto de

cualquiera de los privilegios e inmunidades de la OMS conforme a la Convención sobre Prerrogativas e Inmunidades de los Organismos Especializados aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 21 de noviembre de 1947 o a cualquier otra disposición del derecho, convenciones o acuerdos internacionales.

#### **Artículo 8. Nombre y emblema**

Será acordado por las partes.

#### **Artículo 9. Garantías**

Será acordado por las partes.

#### **Artículo 10. Duración del Acuerdo**

Será acordado por las partes.

#### **Artículo 11. Rescisión**

Será acordado por las partes.

#### **Artículo 12. Fuerza mayor**

Será acordado por las partes.

#### **Artículo 13. Legislación aplicable**

Será acordado por las partes.

#### **Artículo 14. Firma y aceptación**

En testimonio de lo cual este Acuerdo ha sido debidamente suscrito por las partes.

FIRMADO por y en nombre de la OMS

FIRMADO por y en nombre del Receptor

Firma

Firma

Nombre

Nombre

Cargo

Cargo

\*\*\*\*\*

Anexo\*

Será acordado por las partes.

---

\* Nota del editor: El anexo será elaborado por las partes, según proceda.

APÉNDICE 3  
**GRUPO ASESOR**  
**MANDATO**

(Adoptado por la Reunión Intergubernamental en su periodo reanudado de sesiones de diciembre de 2008, en su forma enmendada en abril de 2011 por el 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.)

1. Antecedentes y mandato del Grupo Asesor

1.1 En la Declaración Provisional adoptada por los Estados Miembros de la OMS que asistieron al periodo reanudado de sesiones de la Reunión Intergubernamental sobre Preparación para una Gripe Pandémica del 20 al 23 de noviembre de 2007 se instó a tomar medidas para desarrollar mecanismos internacionales justos, transparentes y equitativos sobre el intercambio de virus y la compartición de beneficios. Los Estados Miembros pidieron a la Directora General que estableciera un mecanismo asesor encargado de monitorear y proporcionar orientaciones para reforzar el sistema basado en la confianza que se precisa a fin de proteger la salud pública y llevar a cabo la necesaria evaluación de tal sistema. Para ello, los Estados Miembros especificaron que la Directora General debía nombrar un Grupo Asesor en consulta con los Estados Miembros, procurando garantizar una representación equitativa de las regiones de la OMS y los países afectados.

1.2 El sistema basado en la confianza en cuestión es lo que se ha denominado «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» (designado en adelante como «el Marco»). El cometido del Grupo Asesor consiste en monitorear y evaluar el sistema de intercambio de virus gripales H5N1 y otros virus gripales potencialmente pandémicos para el hombre, así como el acceso a las vacunas y otros beneficios, según lo previsto en el Marco, e informar al respecto. Los elementos institucionales del Marco que deberá monitorear el Grupo Asesor son los Centros Nacionales de Gripe, otros laboratorios autorizados, los Centros Colaboradores de la OMS, los Laboratorios de Referencia para el H5 y los Laboratorios Reguladores Esenciales, conforme a lo descrito en la sección 4 del Marco. No se incluye aquí a la industria farmacéutica, si bien el Grupo Asesor podría consultarla.

2. Funciones del Grupo Asesor

2.1 Monitorear y evaluar de qué manera desempeñan las diferentes funciones del Marco sus distintos componentes, e informar al respecto. La información necesaria para llevar a cabo esas tareas debe ser proporcionada por la Secretaría de la OMS y por otras fuentes independientes, cuando las haya. El monitoreo llevado a cabo por el Grupo Asesor permitirá evaluar en todo momento el funcionamiento del Marco y debe abarcar como mínimo lo siguiente:

- a) el intercambio rápido, sistemático y puntual de los virus H5N1 y otros virus gripales potencialmente pandémicos para el hombre con el sistema mundial OMS de vigilancia y respuesta a la gripe (SMVRG);
- b) el Mecanismo de Trazabilidad de los Virus de la Gripe;

- c)* la mejora mundial de la capacidad de laboratorio, sobre todo de los países en desarrollo, a fin de mejorar la preparación para una gripe pandémica;
- d)* la compartición justa y equitativa de los beneficios;
- e)* el uso de contribuciones financieras y de otro tipo.

2.2 Llevar a cabo la necesaria evaluación del Marco de acuerdo con indicadores cuantitativos y cualitativos elaborados a partir de la información suministrada por la Secretaría de la OMS y por otras fuentes independientes si es necesario.

2.3 Proporcionar orientación al Director General para reforzar el funcionamiento del Marco.

2.4 Hacer recomendaciones al Director General sobre el uso de las contribuciones financieras y de otra índole.

2.5 Las recomendaciones y los informes del Grupo Asesor estarán basados en la evidencia.

2.6 Presentar un informe anual al Director General sobre su evaluación de la aplicación del presente Marco. El informe abarcará lo siguiente:

- a)* la necesaria capacidad técnica del SMVRG de la OMS;
- b)* el funcionamiento operacional del SMVRG de la OMS;
- c)* las prioridades, directrices y mejores prácticas del SMVRG de la OMS en cuanto a la preparación para una gripe pandémica (por ejemplo, reservas de vacunas, aumento de la capacidad);
- d)* la intensificación y la mejora de la vigilancia del H5N1 y otros virus gripales potencialmente pandémicos para el hombre;
- e)* el Mecanismo de Trazabilidad de los Virus de la Gripe;
- f)* el intercambio de virus gripales y el acceso a las vacunas y otros beneficios;
- g)* el uso de contribuciones financieras y de otro tipo.

### 3. Designación de los miembros

3.1 El Grupo Asesor constará de 18 miembros pertenecientes a tres Estados Miembros de cada una de las regiones de la OMS, que combinarán las diversas aptitudes de formuladores de políticas, expertos en salud pública y expertos técnicos de prestigio internacional en el campo de la gripe. En el ejercicio de sus funciones esos miembros actuarán como expertos internacionales al servicio de la OMS exclusivamente.

3.2 Cada uno de los miembros desempeñará sus funciones por un periodo de tres años. La duración del mandato será de tres años, y cada año se renovará a la tercera Parte de los miembros; al sustituir a un miembro por otro se deberá mantener la representación equitativa de las seis regiones de la OMS y los países afectados; todos los miembros podrán optar a dos mandatos. En caso de dimisión o incapacidad de un miembro por cualquier motivo, el Director General nombrará a un sustituto con el que se mantenga la representación equitativa de las seis regiones de la OMS y los países afectados. El sustituto completará el

---

mandato de su predecesor. El Grupo elegirá de entre sus miembros a un Presidente y un Vicepresidente que ejercerán esas funciones durante dos años, transcurridos los cuales los miembros del Grupo elegirán a otras dos personas para ocupar dichos cargos.

3.3 El Director General aceptará periódicamente candidaturas de representantes y las incluirá en una lista que utilizará para sustituir a los miembros salientes con el fin de mantener la representación equitativa de las seis regiones de la OMS y los países afectados.

#### 4. Métodos de trabajo

4.1 El Director General definirá para este Grupo Asesor métodos de trabajo que se ajusten a las prácticas y los procedimientos de la OMS.

4.2 El Grupo Asesor se regirá por el Reglamento de los Cuadros y Comités de Expertos, en particular por lo que se refiere al carácter privado de las reuniones. Además, los miembros del Grupo Asesor no podrán hacer declaraciones públicas, a título individual o en nombre del Grupo, sobre los trabajos del mismo, salvo cuando reciban la autorización necesaria para ello del Director General o con fines informativos.

#### 5. Recursos para la aplicación

El Director General proporcionará los recursos humanos y financieros necesarios para respaldar la labor del Grupo Asesor.

## APÉNDICE 4

**PRINCIPIOS RECTORES PARA LA ELABORACIÓN DEL MANDATO DE LOS LABORATORIOS YA EXISTENTES O FUTUROS DEL SISTEMA MUNDIAL OMS DE VIGILANCIA Y RESPUESTA A LA GRIPE (SMVRG) PARA EL H5N1 Y OTROS VIRUS GRIPALES HUMANOS PANDÉMICOS**

Las funciones, responsabilidades y actividades específicas de los distintos laboratorios del sistema mundial OMS de vigilancia y respuesta a la gripe (SMVRG) pueden diferir según se trate de un Centro Nacional de Gripe, un Centro Colaborador de la OMS, un Laboratorio de Referencia para el H5 o un Laboratorio Regulador Esencial. Sin embargo, en el contexto de la preparación para una gripe pandémica y de sus actividades con el virus H5N1 y otros virus potencialmente pandémicos para el hombre, a la hora de formular el mandato de cada grupo de laboratorios del SMVRG de la OMS se deberán observar los siguientes principios rectores básicos:

1. Todas las actividades emprendidas por los laboratorios del SMVRG de la OMS conforme a su mandato OMS estarán en consonancia con el Marco y el Acuerdo Modelo de Transferencia de Material.\*
2. Los laboratorios del SMVRG de la OMS serán coordinados por la OMS y recibirán apoyo de ella.
3. Los laboratorios del SMVRG de la OMS proporcionarán puntualmente un informe resumido sobre los análisis de laboratorio y, cuando así se solicite, cualquier otra información disponible sobre las pruebas realizadas, los resultados de las pruebas y la evaluación del riesgo asociado y la respuesta al riesgo conforme a lo especificado en su mandato.
4. Los laboratorios del SMVRG de la OMS intercambiarán sus experiencias y, cuando sea necesario y en la medida en que lo permitan sus recursos, ayudarán a fortalecer la capacidad de los Estados Miembros.
5. Los laboratorios del SMVRG de la OMS respaldarán, con arreglo a lo estipulado en su mandato, el desarrollo de posibles vacunas antipandémicas, vacunas antipandémicas, materiales diagnósticos y productos farmacéuticos.
6. Cuando un laboratorio del SMVRG de la OMS realice investigaciones con virus gripales recibidos con fines de vigilancia de la salud pública, procederá a ello de manera que, en la mayor medida posible, participen en los trabajos, incluido todo el proceso de publicación, científicos del Centro Nacional de Gripe u otro laboratorio autorizado que haya suministrado el material, especialmente cuando pertenezca a un país en desarrollo.
7. Los laboratorios del SMVRG de la OMS apoyarán la preparación y respuesta de la salud pública mundial, especialmente en las situaciones de urgencia provocadas por brotes y epidemias internacionales.
8. Los laboratorios del SMVRG de la OMS intercambiarán de forma rápida, sistemática y puntual materiales biológicos PIP, usando cuando proceda el Mecanismo de Trazabilidad de los Virus de la Gripe, incluida la distribución a otros laboratorios cualificados, a fin de facilitar la evaluación del riesgo para la

---

\* Nota del editor: por «Acuerdo Modelo de Transferencia de Material» se entiende el «Acuerdo Modelo de Transferencia de Material 1».

---

salud pública, las actividades de respuesta al riesgo y las investigaciones científicas con arreglo a lo establecido en el Acuerdo Modelo de Transferencia de Material.\*

9. Los laboratorios del SMVRG de la OMS enviarán datos sobre secuencias genéticas a GISAID y Genbank o a bases de datos semejantes en forma oportuna y en coherencia con el Acuerdo Modelo de Transferencia de Material.\*

10. Los laboratorios originarios que proporcionen materiales biológicos PIP a los laboratorios del SMVRG de la OMS recibirán por ello los créditos y reconocimientos debidos.

---

\* Nota del editor: por «Acuerdo Modelo de Transferencia de Material» se entiende el «Acuerdo Modelo de Transferencia de Material 1».

## APÉNDICE 5

### CENTROS COLABORADORES DE LA OMS SOBRE LA GRIPE

#### MANDATO RELATIVO AL TRABAJO CON MATERIALES BIOLÓGICOS DE PREPARACIÓN PARA UNA GRIPE PANDÉMICA

##### ANTECEDENTES

El sistema mundial OMS de vigilancia y respuesta a la gripe (SMVRG) actúa como mecanismo mundial de alerta ante la aparición de virus gripales con características importantes, entre ellos los que poseen potencial pandémico. En lo que respecta a las actividades relacionadas con la gripe pandémica, el SMVRG de la OMS incluye cuatro categorías complementarias de instituciones y laboratorios: los Centros Nacionales de Gripe, los Centros Colaboradores de la OMS, los Laboratorios de Referencia de la OMS para el H5 y los Laboratorios Reguladores Esenciales. La coordinación del SMVRG de la OMS incumbe al Programa Mundial de la Gripe de la OMS. Todas las instituciones y laboratorios de cada una de estas categorías desempeñan funciones definidas por mandatos básicos. En el mandato básico de los Centros Colaboradores de la OMS se establecen los requisitos mínimos que debe cumplir cada uno de ellos, y para ser designado Centro Colaborador es indispensable tener capacidad para cumplirlos. Cada laboratorio o institución reconocido o designado oficialmente por la OMS como parte del SMVRG de la OMS acepta registrarse por el mandato básico aplicable a su categoría. Más adelante figura el mandato básico aplicable a los Centros Colaboradores de la OMS.

Además, cada uno de los Centros Colaboradores de la OMS que forma parte del SMVRG de la OMS puede tener un mandato específico, según proceda. Los mandatos específicos reconocen la existencia de diferencias entre los Centros Colaboradores de la OMS con respecto a sus conocimientos especializados, capacidades e intereses, y permiten que cada uno de ellos realice funciones adicionales relacionadas con las actividades de evaluación y respuesta ante el riesgo de pandemia. Los mandatos específicos serán debatidos y acordados entre el Centro Colaborador de la OMS y el Programa Mundial de la Gripe de la OMS antes de la designación o redesignación de aquél.

En general, los Centros Colaboradores de la OMS realizan una evaluación continua del riesgo de pandemia de gripe, y proporcionan a los Estados Miembros y a la Secretaría asesoramiento, conocimientos técnicos y apoyo que faciliten las actividades de respuesta a los riesgos de gripe. Los Centros Colaboradores de la OMS prestan apoyo a la investigación de brotes, realizan análisis completos de los virus y seleccionan y desarrollan virus con potencial pandémico candidatos para vacunas antigripales. La ejecución eficiente de las actividades de evaluación y respuesta ante el riesgo de gripe pandémica se basa en el esfuerzo colectivo de todos los miembros del SMVRG de la OMS, a través del intercambio rápido de materiales biológicos, reactivos de referencia, datos epidemiológicos y otras informaciones.

Se entiende que todas las actividades, los mandatos específicos o las funciones asociadas de los laboratorios del SMVRG de la OMS se guiarán por los principios rectores acordados en la Reunión Intergubernamental que se reproducen a continuación, mientras actúen en calidad de laboratorios del SMVRG de la OMS. Los mandatos de todos los laboratorios del SMVRG de la OMS se han elaborado con arreglo a los siguientes principios rectores de carácter general:

---

**Principios rectores para la elaboración del mandato de los laboratorios ya existentes o futuros del sistema mundial OMS de vigilancia y respuesta a la gripe (SMVRG) para el H5N1 y otros virus gripales humanos pandémicos**

1. Todas las actividades emprendidas por los laboratorios del SMVRG de la OMS conforme a su mandato OMS estarán en consonancia con el Marco y el Acuerdo Modelo de Transferencia de Material.\*
2. Los laboratorios del SMVRG de la OMS serán coordinados por la OMS y recibirán apoyo de ella.
3. Los laboratorios del SMVRG de la OMS proporcionarán puntualmente un informe resumido sobre los análisis de laboratorio y, cuando así se solicite, cualquier otra información disponible sobre las pruebas realizadas, los resultados de las pruebas y la evaluación del riesgo asociado y la respuesta al riesgo conforme a lo especificado en su mandato.
4. Los laboratorios del SMVRG de la OMS intercambiarán sus experiencias y, cuando sea necesario y en la medida en que lo permitan sus recursos, ayudarán a fortalecer la capacidad de los Estados Miembros.
5. Los laboratorios del SMVRG de la OMS respaldarán, con arreglo a lo estipulado en su mandato, el desarrollo de posibles vacunas antipandémicas, vacunas antipandémicas, materiales diagnósticos y productos farmacéuticos.
6. Cuando un laboratorio del SMVRG de la OMS realice investigaciones con virus gripales recibidos con fines de vigilancia de la salud pública, procederá a ello de manera que, en la mayor medida posible, participen en los trabajos, incluido todo el proceso de publicación, científicos del Centro Nacional de Gripe u otro laboratorio autorizado que haya suministrado el material, especialmente cuando pertenezca a un país en desarrollo.
7. Los laboratorios del SMVRG de la OMS apoyarán la preparación y respuesta de la salud pública mundial, especialmente en las situaciones de urgencia provocadas por brotes y epidemias internacionales.
8. Los laboratorios del SMVRG de la OMS intercambiarán de forma rápida, sistemática y puntual materiales biológicos PIP, usando cuando proceda el Mecanismo de Trazabilidad de los Virus de la Gripe, incluida la distribución a otros laboratorios cualificados, a fin de facilitar la evaluación del riesgo para la salud pública, las actividades de respuesta al riesgo y las investigaciones científicas con arreglo a lo establecido en el Acuerdo Modelo de Transferencia de Material.\*
9. Los laboratorios del SMVRG de la OMS enviarán datos sobre secuencias genéticas a GISAID y Genbank o a bases de datos semejantes en forma oportuna y en coherencia con el Acuerdo Modelo de Transferencia de Material.\*
10. Los laboratorios originarios que proporcionen materiales biológicos PIP a los laboratorios del SMVRG de la OMS recibirán por ello los créditos y reconocimientos debidos.

---

\* Nota del editor: por «Acuerdo Modelo de Transferencia de Material» se entiende el «Acuerdo Modelo de Transferencia de Material 1».

## Mandato básico

Los Centros Colaboradores de la OMS sobre la Gripe son centros de excelencia en esta materia que son designados por la OMS y convienen en lo siguiente:

### A. Actividades y condiciones generales

Centros Colaboradores de la OMS sobre la Gripe

1. trabajar bajo la coordinación del Programa Mundial de la Gripe de la OMS y prestar apoyo a la OMS (principios rectores 2 y 7);
2. cumplir el mandato básico y el mandato específico utilizando para ello apoyo financiero proporcionado únicamente por fuentes gubernamentales u otras fuentes no comerciales;
3. utilizar el Mecanismo OMS de Trazabilidad de los Virus de la Gripe para registrar la recepción y transferencia de Materiales biológicos PIP (principio rector 8);
4. cumplir lo estipulado en el Acuerdo Modelo de Transferencia de Material\* del 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 (principio rector 1);
5. mantener la capacidad para intercambiar, de forma regular y puntual, materiales e información con otros Centros Colaboradores de la OMS (principios rectores 3 y 8);
6. tener acceso pleno y sin restricciones a servicios de laboratorio con nivel de bioseguridad 3 que cumplan normas internacionales y nacionales reconocidas. Los proveedores asumen plenamente la responsabilidad de cumplir los respectivos reglamentos nacionales de bioseguridad y bioprotección, en el entendimiento de que dichos reglamentos y normas se ajustarán, como mínimo, a las normas OMS pertinentes que estén vigentes;
7. operar como fuente de recursos técnicos para la OMS en cuestiones urgentes relacionadas con la gripe pandémica o brotes de gripe potencialmente pandémicos (principios rectores 2 y 5);
8. reconocer debidamente a los laboratorios de origen que proporcionen muestras clínicas y/o virus gripales con potencial pandémico (principios rectores 8 y 10);
9. mantener y fortalecer la comunicación y colaboración activas con los Centros Nacionales de Gripe<sup>1</sup> y la OMS con miras a garantizar el intercambio rápido de informaciones y resultados importantes desde el punto de vista de la salud pública (principios rectores 3, 4, 7 y 8);
10. alertar a la OMS y al país que haya suministrado las muestras clínicas y/o los virus con potencial pandémico de hallazgos inusuales relacionados con la evaluación del riesgo de gripe pandémica (principios rectores 3 y 7);

---

\* Nota del editor: por «Acuerdo Modelo de Transferencia de Material» se entiende el «Acuerdo Modelo de Transferencia de Material 1».

<sup>1</sup> Centros Nacionales de Gripe designados por la OMS.

11. proporcionar, cuando así lo pida la OMS, asesoramiento técnico y apoyo de laboratorio que ayuden a los Estados Miembros, y en particular a los países en desarrollo, a responder a los brotes de gripe con potencial pandémico y a evaluar el riesgo (principios rectores 2, 3, 4 y 7);
12. proporcionar capacitación y prestar apoyo de laboratorio a los Centros Nacionales de Gripe, especialmente de los países en desarrollo, en materia de técnicas y aptitudes de laboratorio, incluidos el diagnóstico, el análisis de datos, la evaluación de riesgos y otras capacidades esenciales (principio rector 4);
13. ayudar a la OMS a mejorar la vigilancia mundial de los virus gripales con potencial pandémico (principios rectores 2 y 7), incluidas la formulación de normas, recomendaciones y políticas, la mejora de la respuesta a los brotes y la preparación para una pandemia (principios rectores 2, 3, 4 y 7);
14. proporcionar a la OMS y a los laboratorios de origen, de forma regular y puntual, datos de vigilancia y resultados de la caracterización de los virus (principios rectores 3 y 7);
15. asesorar al SMVRG de la OMS acerca de los métodos de laboratorio para el diagnóstico de los virus gripales con potencial pandémico, incluida la adopción de nuevos métodos diagnósticos, la mejora de las prácticas de laboratorio y otras necesidades operacionales (principios rectores 2, 3 y 5).

#### B. Análisis de laboratorio y actividades conexas

##### Centros Colaboradores de la OMS sobre la Gripe

1. realizar con exactitud el diagnóstico de laboratorio, la tipificación y subtipificación, y la confirmación de los virus de la gripe A (H5) y de otros virus gripales con potencial pandémico presentes en las muestras recibidas (principios rectores 2, 3 y 7);
2. proceder al aislamiento de virus gripales con potencial pandémico en huevos embrionados y cultivos celulares;
3. llevar a cabo análisis antigénicos y genéticos detallados de los virus gripales con potencial pandémico y poner los resultados a disposición de la OMS y de los laboratorios de origen de manera puntual (principios rectores 2, 3, 4 y 7);
4. compartir inmediatamente con el laboratorio de origen, los Centros Colaboradores de la OMS y los Laboratorios de Referencia para el H5 las secuencias disponibles de los genes de la hemaglutinina y la neuraminidasa, así como de otros genes de los virus A(H5) y otros virus gripales con potencial pandémico (principio rector 3);
5. incorporar de forma puntual a una base de datos pública las secuencias disponibles de los genes de la hemaglutinina y la neuraminidasa, así como de otros genes de los virus A(H5) y otros virus gripales con potencial pandémico, nunca más de 3 meses después de que se haya completado la secuenciación, a menos que el laboratorio o país que haya proporcionado las muestras clínicas y/o los virus ordene lo contrario (principio rector 9);
6. producir y distribuir antisueros de hurón contra virus gripales con potencial pandémico a los laboratorios OMS que participen en la selección y desarrollo de virus para vacunas antigripales (principio rector 5);

7. realizar análisis, proporcionar datos y asesoramiento a la OMS y participar en reuniones y teleconferencias acerca de la selección, desarrollo y disponibilidad puntual de virus candidatos para vacunas antigripales contra virus H5N1 y otros virus gripales con potencial pandémico (principios rectores 2, 5 y 7);
8. participar en el desarrollo de virus candidatos para vacunas antigripales con fines de preparación y respuesta ante una pandemia de gripe (principios rectores 5 y 7);
9. llevar a cabo pruebas de sensibilidad a los antivíricos con virus H5N1 y otros virus gripales con potencial pandémico, e informar puntualmente a los laboratorios de origen y a la OMS (principio rector 3);
10. seleccionar, mantener y actualizar un grupo de virus de referencia con potencial pandémico, entre ellos el H5N1, y los antisueros correspondientes, si los hubiere, y actualizar la disponibilidad para la OMS de virus candidatos para vacunas antigripales, y en su caso de los antisueros correspondientes (principios rectores 2, 3, 5 y 7);
11. desarrollar, actualizar y producir, directamente o a través de entidades contratadas, reactivos para el diagnóstico de laboratorio de virus H5N1 y de otros virus gripales con potencial pandémico, y distribuirlos a los Centros Nacionales de Gripe, con sujeción a la disponibilidad de recursos (principio rector 5);
12. intercambiar de forma puntual las muestras clínicas y los virus gripales con potencial pandémico, de conformidad con el Acuerdo Modelo de Transferencia de Material,\* con los laboratorios que trabajan en coordinación y en colaboración con el Programa Mundial de la Gripe de la OMS, tales como:
  - i) otros Centros Colaboradores de la OMS (principios rectores 1 y 8);
  - ii) Laboratorios Reguladores Esenciales que participan en el proceso seguido por la OMS para seleccionar y desarrollar virus candidatos para vacunas antigripales, así como en el desarrollo de reactivos para medir la potencia de las vacunas (principios rectores 1 y 8);
  - iii) otros laboratorios que participan en actividades especializadas coordinadas por la OMS (por ejemplo, los proyectos OMS de evaluación externa de la calidad para la detección de virus de la gripe del subtipo A mediante la reacción en cadena de la polimerasa y de actualización de los cebadores utilizados para detectar virus de la gripe mediante la reacción en cadena de la polimerasa), y otras actividades cuya finalidad es el fortalecimiento de la capacidad, de la vigilancia mundial de la gripe, de la evaluación de los riesgos y de la respuesta ante ellos (principios rectores 1, 4 y 8);
13. seleccionar, bajo la coordinación de la OMS, virus candidatos para vacunas antigripales, con el fin de desarrollar y producir vacunas contra virus gripales con potencial pandémico. Dependiendo del proceso de producción de la vacuna, dichos virus candidatos pueden ser virus salvajes o virus reagrupados de gran crecimiento, entre ellos los preparados mediante genética inversa. Distribuir, tras solicitud previa, virus candidatos para vacunas antigripales entre receptores apropiados que dispongan del nivel de bioseguridad adecuado, tales como fabricantes de vacunas antigripales, empresas fabricantes de productos diagnósticos, institutos de investigación y otros interesados en recibir virus para vacunas antigripales (principios rectores 5 y 8);

---

\* Nota del editor: por «Acuerdo Modelo de Transferencia de Material» se entiende el «Acuerdo Modelo de Transferencia de Material 1».

14. seleccionar, mantener y actualizar virus de referencia A (H5N1) y otros con potencial pandémico que sean antigénica y genéticamente representativos de grupos importantes de virus. Con sujeción a la disponibilidad de recursos, distribuir tras solicitud previa virus de referencia y los antisueros correspondientes a los Centros Nacionales de Gripe y otros institutos para actividades no comerciales tales como la vigilancia, y para referencia e investigación (principio rector 10);

C. Investigación, presentaciones y publicaciones científicas

Centros Colaboradores de la OMS sobre la Gripe

1. buscar activamente la participación de científicos de los laboratorios/países de origen en proyectos científicos asociados a las investigaciones realizadas con muestras clínicas y/o virus gripales procedentes de sus países y hacerlos participar activamente en la preparación de manuscritos para presentaciones y publicaciones (principio rector 6);

2. reconocer debidamente en las presentaciones y publicaciones la contribución de colaboradores, incluidos los laboratorios/países que proporcionen muestras clínicas o virus gripales con potencial pandémico, así como reactivos, utilizando para ello directrices como las establecidas por el Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas<sup>1</sup> (principio rector 6).

Mandato específico

Se trata de otras funciones atribuidas a un Centro Colaborador de la OMS en particular, teniendo en cuenta sus conocimientos especializados concretos en materia de gripe.

---

<sup>1</sup> Véase: <http://www.icmje.org/>.

## CENTROS NACIONALES DE GRIPE

### MANDATO RELATIVO AL TRABAJO CON MATERIALES BIOLÓGICOS DE PREPARACIÓN PARA UNA GRIPE PANDÉMICA

#### ANTECEDENTES

El sistema mundial OMS de vigilancia y respuesta a la gripe (SMVRG) actúa como mecanismo mundial de alerta ante la aparición de virus gripales con características importantes, entre ellos los que poseen potencial pandémico. En lo que respecta a las actividades relacionadas con la gripe pandémica, el SMVRG de la OMS incluye cuatro categorías complementarias de instituciones y laboratorios: los Centros Nacionales de Gripe, los Centros Colaboradores de la OMS, los Laboratorios de Referencia de la OMS para el H5 y los Laboratorios Reguladores Esenciales. La coordinación del SMVRG de la OMS incumbe al Programa Mundial de la Gripe de la OMS. Todas las instituciones y laboratorios de cada una de estas categorías desempeñan funciones definidas por mandatos básicos. Cada laboratorio o institución reconocido o designado oficialmente por la OMS como parte del SMVRG de la OMS acepta regirse por el mandato básico aplicable a su categoría. Más adelante figura el mandato básico aplicable a los Centros Nacionales de Gripe.

Los Centros Nacionales de Gripe desempeñan una función esencial en la evaluación del riesgo de gripe pandémica, por cuanto alertan inmediatamente a la OMS de cualquier brote de virus H5N1 u otros virus gripales con potencial pandémico. Los Centros Nacionales de Gripe obtienen muestras de casos sospechosos de infección por virus H5N1 u otros virus gripales inusuales, realizan diagnósticos y análisis de laboratorio y envían oportunamente esas muestras, o los virus aislados en ellas, a un Centro Colaborador de la OMS o a un Laboratorio de Referencia para el H5 a fin de que efectúen análisis virológicos avanzados. La evaluación eficiente del riesgo de gripe pandémica y la respuesta a ese riesgo se basan en el esfuerzo colectivo de todos los miembros del SMVRG de la OMS a través del intercambio rápido de materiales biológicos, reactivos de referencia, datos epidemiológicos y otras informaciones.

Se entiende que todas las actividades, los mandatos específicos o las funciones asociadas de los laboratorios del SMVRG de la OMS se guiarán por los principios rectores acordados en la Reunión Intergubernamental que se reproducen a continuación, mientras actúen en calidad de laboratorios del SMVRG de la OMS. Los mandatos de todos los laboratorios del SMVRG de la OMS se han elaborado con arreglo a los siguientes principios rectores de carácter general:

#### **Principios rectores para la elaboración del mandato de los laboratorios ya existentes o futuros del sistema mundial OMS de vigilancia y respuesta a la gripe (SMVRG) para el H5N1 y otros virus gripales humanos pandémicos**

1. Todas las actividades emprendidas por los laboratorios del SMVRG de la OMS conforme a su mandato OMS estarán en consonancia con el Marco y el Acuerdo Modelo de Transferencia de Material.\*
2. Los laboratorios del SMVRG de la OMS serán coordinados por la OMS y recibirán apoyo de ella.

---

\* Nota del editor: por «Acuerdo Modelo de Transferencia de Material» se entiende el «Acuerdo Modelo de Transferencia de Material 1».

3. Los laboratorios del SMVRG de la OMS proporcionarán puntualmente un informe resumido sobre los análisis de laboratorio y, cuando así se solicite, cualquier otra información disponible sobre las pruebas realizadas, los resultados de las pruebas y la evaluación del riesgo asociado y la respuesta al riesgo conforme a lo especificado en su mandato.
4. Los laboratorios del SMVRG de la OMS intercambiarán sus experiencias y, cuando sea necesario y en la medida en que lo permitan sus recursos, ayudarán a fortalecer la capacidad de los Estados Miembros.
5. Los laboratorios del SMVRG de la OMS respaldarán, con arreglo a lo estipulado en su mandato, el desarrollo de vacunas para una posible pandemia, vacunas antipandémicas, materiales diagnósticos y productos farmacéuticos.
6. Cuando un laboratorio del SMVRG de la OMS realice investigaciones con virus gripales recibidos con fines de vigilancia de la salud pública, procederá a ello de manera que, en la mayor medida posible, participen en los trabajos, incluido todo el proceso de publicación, científicos del Centro Nacional de Gripe u otro laboratorio autorizado que haya suministrado el material, especialmente cuando pertenezca a un país en desarrollo.
7. Los laboratorios del SMVRG de la OMS apoyarán la preparación y respuesta de la salud pública mundial, especialmente en las situaciones de urgencia provocadas por brotes y epidemias internacionales.
8. Los laboratorios del SMVRG de la OMS intercambiarán de forma rápida, sistemática y puntual Materiales biológicos PIP, usando cuando proceda el Mecanismo de Trazabilidad de los Virus de la Gripe, incluida la distribución a otros laboratorios cualificados, a fin de facilitar la evaluación del riesgo para la salud pública, las actividades de respuesta al riesgo y las investigaciones científicas con arreglo a lo establecido en el Acuerdo Modelo de Transferencia de Material.\*
9. Los laboratorios del SMVRG de la OMS enviarán datos sobre secuencias genéticas a GISAID y Genbank o a bases de datos semejantes en forma oportuna y en coherencia con el Acuerdo Modelo de Transferencia de Material.\*
10. Los laboratorios originarios que proporcionen materiales biológicos PIP a los laboratorios del SMVRG de la OMS recibirán por ello los créditos y reconocimientos debidos.

### **Mandato básico**

Los Centros Nacionales de Gripe son laboratorios que se rigen por el mandato que figura más adelante. Un Centro Nacional de Gripe es designado oficialmente como tal por el Ministerio de Salud del país interesado y reconocido por la OMS. Un Centro Nacional de Gripe puede tener obligaciones adicionales impuestas por la autoridad de su Ministerio de Salud.

---

\* Nota del editor: por «Acuerdo Modelo de Transferencia de Material» se entiende el «Acuerdo Modelo de Transferencia de Material 1».

**A. Actividades y condiciones generales**

## Centros Nacionales de Gripe

1. trabajar bajo la coordinación del Programa Mundial de la Gripe de la OMS y prestar apoyo a la OMS (principios rectores 2 y 7);
2. utilizar el Mecanismo OMS de Trazabilidad de los Virus de la Gripe para registrar la recepción y transferencia de Materiales biológicos PIP (principio rector 8);
3. cumplir lo estipulado en el Acuerdo Modelo de Transferencia\* de Material del 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 (principio rector 1);
4. actuar como principal punto de contacto entre la OMS y el país del Centro Nacional de Gripe en cuestiones concernientes a vigilancia, diagnóstico de laboratorio, intercambio de muestras clínicas y/o de virus gripales con potencial pandémico, e intercambio con la OMS de información clínica o epidemiológica importante conexa, cuando esté disponible (principios rectores 2, 3, 4, 7 y 8);
5. participar activamente en la labor de vigilancia de la gripe pandémica que realice la OMS y mantener una comunicación y colaboración activas con otros miembros del SMVRG de la OMS (principios rectores 4, 7 y 8).

**B. Actividades de laboratorio y actividades conexas**

## Centros Nacionales de Gripe

1. recoger o procesar, según proceda, muestras clínicas de casos sospechosos de infección por virus H5N1 u otros virus gripales potencialmente pandémicos (principio rector 7);
2. servir como centro de acopio de virus gripales presuntamente pandémicos aislados en laboratorios del país;
3. analizar la presencia de virus gripales en muestras clínicas y detectar virus gripales que no puedan identificarse fácilmente con los reactivos diagnósticos proporcionados por conducto del SMVRG de la OMS;
4. enviar a un Centro Colaborador de la OMS o a un Laboratorio de Referencia para el H5 de su elección, en el plazo de una semana, muestras clínicas y/o virus que no puedan identificarse fácilmente con los reactivos diagnósticos proporcionados por conducto del SMVRG de la OMS, aportando la fecha de obtención de la muestra y la información geográfica, epidemiológica y clínica pertinente (principios rectores 2, 3, 5, 7 y 8);
5. asistir a cursos de capacitación en prácticas de laboratorio impartidos por los Centros Colaboradores de la OMS, en un esfuerzo por establecer y mantener la capacidad para reconocer virus gripales que no pueden identificarse fácilmente (principio rector 4);

---

\* Nota del editor: por «Acuerdo Modelo de Transferencia de Material» se entiende el «Acuerdo Modelo de Transferencia de Material 1».

6. supervisar, mantener y reforzar la vigilancia de la gripe en el país (principio rector 2);
7. prestar asesoramiento y apoyo técnicos a otros laboratorios de la gripe del país en materia de logística de obtención y envío de muestras, bioseguridad de los laboratorios y otros procedimientos operativos relacionados con la vigilancia de la gripe (principios rectores 2 y 7).

C. Información y comunicación

Centros Nacionales de Gripe

1. Alertar de inmediato a la OMS ante la detección de virus gripales que no puedan identificarse fácilmente con los reactivos de diagnóstico proporcionados por conducto del SMVRG de la OMS o la aparición de brotes inusuales de gripe no estacional o síndromes pseudogripales;
2. proporcionar a las autoridades nacionales y a la población información oportuna sobre los virus H5N1 u otros virus gripales potencialmente pandémicos que circulen en el país.

D. Investigación, presentaciones y publicaciones científicas

Centros Nacionales de Gripe

1. buscar activamente la participación de científicos de los laboratorios/países de origen en proyectos científicos asociados a las investigaciones realizadas con muestras clínicas y/o virus gripales procedentes de sus países y hacerlos participar activamente en la preparación de manuscritos para presentaciones y publicaciones (principio rector 6);
2. reconocer debidamente en las presentaciones y publicaciones la contribución de colaboradores, incluidos los laboratorios/países que proporcionen muestras clínicas o virus gripales con potencial pandémico, así como reactivos, utilizando para ello directrices como las establecidas por el Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas<sup>1</sup> (principio rector 6).

---

<sup>1</sup> Véase: <http://www.icmje.org/>.

## **LABORATORIOS DE REFERENCIA DE LA OMS PARA EL H5**

### **MANDATO RELATIVO AL TRABAJO CON MATERIALES BIOLÓGICOS DE PREPARACIÓN PARA UNA GRIPE PANDÉMICA**

#### **ANTECEDENTES**

El sistema mundial OMS de vigilancia y respuesta a la gripe (SMVRG) actúa como mecanismo mundial de alerta ante la aparición de virus gripales con características importantes, entre ellos los que poseen potencial pandémico. En lo que respecta a las actividades relacionadas con la gripe pandémica, el SMVRG de la OMS incluye cuatro categorías complementarias de instituciones y laboratorios: los Centros Nacionales de Gripe, los Centros Colaboradores de la OMS, los Laboratorios de Referencia de la OMS para el H5 y los Laboratorios Reguladores Esenciales. La coordinación del SMVRG de la OMS incumbe al Programa Mundial de la Gripe de la OMS. Todas las instituciones y laboratorios de cada una de estas categorías desempeñan funciones definidas por mandatos básicos. En el mandato básico de los Laboratorios de Referencia de la OMS para el H5 se establecen los requisitos mínimos que debe cumplir cada uno de ellos, y para ser designado Laboratorio de Referencia de la OMS para el H5 es indispensable tener capacidad para cumplirlos. Cada laboratorio o institución reconocido o designado oficialmente por la OMS como parte del SMVRG de la OMS acepta regirse por el mandato básico aplicable a su categoría. Más adelante figura el mandato básico aplicable a los Laboratorios de Referencia de la OMS para el H5.

Los Laboratorios de Referencia de la OMS para el H5 son laboratorios que empezaron a ser designados por la OMS en 2005, de manera ad hoc, para ayudar al SMVRG de la OMS a responder a la aparición y propagación de virus de la gripe aviar H5N1 hiperpatógena. Esos laboratorios llevan a cabo actividades de evaluación y respuesta ante el riesgo de pandemia, proporcionando diagnósticos de laboratorio fiables de la infección humana por virus de la gripe, en especial en casos sospechosos de estar asociados a virus de la gripe aviar A(H5N1) o a otros virus gripales con potencial pandémico. Las actividades eficientes de evaluación y respuesta se basan en el esfuerzo colectivo de todos los miembros del SMVRG de la OMS, a través del intercambio rápido de materiales biológicos, reactivos de referencia, datos epidemiológicos y otras informaciones.

Se entiende que todas las actividades, los mandatos específicos o las funciones asociadas de los laboratorios del SMVRG de la OMS se guiarán por los principios rectores acordados en la Reunión Intergubernamental que se reproducen a continuación, mientras actúen en calidad de laboratorios del SMVRG de la OMS. Los mandatos de todos los laboratorios del SMVRG de la OMS se han elaborado con arreglo a los siguientes principios rectores de carácter general:

### **Principios rectores para la elaboración del mandato de los laboratorios ya existentes o futuros del sistema mundial OMS de vigilancia y respuesta a la gripe (SMVRG) para el H5N1 y otros virus gripales humanos pandémicos**

1. Todas las actividades emprendidas por los laboratorios del SMVRG de la OMS conforme a su mandato OMS estarán en consonancia con el Marco y el Acuerdo Modelo de Transferencia de Material.\*
2. Los laboratorios del SMVRG de la OMS serán coordinados por la OMS y recibirán apoyo de ella.
3. Los laboratorios del SMVRG de la OMS proporcionarán puntualmente un informe resumido sobre los análisis de laboratorio y, cuando así se solicite, cualquier otra información disponible sobre las pruebas realizadas, los resultados de las pruebas y la evaluación del riesgo asociado y la respuesta al riesgo conforme a lo especificado en su mandato.
4. Los laboratorios del SMVRG de la OMS intercambiarán sus experiencias y, cuando sea necesario y en la medida en que lo permitan sus recursos, ayudarán a fortalecer la capacidad de los Estados Miembros de la OMS.
5. Los laboratorios del SMVRG de la OMS respaldarán, con arreglo a lo estipulado en su mandato, el desarrollo de vacunas para una posible pandemia, vacunas antipandémicas, materiales diagnósticos y productos farmacéuticos.
6. Cuando un laboratorio del SMVRG de la OMS realice investigaciones con virus gripales recibidos con fines de vigilancia de la salud pública, procederá a ello de manera que, en la mayor medida posible, participen en los trabajos, incluido todo el proceso de publicación, científicos del Centro Nacional de Gripe u otro laboratorio autorizado que haya suministrado el material, especialmente cuando pertenezca a un país en desarrollo.
7. Los laboratorios del SMVRG de la OMS apoyarán la preparación y respuesta de la salud pública mundial, especialmente en las situaciones de urgencia provocadas por brotes y epidemias internacionales.
8. Los laboratorios del SMVRG de la OMS intercambiarán de forma rápida, sistemática y puntual Materiales biológicos PIP, usando cuando proceda el Mecanismo de Trazabilidad de los Virus de la Gripe, incluida la distribución a otros laboratorios cualificados, a fin de facilitar la evaluación del riesgo para la salud pública, las actividades de respuesta al riesgo y las investigaciones científicas con arreglo a lo establecido en el Acuerdo Modelo de Transferencia de Material.\*
9. Los laboratorios del SMVRG de la OMS enviarán datos sobre secuencias genéticas a GISAID o Genbank o a bases de datos semejantes en forma oportuna y en coherencia con el Acuerdo Modelo de Transferencia de Material.\*
10. Los laboratorios originarios que proporcionen materiales biológicos PIP a los laboratorios del SMVRG de la OMS recibirán por ello los créditos y reconocimientos debidos.

---

\* Nota del editor: por «Acuerdo Modelo de Transferencia de Material» se entiende el «Acuerdo Modelo de Transferencia de Material 1».

\* Nota del editor: por «Acuerdo Modelo de Transferencia de Material» se entiende el «Acuerdo Modelo de Transferencia de Material 1».

## **Mandato básico**

Los Laboratorios de Referencia de la OMS para el H5 son laboratorios designados con arreglo a un procedimiento definido de la OMS, de manera ad hoc, y que cumplen los términos del mandato básico que figuran a continuación.

### **A. Actividades y condiciones generales**

Laboratorios de Referencia de la OMS para el H5

1. trabajar bajo la coordinación del Programa Mundial de la Gripe de la OMS y prestar apoyo a la OMS (principio rector 2);
2. cumplir los criterios fijados por la OMS para aceptar como positivos los resultados de las pruebas de diagnóstico de la infección humana por virus H5;<sup>1</sup>
3. utilizar el Mecanismo OMS de Trazabilidad de los Virus de la Gripe para registrar la recepción y transferencia de Materiales biológicos PIP (principio rector 8);
4. cumplir lo estipulado en el Acuerdo Modelo de Transferencia de Material\* del 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. (principio rector 1);
5. proporcionar a su propio país y a otros países, cuando los necesiten, servicios de laboratorio para el diagnóstico de los virus de la gripe A(H5) y de otros virus gripales con potencial pandémico (principios rectores 3 y 7);
6. alertar a la OMS y al país que haya suministrado las muestras clínicas y/o los virus con potencial pandémico de hallazgos inusuales relacionados con la evaluación del riesgo de gripe pandémica (principios rectores 3 y 7);
7. aportar a la OMS retroinformación sobre el uso de los protocolos de diagnóstico y los cebadores por ella recomendados, a fin de ayudar a la Organización a actualizar las recomendaciones para el diagnóstico de laboratorio (principios rectores 2, 3, 4 y 5).

### **B. Actividades de laboratorio y actividades conexas**

Laboratorios de Referencia de la OMS para el H5

1. asesorar a clínicas, hospitales y otros sitios de recogida de muestras acerca de la obtención, conservación, embalaje y envío seguros y adecuados de muestras clínicas (principio rector 7);
2. realizar con exactitud el diagnóstico de laboratorio, la tipificación y subtipificación, y la confirmación de los virus de la gripe A (H5) y de otros virus gripales con potencial pandémico presentes en las

---

<sup>1</sup> Véase el sitio web de la OMS.

\* Nota del editor: por «Acuerdo Modelo de Transferencia de Material» se entiende el «Acuerdo Modelo de Transferencia de Material 1».

---

muestras recibidas y poner los resultados a disposición de los Centros Colaboradores de la OMS y de los laboratorios de origen de manera puntual (principios rectores 2, 3, 4 y 7);

3. proporcionar conocimientos técnicos y apoyo de laboratorio a la respuesta a los brotes de virus A(H5) y otros virus gripales con potencial pandémico (principios rectores 2, 3, 4, 5 y 7);

4. compartir de forma sistemática con los Centros Colaboradores de la OMS muestras clínicas y/o aislados de virus A(H5) y otros virus gripales con potencial pandémico, a fin de caracterizarlos mejor de conformidad con el Acuerdo Modelo de Transferencia de Material\* (principios rectores 1, 8 y 10);

5. compartir inmediatamente con el laboratorio de origen, los Centros Colaboradores de la OMS y los Laboratorios de Referencia para el H5 las secuencias disponibles de los genes de la hemaglutinina y la neuraminidasa, así como de otros genes de los virus A(H5) y otros virus gripales con potencial pandémico (principio rector 3);

6. incorporar de forma puntual a una base de datos pública las secuencias disponibles de los genes de la hemaglutinina y la neuraminidasa, así como de otros genes de los virus A(H5) y otros virus gripales con potencial pandémico, nunca más de 3 meses después de que se haya completado la secuenciación, a menos que el laboratorio o país que haya proporcionado las muestras clínicas y/o los virus ordene lo contrario (principio rector 9);

7. reconocer debidamente a los laboratorios de origen que proporcionen muestras clínicas y/o virus gripales con potencial pandémico (principios rectores 8 y 10).

#### C. Investigación, presentaciones y publicaciones científicas

##### Laboratorios de Referencia de la OMS para el H5

1. buscar activamente la participación de científicos de los laboratorios/países de origen en proyectos científicos asociados a las investigaciones realizadas con muestras clínicas y/o virus gripales procedentes de sus países y hacerlos participar activamente en la preparación de manuscritos para presentaciones y publicaciones (principio rector 6);

2. reconocer debidamente en las presentaciones y publicaciones la contribución de colaboradores, incluidos los laboratorios/países que proporcionen muestras clínicas o virus gripales con potencial pandémico, así como reactivos, utilizando para ello directrices como las establecidas por el Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas<sup>1</sup> (principio rector 6).

---

\* Nota del editor: por «Acuerdo Modelo de Transferencia de Material» se entiende el «Acuerdo Modelo de Transferencia de Material I».

<sup>1</sup> Véase: <http://www.icmje.org/>.

## **LABORATORIOS REGULADORES ESENCIALES**

### **MANDATO RELATIVO AL TRABAJO CON MATERIALES BIOLÓGICOS DE PREPARACIÓN PARA UNA GRIPE PANDÉMICA**

#### **ANTECEDENTES**

El sistema mundial OMS de vigilancia y respuesta a la gripe (SMVRG) actúa como mecanismo mundial de alerta ante la aparición de virus gripales con características importantes, entre ellos los que poseen potencial pandémico. En lo que respecta a las actividades relacionadas con la gripe pandémica, el SMVRG de la OMS incluye cuatro categorías complementarias de instituciones y laboratorios: los Centros Nacionales de Gripe, los Centros Colaboradores de la OMS, los Laboratorios de Referencia de la OMS para el H5 y los Laboratorios Reguladores Esenciales. La coordinación del SMVRG de la OMS incumbe al Programa Mundial de la Gripe de la OMS. Todas las instituciones y laboratorios de cada una de estas categorías desempeñan funciones definidas por mandatos básicos. En el mandato básico de los Laboratorios Reguladores Esenciales se establecen los requisitos mínimos que debe cumplir cada uno de ellos, y para ser designado Laboratorio Regulador Esencial es indispensable tener capacidad para cumplirlos. Cada laboratorio o institución reconocido o designado oficialmente por la OMS como parte del SMVRG de la OMS acepta regirse por el mandato básico aplicable a su categoría. Más adelante figura el mandato básico aplicable a los Laboratorios Reguladores Esenciales.

Los Laboratorios Reguladores Esenciales están oficialmente asociados a organismos nacionales de reglamentación y desempeñan una función primordial en el desarrollo, la regulación y la normalización de las vacunas antigripales. Llevan casi cuatro décadas desempeñando esa función en el SMVRG de la OMS la Red OMS, y han contribuido así a la producción de vacunas antigripales seguras y eficaces, gracias a la selección y el desarrollo de virus candidatos para vacunas. Aunque antes no tenían un mandato acordado oficialmente con la OMS, en la práctica trabajaban en estrecha colaboración tanto con la Organización como con los fabricantes de vacunas antigripales. Actualmente son cuatro los Laboratorios Reguladores Esenciales: el Centro de Investigación y Evaluación de Productos Biológicos (Estados Unidos de América); el National Institute for Biological Standards and Control (Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte); el Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas (Japón), y la Therapeutic Goods Administration (Australia).

En el mandato básico se consignan los requisitos mínimos que debe reunir cada Laboratorio Regulador Esencial, ya sea a título individual o como grupo. El Laboratorio Regulador Esencial de que se trate, el Programa Mundial de la Gripe de la OMS y, en algunos casos, la industria podrán estudiar y acordar mandatos específicos.

Se entiende que todas las actividades, los mandatos específicos o las funciones asociadas de los laboratorios del SMVRG de la OMS se guiarán por los principios rectores acordados en la Reunión Intergubernamental que se reproducen a continuación, mientras actúen en calidad de laboratorios del SMVRG de la OMS. Los mandatos de todos los laboratorios del SMVRG de la OMS se han elaborado con arreglo a los siguientes principios rectores de carácter general:

---

**Principios rectores para la elaboración del mandato de los laboratorios ya existentes o futuros del sistema mundial OMS de vigilancia y respuesta a la gripe (SMVRG) para el H5N1 y otros virus gripales humanos pandémicos**

1. Todas las actividades emprendidas por los laboratorios del SMVRG de la OMS conforme a su mandato OMS estarán en consonancia con el Marco y el Acuerdo Modelo de Transferencia de Material.\*
2. Los laboratorios del SMVRG de la OMS serán coordinados por la OMS y recibirán apoyo de ella.
3. Los laboratorios del SMVRG de la OMS proporcionarán puntualmente un informe resumido sobre los análisis de laboratorio y, cuando así se solicite, cualquier otra información disponible sobre las pruebas realizadas, los resultados de las pruebas y la evaluación del riesgo asociado y la respuesta al riesgo conforme a lo especificado en su mandato.
4. Los laboratorios del SMVRG de la OMS intercambiarán sus experiencias y, cuando sea necesario y en la medida en que lo permitan sus recursos, ayudarán a fortalecer la capacidad de los Estados Miembros de la OMS.
5. Los laboratorios del SMVRG de la OMS respaldarán, con arreglo a lo estipulado en su mandato, el desarrollo de vacunas para una posible pandemia, vacunas antipandémicas, materiales diagnósticos y productos farmacéuticos.
6. Cuando un laboratorio del SMVRG de la OMS realice investigaciones con virus gripales recibidos con fines de vigilancia de la salud pública, procederá a ello de manera que, en la mayor medida posible, participen en los trabajos, incluido todo el proceso de publicación, científicos del Centro Nacional de Gripe u otro laboratorio autorizado que haya suministrado el material, especialmente cuando pertenezca a un país en desarrollo.
7. Los laboratorios del SMVRG de la OMS apoyarán la preparación y respuesta de la salud pública mundial, especialmente en las situaciones de urgencia provocadas por brotes y epidemias internacionales.
8. Los laboratorios del SMVRG de la OMS intercambiarán de forma rápida, sistemática y puntual Materiales biológicos PIP, usando cuando proceda el Mecanismo de Trazabilidad de los Virus de la Gripe, incluida la distribución a otros laboratorios cualificados, a fin de facilitar la evaluación del riesgo para la salud pública, las actividades de respuesta al riesgo y las investigaciones científicas con arreglo a lo establecido en el Acuerdo Modelo de Transferencia de Material.\*
9. Los laboratorios del SMVRG de la OMS enviarán datos sobre secuencias genéticas a GISAID o Genbank o a bases de datos semejantes en forma oportuna y en coherencia con el Acuerdo Modelo de Transferencia de Material.\*
10. Los laboratorios originarios que proporcionen materiales biológicos PIP a los laboratorios del SMVRG de la OMS recibirán por ello los créditos y reconocimientos debidos.

---

\* Nota del editor: por «Acuerdo Modelo de Transferencia de Material» se entiende el «Acuerdo Modelo de Transferencia de Material 1».

## **Mandato básico**

Los Laboratorios Reguladores Esenciales deberán cumplir las siguientes disposiciones previstas en el mandato básico, a título individual o como grupo:

### **A. Actividades y condiciones generales**

#### Laboratorios Reguladores Esenciales

1. asesorar a la OMS con respecto a la selección de virus H5N1 y otros virus de la gripe con potencial pandémico para su uso en vacunas antigripales (principios rectores 2, 3 y 5);
2. ayudar a la OMS y los Estados Miembros a desarrollar los aspectos de los planes de preparación y respuesta ante una gripe pandémica relacionados con las vacunas (principios rectores 2, 3, 4 y 7);
3. asesorar a la OMS sobre los aspectos normativos y de desarrollo pertinentes de las vacunas contra el H5N1 y otros virus de la gripe con potencial pandémico (principios rectores 2, 3 y 5);
4. previa petición, informar y asesorar a la OMS sobre los programas de trabajo y las nuevas técnicas destinados a mejorar el desarrollo y la normalización de vacunas contra el H5N1 y otros virus de la gripe con potencial pandémico (principios rectores 2, 3, 4 y 5);
5. utilizar el Mecanismo OMS de Trazabilidad de los Virus de la Gripe para registrar la recepción y transferencia de Materiales biológicos PIP (principio rector 8);
6. cumplir lo estipulado en el Acuerdo Modelo de Transferencia de Material\* del 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 (principio rector 1).

### **B. Actividades de laboratorio y actividades conexas**

#### Laboratorios Reguladores Esenciales

1. almacenar y, de ser necesario, amplificar virus H5N1 y otros virus gripales con potencial pandémico que sean representativos y se hayan obtenido a través del SMVRG de la OMS (principios rectores 1 y 2);
2. a petición de la OMS, desarrollar virus H5N1 y otros virus de la gripe con potencial pandémico candidatos para vacunas antigripales, y caracterizarlos utilizando las normas acordadas (principios rectores 1, 2, 3, 5 y 6);
3. almacenar y, de ser necesario, amplificar virus H5N1 y otros virus de la gripe con potencial pandémico candidatos para vacunas antigripales obtenidos a través del SMVRG de la OMS (principios rectores 1, 2, 3 y 5);

---

\* Nota del editor: por «Acuerdo Modelo de Transferencia de Material» se entiende el «Acuerdo Modelo de Transferencia de Material 1».

4. preparar y calibrar reactivos de referencia para la normalización de virus H5N1 y otros virus de la gripe con potencial pandémico candidatos para vacunas antigripales en colaboración con otros Laboratorios Reguladores Esenciales (principios rectores 1, 2 y 5);
5. distribuir, con sujeción a lo dispuesto en el Acuerdo Modelo de Transferencia de Material,\* virus H5N1 y otros virus de la gripe con potencial pandémico candidatos para vacunas antigripales a los laboratorios interesados, incluidos los laboratorios del SMVRG de la OMS, y a los fabricantes de vacunas antigripales (principios rectores 1, 2 y 5);
6. directamente o por mediación de contratistas, suministrar a laboratorios, como los del SMVRG de la OMS y los laboratorios reguladores nacionales, así como a los fabricantes de vacunas antigripales, reactivos de referencia para la normalización de las vacunas contra virus H5N1 y otros virus gripales con potencial pandémico (principios rectores 1, 2 y 5);
7. realizar análisis, proporcionar datos y asesoramiento a la OMS y participar en reuniones y teleconferencias acerca de la selección, desarrollo y disponibilidad puntual de virus candidatos para vacunas antigripales contra virus H5N1 y otros virus gripales con potencial pandémico (principios rectores 2, 5 y 7).

C. Investigación, presentaciones y publicaciones científicas

Laboratorios Reguladores Esenciales

1. buscar activamente la participación de científicos de los laboratorios/países de origen en proyectos científicos asociados a las investigaciones realizadas con muestras clínicas y/o virus gripales procedentes de sus países y hacerlos participar activamente en la preparación de manuscritos para presentaciones y publicaciones (principio rector 6);
2. reconocer debidamente en las presentaciones y publicaciones la contribución de colaboradores, incluidos los laboratorios/países que proporcionen muestras clínicas o virus gripales con potencial pandémico, así como reactivos, utilizando para ello directrices como las establecidas por el Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas<sup>1</sup> (principio rector 6).

---

\* Nota del editor: por «Acuerdo Modelo de Transferencia de Material» se entiende el «Acuerdo Modelo de Transferencia de Material I».

<sup>1</sup> Véase: <http://www.icmje.org/>.

## ANEXO 3

# **Primera Conferencia Ministerial Mundial sobre Modos de Vida Sanos y Control de las Enfermedades No Transmisibles Moscú, 28-29 de abril de 2011**

## **DECLARACIÓN DE MOSCÚ<sup>1</sup>**

### **PREÁMBULO**

Los participantes en la Primera Conferencia Ministerial Mundial sobre Modos de Vida Sanos y Control de las Enfermedades No Transmisibles, reunidos en Moscú los días 28 y 29 de abril de 2011,

#### I.

*Manifestamos* nuestro agradecimiento por el liderazgo ejercido por la Organización Mundial de la Salud y el Gobierno de la Federación de Rusia en la preparación y celebración de esta Conferencia Ministerial.

#### II.

*Reconocemos* que el derecho de todo ser humano a gozar del grado máximo de salud física y mental que se pueda lograr es inalcanzable si no se adoptan nuevas medidas a nivel mundial y nacional para prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles (ENT).

#### III.

*Reconocemos* la existencia de importantes inequidades en relación con la carga de ENT y el acceso a la prevención y el control de esas enfermedades, tanto entre países como en cada país.

#### IV.

*Observamos* que deben ponerse en práctica con rapidez y de forma integral políticas que aborden los factores conductuales, sociales, económicos y ambientales relacionados con las ENT, a fin de articular respuestas más eficaces frente a estas enfermedades, aumentando al mismo tiempo la calidad de vida y la equidad sanitaria.

#### V.

*Subrayamos* que la prevención y el control de las ENT requieren liderazgo a todos los niveles y una amplia gama de medidas, en diferentes niveles y sectores, que abarquen todos los determinantes de las ENT (individuales y estructurales) a fin de crear las condiciones necesarias para una vida saludable. Ello inclu-

---

<sup>1</sup> Véase la resolución WHA64.11.

ye el fomento de modos de vida y decisiones saludables, y de leyes y políticas al efecto; la prevención y detección de las enfermedades cuanto antes para minimizar el sufrimiento y reducir los costos, y la prestación a los pacientes de la mejor atención integrada posible a lo largo de todo el ciclo vital, incluidas medidas de empoderamiento, rehabilitación y la atención paliativa.

#### VI.

*Reconocemos* que es indispensable un cambio de paradigma para hacer frente a las ENT, pues estas enfermedades no se deben solo a factores biomédicos, sino que dependen en gran medida también de factores de tipo conductual, ambiental, social y económico.

#### VII.

*Afirmamos* nuestro compromiso de afrontar los retos que plantean las ENT, aplicando en particular cuando proceda políticas y programas que hagan hincapié en medidas multisectoriales que incidan en los factores conductuales, ambientales, sociales y económicos.

#### VIII.

*Manifestamos* nuestra opinión de que las ENT deben ser abordadas en el ámbito de alianzas en pro de la salud; de que deben integrarse de forma coordinada en la planificación y programación del sector sanitario y de otros sectores, sobre todo en los países de ingresos bajos y medios; de que deben formar parte de la agenda mundial de investigaciones, y de que el impacto y la sostenibilidad de las estrategias de prevención y control de las ENT mejorarán gracias al fortalecimiento de los sistemas de salud y a la coordinación estratégica con los programas sanitarios mundiales existentes.

### FUNDAMENTOS PARA LA ACCIÓN

1. Las ENT, principalmente las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, el cáncer y las enfermedades respiratorias crónicas, son las principales causas de morbilidad y discapacidad prevenibles, y la causa de más de un 60% de las muertes registradas en todo el mundo, un 80% de las cuales se producen en los países en desarrollo. Se calcula que en 2030 las ENT serán las responsables de un 75% de la mortalidad mundial.
2. Hay además otras ENT, como los trastornos mentales, que también contribuyen de forma significativa a la carga mundial de morbilidad.
3. Las ENT repercuten muy negativamente en el desarrollo humano y pueden obstaculizar los progresos hacia la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.
4. Las ENT tienen ya una gran incidencia en todos los niveles de los servicios de salud, en los costos de la atención sanitaria y en el personal sanitario, así como en la productividad nacional tanto de las economías emergentes como de las ya establecidas.
5. A nivel mundial, las ENT son una causa importante de muerte prematura y afectan especialmente a las poblaciones más pobres y vulnerables. A nivel mundial, repercuten en la vida de miles de millones de personas y pueden tener efectos financieros devastadores que empobrecen a los pacientes y a sus familias, sobre todo en los países de ingresos bajos y medios.

6. Las ENT pueden tener efectos distintos dependiendo del sexo de los afectados, de modo que las medidas de prevención y control deben tener en cuenta ese factor.
7. Muchos países se están enfrentando a retos extraordinarios derivados de la doble carga de morbilidad que supone la coincidencia de las enfermedades transmisibles y las no transmisibles. Esto requiere una adaptación de los sistemas y de las políticas de salud, y un cambio de los enfoques centrados en las enfermedades a los centrados en las personas y en medidas sanitarias poblacionales. Las iniciativas verticales son insuficientes para atender las complejas necesidades de la población, de modo que se requieren soluciones integradas en las que participen diversas disciplinas y sectores. Fortaleciendo así los sistemas de salud, mejora la capacidad para responder a una gran diversidad de enfermedades y afecciones.
8. Existen intervenciones costoeficaces y basadas en datos probatorios para prevenir y controlar las ENT a nivel mundial, regional, nacional y local, y esas intervenciones pueden ser muy beneficiosas en términos sanitarios, sociales y económicos en todo el mundo.
9. Como ejemplo de intervenciones de reducción del riesgo de ENT que son costoeficaces y asequibles para los países de ingresos bajos y que podrían prevenir millones de muertes prematuras cada año, cabe citar las medidas de control del consumo de tabaco, la reducción de la ingesta de sal y la reducción del uso nocivo del alcohol.
10. Se debería prestar especial atención a la promoción de una alimentación saludable (bajo consumo de grasas saturadas, grasas trans, sal y azúcar, y alto consumo de frutas y verduras) y de la actividad física en todos los aspectos de la vida cotidiana.
11. Para ser eficaces, la prevención y el control de las ENT requieren liderazgo y una acción concertada de la totalidad del gobierno a todos los niveles (nacional, subnacional y local) y en diferentes sectores, como la salud, la educación, la energía, la agricultura, el deporte, el transporte y la planificación urbana, el medio ambiente, el trabajo, la industria y el comercio, las finanzas y el desarrollo económico.
12. Para ser eficaces, la prevención y el control de las ENT requieren la participación activa e informada de las personas, las familias y las comunidades, las organizaciones de la sociedad civil, el sector privado cuando proceda, los empleadores, los proveedores de servicios de salud y la comunidad internacional.

## COMPROMISO DE ACTUAR

**Por consiguiente, nos comprometemos a:**

### **A nivel del gobierno en su conjunto:**

1. Formular políticas públicas multisectoriales que creen entornos equitativos de promoción de la salud que permitan a las personas, las familias y las comunidades tomar decisiones saludables y llevar una vida sana;
2. Fortalecer la coherencia de las políticas para maximizar los efectos positivos y minimizar los efectos negativos en los factores de riesgo de las ENT y la carga generada por las políticas de otros sectores;

3. Otorgar prioridad a la prevención y el control de las ENT en función de las necesidades, procurando que complementen otros objetivos de salud e integrando las políticas multisectoriales para fortalecer la participación de otros sectores;
4. Hacer participar a la sociedad civil para aprovechar sus capacidades singulares para la prevención y el control de las ENT;
5. Hacer participar al sector privado para fortalecer su contribución a la prevención y el control de las ENT de acuerdo con las prioridades internacionales y nacionales en relación con esas enfermedades;
6. Desarrollar y fortalecer la capacidad de los sistemas de salud para coordinar, ejecutar, vigilar y evaluar las estrategias nacionales y subnacionales y los programas sobre ENT;
7. Poner en marcha estrategias poblacionales de promoción de la salud y prevención de las enfermedades, complementadas por intervenciones de alcance individual, de acuerdo con las prioridades nacionales. Dichas estrategias deben ser equitativas y sostenibles e incorporar perspectivas atentas al género, los valores culturales y la comunidad a fin de reducir las inequidades en salud;
8. Aplicar políticas costoeficaces, como políticas fiscales, normas reguladoras y otras medidas para reducir factores de riesgo comunes tales como el consumo de tabaco, las dietas malsanas, la inactividad física y el uso nocivo del alcohol;
9. Acelerar la aplicación por los Estados Partes de las disposiciones del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco OMS para el Control del Tabaco (CMCT de la OMS) y alentar a otros países a ratificar dicho Convenio;
10. Aplicar políticas eficaces de prevención y control de las ENT a nivel nacional y mundial, en particular las políticas pertinentes para alcanzar los objetivos del Plan de Acción 2008-2013 de la Estrategia mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, de la Estrategia mundial OMS para reducir el uso nocivo del alcohol y de la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud;
11. Promover el reconocimiento del aumento de la incidencia y la carga de ENT en las agendas de desarrollo tanto nacionales como internacionales, y alentar a los países y a los asociados internacionales para el desarrollo a tener en cuenta el grado de prioridad acordado a las ENT.

#### **A nivel de los ministerios de salud:**

1. Fortalecer los sistemas de información sanitaria para seguir de cerca la evolución de la carga de ENT, sus factores de riesgo, sus determinantes y el impacto y la eficacia de la promoción de la salud, de las políticas de prevención y control y de otras intervenciones;
2. En función de las prioridades nacionales, fortalecer los sistemas de salud pública en los países para expandir la promoción de la salud basada en la evidencia y las estrategias y medidas de prevención de las ENT;
3. Integrar los servicios relacionados con las ENT en los servicios de atención primaria mediante el fortalecimiento de los sistemas de salud, en función de las capacidades y prioridades;

4. Promover el acceso a unos servicios completos y costoeficaces de prevención, tratamiento y atención para el manejo integrado de las ENT, incluido el acceso a medicamentos de calidad asequibles, seguros, eficaces y de alta calidad basados en evaluaciones de las necesidades y los recursos;
5. De acuerdo con las prioridades determinadas por los países, procurar expandir las intervenciones efectivas, basadas en la evidencia y costoeficaces que hayan demostrado su potencial para tratar a las personas afectadas por ENT, proteger a las personas en alto riesgo de desarrollarlas, y reducir el riesgo en todas las poblaciones;
6. Promover, aplicar y difundir las investigaciones encaminadas a identificar las causas de las ENT, ideas eficaces para la prevención y el control de las ENT, y estrategias adaptadas a distintos entornos culturales y asistenciales.

#### **A nivel internacional:**

1. Exhortar a la Organización Mundial de la Salud, como principal organismo de las Naciones Unidas especializado en la salud, y a todos los otros organismos pertinentes del sistema de las Naciones Unidas, bancos de desarrollo y otras organizaciones internacionales clave, a colaborar de forma coordinada para hacer frente a las ENT;
2. Trabajar a través de la OMS en consulta con otras organizaciones multilaterales, organizaciones no gubernamentales internacionales, el sector privado e interesados de la sociedad civil para reforzar las orientaciones normativas, reunir conocimientos técnicos, coordinar las políticas para lograr los mejores resultados posibles, y aprovechar las sinergias que propicien las actuales iniciativas de salud mundial;
3. Fortalecer el apoyo internacional a la aplicación plena y eficaz del CMCT de la OMS, el Plan de Acción para la Estrategia Mundial para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles, la Estrategia mundial OMS para reducir el uso nocivo del alcohol, la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud y otras estrategias internacionales pertinentes para combatir las ENT;
4. Investigar todos los medios posibles para encontrar y movilizar los recursos financieros, humanos y técnicos necesarios sin que ello perjudique a otros objetivos de salud;
5. Apoyar a la OMS para que elabore un marco amplio de vigilancia mundial de las ENT;
6. Estudiar los posibles medios para seguir facilitando el acceso de los países de ingresos bajos y medios a medicamentos de calidad asequibles, seguros, eficaces y de alta calidad en esta área, en consonancia con las Listas Modelo OMS de Medicamentos Esenciales y sobre la base de evaluaciones de las necesidades y los recursos, incluida la aplicación de la Estrategia mundial y plan de acción OMS sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual.

#### **EL CAMINO A SEGUIR**

A fin de lograr unos resultados ambiciosos y sostenibles, nos comprometemos a colaborar activamente con todos los sectores gubernamentales oportunos, teniendo en cuenta esta Declaración de Moscú, en la preparación y el seguimiento de la reunión de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles.

---

## ANEXO 4

# Estrategia mundial del sector sanitario sobre el VIH/sida, 2011-2015<sup>1</sup>

[A64/15, anexo - 28 de abril de 2011]

### 1. INTRODUCCIÓN

1. El proyecto de estrategia mundial OMS del sector sanitario para el VIH/sida, 2011-2015 tiene por objeto orientar la respuesta del sector de la salud a la epidemia causada por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) para lograr el acceso universal a los servicios de tratamiento, prevención, atención y apoyo relacionados con el VIH.<sup>1</sup> En la estrategia:

- se reafirman **las metas y los objetivos mundiales** de la respuesta del sector sanitario al VIH;
- se proponen **cuatro orientaciones estratégicas para orientar las respuestas nacionales**;
- se describen **las acciones recomendadas a nivel de país y la contribución de la OMS en relación con cada una de las orientaciones estratégicas**.

2. Este instrumento se ha elaborado con el fin de definir la contribución del sector sanitario a la respuesta, más amplia y de carácter multisectorial, descrita en la Estrategia del ONUSIDA para 2011-2015.<sup>2</sup> La aplicación de la estrategia contará con el apoyo de la Secretaría de la OMS, en colaboración con el ONUSIDA y otros copatrocinadores del ONUSIDA. La colaboración en las esferas técnicas y de política ha sido definida con arreglo a la distribución de tareas propuesta por el ONUSIDA.

3. La estrategia promueve una respuesta sostenible y a largo plazo al VIH, mediante el fortalecimiento de los sistemas sanitarios y comunitarios, la atención a los determinantes sociales de la salud - capaces al mismo tiempo de impulsar una epidemia y de obstaculizar la respuesta a la misma -, la protección de los derechos humanos, y la promoción de esos derechos y de la equidad de género como elementos cruciales de la respuesta del sector de la salud. Su finalidad es reforzar la integración entre los servicios relacionados con el VIH y otros servicios de salud, con miras a mejorar tanto el impacto como la eficiencia. La estrategia hace un llamamiento al mundo entero para que siga apostando por la colaboración, la innovación y la inversión, que hasta la fecha han permitido alcanzar, no sin esfuerzo, importantes progresos y sentar las bases para una exitosa andadura durante el próximo quinquenio. La figura 1 ofrece una representación esquemática de la estrategia.

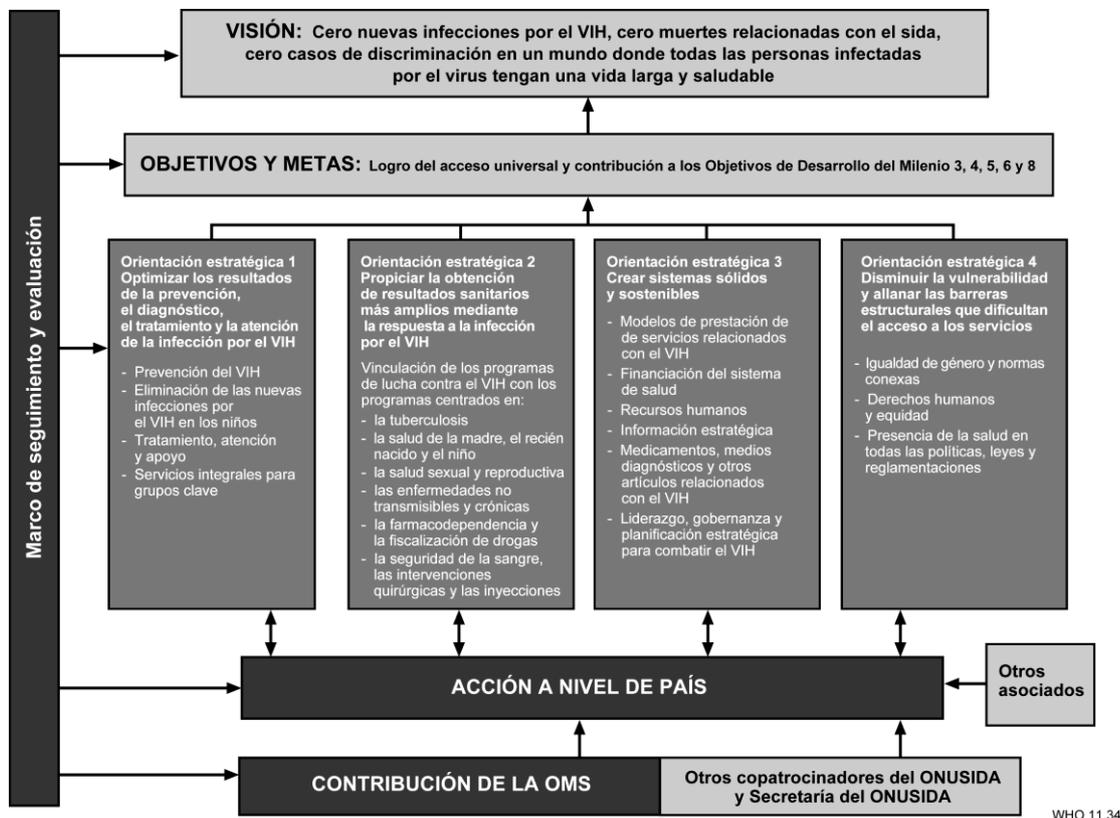
---

<sup>1</sup> Véase la resolución WHA64.14.

<sup>1</sup> El sector sanitario engloba los servicios de salud organizados, tanto públicos como privados, los ministerios de salud, organizaciones no gubernamentales, grupos comunitarios y asociaciones de profesionales, así como instituciones que participan directamente en el sistema de asistencia sanitaria.

<sup>2</sup> *Llegar a cero: Estrategia 2011-2015 del ONUSIDA*. Ginebra, ONUSIDA, 2010.

**Figura 1. Resumen de la estrategia mundial del sector sanitario sobre el VIH/sida, 2011-2015**



## 1.1 Contexto y justificación

4. En los últimos 10 años hemos asistido a la asunción de compromisos sin precedentes en relación con el desarrollo y la salud mundial, empezando en 2000 por la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, que contiene los llamados Objetivos de Desarrollo del Milenio, con sus correspondientes conjuntos de metas, sujetas a plazos concretos. En el periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida, celebrado en 2001, los Estados Miembros se comprometieron, a través de la Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/sida, a dar una respuesta integral en esa esfera; ese compromiso cobró nueva amplitud en la Declaración política sobre el VIH/sida, adoptada en 2006, que incluye el compromiso de alcanzar el acceso universal a los programas de prevención, tratamiento, atención y apoyo para todos quienes lo precisen. Estos cambios vinieron acompañados de una rápida expansión de los servicios relacionados con el VIH y la asignación de fondos específicos a la lucha contra el sida; esos fondos aumentaron de US\$ 1600 millones en 2001 a US\$ 15 900 millones en 2009, gracias sobre todo a las sustanciosas cuantías aportadas por el Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del Sida y el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, así como por otras fuentes bilaterales, multilaterales y nacionales. Los resultados obtenidos han sido notables:

- El número de nuevas infecciones por el VIH ha disminuido a nivel mundial en un 19% durante el último decenio. En 15 países con elevada carga de morbilidad, las tasas de prevalencia del VIH han bajado en más del 25% entre los jóvenes de 15-24 años. Esa disminución puede atribuirse en buena medida a la expansión y mejora de los programas de lucha contra el VIH.

- El acceso a la terapia antirretrovírica en los países de ingresos bajos y medianos ha aumentado sobremanera, pasando de apenas 400 000 personas tratadas en 2003 a 5,25 millones a finales de 2009 (es decir, un 35% del total estimado de personas que necesitan tratamiento).
- Las defunciones relacionadas con el sida disminuyeron en un 19% en el mundo entero solo durante el periodo 2004-2009.
- Gracias a las importantes reducciones registradas en el precio de los medicamentos, los países de ingresos bajos pueden garantizar la administración de tratamiento antirretrovírico durante un año, a un costo medio de US\$ 137 por persona.
- El 53% de las embarazadas con VIH tenían acceso a los medicamentos antirretrovíricos para prevenir la transmisión del virus a sus bebés, lo que supone una mejora importante con respecto a 2008, cuando esa proporción era del 45%.

5. **Elementos que dificultan la concreción de una respuesta mundial al VIH.** Todos estos progresos, sin embargo, son frágiles y presentan una distribución desigual. La incidencia del VIH va en aumento en algunos países y regiones, y el número de nuevas infecciones sigue siendo demasiado elevado: solo en 2009 se registraron 2,6 millones, lo que contribuyó a que la tasa mundial ascienda actualmente a 33,3 millones.<sup>1</sup> Aunque se observa una notable disminución con respecto al pico registrado en 1999, el número de nuevos casos de infección continúa siendo superior al número de personas sometidas a tratamiento. La mayoría de los afectados siguen sin tener acceso al tratamiento antirretrovírico, y la demanda es cada vez mayor.

6. El África subsahariana acapara un 68% de la prevalencia mundial del VIH; la región padece diversas epidemias generalizadas de VIH que afectan de forma desproporcionada a las mujeres y a la población joven (especialmente a las mujeres jóvenes). Las mujeres conforman actualmente cerca del 52% de la prevalencia mundial correspondiente a la población adulta (en el África subsahariana esa proporción es del 60%); la falta de equidad de género y la persistencia de normas sociales perjudiciales figuran entre los principales factores que contribuyen a impulsar la transmisión del virus. En esta región, habrá que redoblar los esfuerzos de prevención, tratamiento, atención y asistencia desplegados en relación con el VIH para detener su propagación y poder tratar a todas las personas que lo precisen, con énfasis especial en las necesidades de las mujeres, las niñas y otros grupos vulnerables.<sup>1</sup> Aunque los jóvenes (con edades comprendidas entre los 15 y los 24 años) están haciendo importantes contribuciones a la reducción de la incidencia del VIH, su acceso a las intervenciones prioritarias relacionadas con el virus, por ejemplo a los servicios de salud y educación sexual y reproductiva durante los años formativos de la adolescencia, varía considerablemente de un país a otro.

7. Las tasas de infección por el VIH están aumentando en varios países de Europa oriental y Asia central, que están padeciendo epidemias concentradas y en expansión, sobre todo entre los consumidores de drogas inyectables y su entorno sexual.

---

<sup>1</sup> *Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2010*. Ginebra, ONUSIDA, 2010.

<sup>1</sup> La vulnerabilidad al VIH se define en la estrategia como la capacidad de las personas o de determinados grupos para controlar su riesgo de adquirir el virus; entre los factores que la aumentan se encuentran: la falta de poder de negociación en lo que a cuestiones sexuales se refiere, la falta de conocimientos sobre el VIH, la falta de acceso a preservativos masculinos o femeninos y otros factores que afectan a la transmisión del VIH.

8. Las respuestas nacionales al VIH a menudo están escasamente focalizadas en la situación epidemiológica del país, y las intervenciones realizadas en muchos entornos son de mala calidad o no prestan la debida atención a las poblaciones vulnerables o expuestas a mayor riesgo,<sup>1</sup> ya se trate de epidemias generalizadas o de epidemias concentradas. Si bien los países y regiones presentan amplias variaciones en lo que a prevalencia y perfil epidemiológico se refiere y requieren, por tanto, diferentes prioridades e intervenciones, todos los planes nacionales de lucha contra el VIH deben prever la prestación de servicios a las citadas poblaciones, con el fin de garantizar la eficacia de las respuestas nacionales al virus. Los planes nacionales deben incorporar asimismo medidas para superar las barreras estructurales que socavan el acceso a unos servicios de calidad.<sup>2</sup>

9. Dentro de su labor de promoción, la OMS hará hincapié en las inversiones adicionales que es necesario destinar al sector de la salud para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio y cumplir el objetivo de lograr el acceso universal y las metas conexas. Aunque el clima económico actualmente imperante en el mundo constituye una amenaza para la ayuda nacional e internacional al desarrollo, están surgiendo nuevas oportunidades y orientaciones para lograr el acceso universal, como por ejemplo: los programas de prevención combinada; la plataforma «Tratamiento 2.0»; la iniciativa de eliminar las nuevas infecciones por el VIH en los niños; y la generación de valiosos datos científicos y programáticos que orientan la formulación de nuevos enfoques, más eficaces, en relación con el VIH. En la Reunión de Alto Nivel sobre el SIDA que la Asamblea General de las Naciones Unidas tiene previsto celebrar en 2011 (Nueva York, 8 a 10 de junio), se examinarán los avances logrados hacia la consecución de los objetivos y metas relacionados con el VIH y se trazará el curso futuro de la respuesta a este virus. La presente estrategia, que describe someramente la contribución del sector sanitario a esa respuesta, ha sido diseñada con el suficiente margen de flexibilidad para incorporar las decisiones que puedan dimanar de esa reunión.

10. ***Necesidad de una acción coordinada del sector sanitario en la lucha contra el VIH.*** Los datos científicos y la experiencia acumulados ofrecen motivos más que suficientes para la formulación de una nueva estrategia mundial del sector sanitario para el VIH. La estrategia de la OMS está diseñada para atender los complejos retos de una epidemia de carácter dinámico dentro del contexto rápidamente cambiante en el que operan los actores de la salud mundial. La labor desempeñada por la OMS en relación con el VIH se ha guiado por una serie de estrategias e iniciativas de amplia base, como la estrategia mundial del sector sanitario para el VIH/sida 2003-2007, la iniciativa «tres millones para 2005» o el Plan de Acceso Universal 2006-2010 de la OMS. La evaluación de esta labor, así como las enseñanzas extraídas de la misma, ponen de manifiesto el valor de una presencia sólida de la OMS en los países - entre otras cosas, como marco de referencia - para apoyar los esfuerzos nacionales y avanzar sobre la base de los progresos ya logrados. La presente estrategia, que ofrece una guía sólida y basada en datos científicos para la respuesta del sector sanitario al VIH durante el periodo 2011-2015, se fundamenta también en esa labor.

## **1.2 Contribución a la Estrategia del ONUSIDA para 2011-2015 y a las estrategias mundiales promovidas por el sector de la salud**

11. Uno de los pilares de esta estrategia es la alineación y coordinación con la Estrategia del ONUSIDA para 2011-2015, recogida en el informe «*Llegar a cero*». El citado instrumento proporciona el marco mul-

---

<sup>1</sup> Los grupos con mayor riesgo son, según lo indicado en la estrategia, los hombres que tienen relaciones homosexuales, los transexuales, los consumidores de drogas inyectables, los trabajadores del sexo y los reclusos.

<sup>2</sup> Las barreras estructurales son obstáculos sistémicos (sociales, culturales y jurídicos) que impiden a algunos grupos clave acceder a los servicios relacionados con el VIH, lo que hace que estos últimos sean menos eficaces. Cabe citar como ejemplos de barreras estructurales el acoso policial y la violencia ejercidos contra determinadas poblaciones o las políticas, prácticas y actitudes discriminatorias que subsisten dentro de los servicios de salud. Las intervenciones estructurales tiene por objeto eliminar esas barreras.

tisectorial para la respuesta conjunta de los 10 copatrocinadores y la secretaría del ONUSIDA a la pandemia de VIH. Aunque ocupa un lugar central en la respuesta al VIH, el sector sanitario debe colaborar con otros sectores para atender los aspectos sociales, económicos, culturales y ambientales que determinan la epidemia y el acceso a los servicios de salud pertinentes. En la estrategia de la OMS, se describen los componentes básicos de su contribución a las tres orientaciones estratégicas del ONUSIDA, que son:

- revolucionar la prevención del VIH (véanse las secciones 3.1 y 3.2);
- impulsar la siguiente fase de la expansión del tratamiento, la atención y el apoyo (véanse las secciones 3.3 y 3.4); y
- promover los derechos humanos y fomentar la igualdad de género en la respuesta al VIH (véanse las secciones 6.1 y 6.2).

12. Además de establecer un plan de actuación para los programas de lucha contra el VIH, la estrategia de la OMS pretende maximizar las sinergias entre programas específicamente centrados en el virus y otros dedicados a otras cuestiones sanitarias, con miras a avanzar hacia el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud. Por otro lado, está estrechamente alineada con otras estrategias y planes de salud mundial, dedicados por ejemplo a la tuberculosis, la salud reproductiva, las infecciones de transmisión sexual, la salud materna, neonatal e infantil, y la salud pública y la innovación (véase el apéndice); además, contribuye también a prioridades de salud pública y desarrollo de más amplio alcance, como el fortalecimiento de los sistemas sanitarios o los determinantes sociales de la salud. Los progresos logrados en fecha reciente indican que el acceso universal se puede alcanzar en diversos contextos epidemiológicos y de recursos. Es imperativo mantener el ímpetu de los esfuerzos desplegados para lograr este objetivo; el papel desempeñado por el sector de la salud es fundamental para que la respuesta mundial al VIH dé el fruto esperado.

## **2. VISION, OBJETIVOS Y METAS MUNDIALES, Y ORIENTACIONES ESTRATÉGICAS**

### **2.1 Visión mundial**

13. Un mundo sin nuevos casos de infección por el VIH, sin defunciones relacionadas con el sida y sin discriminaciones, en el que las personas infectadas por el virus puedan disfrutar de una vida larga y saludable.

### **2.2 Objetivos y metas mundiales**

14. Los dos objetivos generales de la estrategia son:

- lograr el acceso universal a unos servicios integrales de prevención, tratamiento y atención del VIH; y
- contribuir a la consecución del Objetivo de Desarrollo del Milenio 6 (Combatir el VIH/sida, el paludismo y otras enfermedades) y de otros Objetivos relacionados con la salud (ODM 3, 4, 5 y 8) y metas conexas.

15. Las cuatro metas para 2015, destinadas a acelerar los progresos hacia los objetivos de la estrategia, son las siguientes:

- **reducir los nuevos casos de infección por el VIH:** reducir en un 50% el porcentaje de jóvenes de 15 a 24 años infectados (en comparación con la cifra de 2009);
- **eliminar las nuevas infecciones por el VIH en los niños:** reducir en un 90% los nuevos casos de infección por el VIH en los niños (en comparación con la cifra de 2009);
- **reducir la mortalidad relacionada con el VIH:** reducir en un 25% las muertes relacionadas con el VIH (en comparación con la cifra de 2009);
- **reducir la mortalidad relacionada con la tuberculosis:** reducir en un 50% las muertes por tuberculosis (en comparación con la cifra de 2004).

### 2.3 Orientaciones estratégicas

16. La respuesta del sector sanitario al VIH debería seguir cuatro orientaciones estratégicas, que se apoyan mutuamente, descritas más abajo con indicación de los respectivos objetivos. Su finalidad es propiciar el logro de las metas y objetivos arriba enumerados en los cinco años que abarca la estrategia. En cada esfera de contenido se indican las acciones recomendadas a nivel de país y la contribución de la OMS en apoyo de las mismas.

17. **Orientación estratégica 1: Optimizar los resultados de la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la atención de la infección por el VIH.** Integrar intervenciones y enfoques específicamente centrados en el VIH, tratando de mejorar la calidad, eficacia y cobertura de los mismos, e identificar nuevas intervenciones contra el VIH según se vayan obteniendo nuevos datos científicos.

18. **Orientación estratégica 2: Propiciar la obtención de resultados sanitarios más amplios mediante la respuesta a la infección por el VIH.** Reforzar los vínculos y sinergias entre los programas de lucha contra el VIH y otros programas sanitarios afines, especialmente los de salud sexual y reproductiva; salud materna, neonatal e infantil; control de la tuberculosis; tratamiento de la drogodependencia y reducción de los daños conexos; atención de emergencia y quirúrgica; y nutrición.

19. **Orientación estratégica 3: Crear sistemas sólidos y sostenibles.** Crear sistemas de salud eficaces, eficientes e integrales que ofrezcan servicios de atención al VIH y otros servicios esenciales, disponibles, accesibles, asequibles y sostenibles.

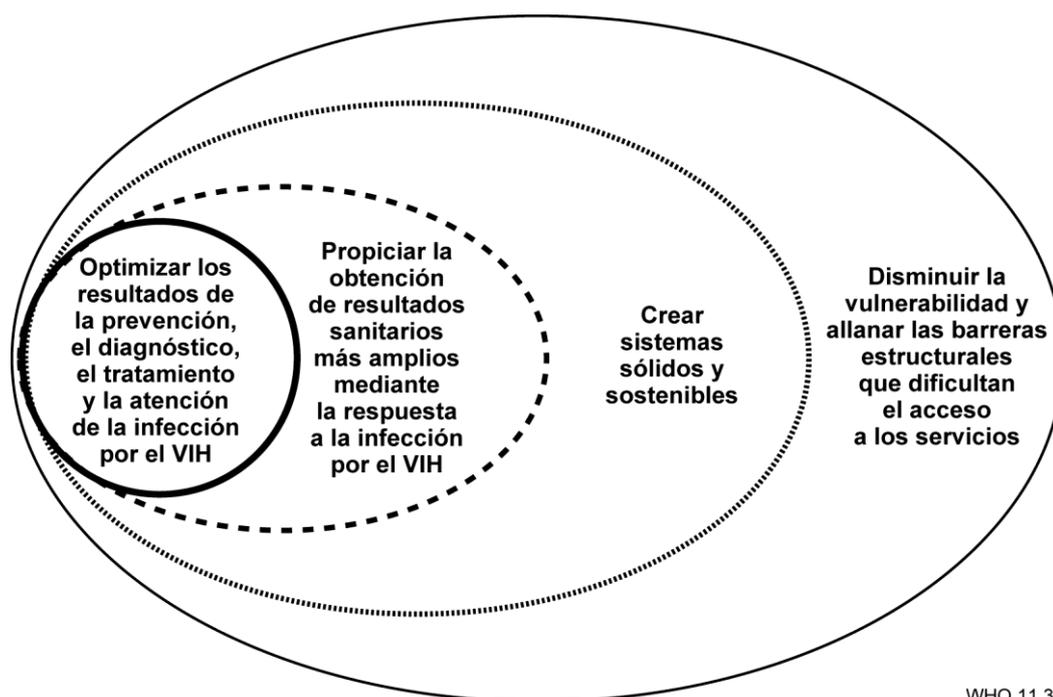
20. **Orientación estratégica 4: Disminuir la vulnerabilidad y allanar las barreras estructurales que dificultan el acceso a los servicios.** El sector de la salud debe reducir el riesgo de infección y los niveles de vulnerabilidad eliminando las barreras estructurales que dificultan el logro de un acceso equitativo a los servicios relacionados con el VIH<sup>1</sup> y proteger y promover los derechos humanos de los grupos clave.

---

<sup>1</sup>Según la definición incluida en la estrategia, los grupos clave comprenden tanto las poblaciones vulnerables como las expuestas a mayor riesgo. Los grupos clave, que desempeñan un importante papel en la dinámica de la transmisión del VIH en un determinado entorno, deben considerarse como asociados esenciales en la concreción de una respuesta eficaz a la epidemia.

21. Estas cuatro orientaciones estratégicas se describen más pormenorizadamente en las secciones que siguen. Las relaciones entre unas y otras se ilustran en la figura 2. Su diseño refleja el propósito de que contribuyan al logro colectivo de una visión y unos objetivos compartidos, en el marco de las estrategias de la OMS y el ONUSIDA sobre el VIH/sida para el periodo 2011-2015.

**Figura 2. Relación entre las cuatro orientaciones estratégicas**



#### 2.4 «Conozca su epidemia, conozca su respuesta»

22. *«Conozca su epidemia...»*. Dado que las características epidemiológicas varían notablemente de país en país y de región en región, las respuestas nacionales habrán de orientarse en función de la información estratégica más actual disponible sobre la naturaleza de la epidemia de VIH que se pretende combatir y sobre el contexto del país. Conocer la epidemia significa comprender dónde, cómo y entre quiénes se están produciendo los nuevos casos de infección. En ese sentido, es necesario identificar los determinantes sociales que aumentan el riesgo de transmisión del VIH y limitan el acceso a la información y a los servicios pertinentes. Las respuestas nacionales deben tomar en consideración:

- la preparación, la infraestructura y la capacidad del sistema o de los sistemas de salud;
- la adaptación de la respuesta actual a las necesidades de las personas más vulnerables al VIH y con mayor riesgo de infección;
- las contribuciones de los interesados directos y de la comunidad; y
- las soluciones más indicadas para llegar a las poblaciones marginadas y remotas y ofrecer servicios en contextos de crisis humanitaria.

23. A pesar de que los sistemas de vigilancia han mejorado considerablemente desde el inicio de la epidemia, es evidente que en muchos países los sistemas de información sanitaria siguen siendo deficientes.

La calidad de la información epidemiológica disponible sobre las poblaciones con mayor riesgo de infección por el VIH (por ejemplo, los hombres que tienen relaciones homosexuales, los transexuales, los trabajadores sexuales, los reclusos y los consumidores de drogas inyectables) a menudo es mala o deficiente. Este problema se ve agravado por la ausencia de unos sistemas nacionales sólidos de información sanitaria y registro de estadísticas vitales. Para lograr una comprensión cabal de la epidemia y documentar debidamente las respuestas nacionales al VIH, es esencial robustecer los sistemas de recopilación de datos relacionados con la vigilancia del VIH y datos sanitarios de otra índole. Hay que asegurar que la sociedad civil participe en la concepción e implantación de esos sistemas, para garantizar que se apliquen procedimientos sólidos y éticos de acopio y análisis de datos.

24. «... *conozca su respuesta*». La respuesta nacional del sector de la salud al VIH debe guiarse por un proceso de planificación estratégica nacional que incluya el examen, la planificación y la priorización de intervenciones específicas y defina una serie de modelos de prestación de servicios que se ajusten al máximo a las necesidades sanitarias del país. La información sobre los programas de lucha contra el VIH (incluidos los datos obtenidos de las actividades de seguimiento y la evaluación) debe estar vinculada a sistemas más amplios de información sanitaria, a fin de garantizar la recopilación de datos sólidos, actuales y precisos acerca de las respuestas nacionales al VIH, por ejemplo sobre los grupos de población que acceden a los servicios, la forma en que se prestan (por ejemplo, a través de centros de salud, servicios comunitarios u otras modalidades de suministro) y los niveles de disponibilidad y cobertura de las intervenciones contra el VIH para los grupos vulnerables y en situación de riesgo. La OMS, el UNICEF y el ONUSIDA han elaborado una serie de instrumentos normalizados para facilitar la recogida de datos a nivel nacional, un elemento crucial para establecer información precisa sobre las respuestas nacionales al sida y para la presentación de informes a nivel mundial.

### **3. ORIENTACIÓN ESTRATÉGICA 1: OPTIMIZAR LOS RESULTADOS DE LA PREVENCIÓN, EL DIAGNÓSTICO, EL TRATAMIENTO Y LA ATENCIÓN DE LA INFECCIÓN POR EL VIH**

25. Ampliar la cobertura y mejorar la calidad de las intervenciones de prevención, diagnóstico, tratamiento y atención requeridas para alcanzar las metas y objetivos mundiales. En muchos países, la incidencia del VIH está disminuyendo, pero en otros va en aumento. Dentro de las respuestas nacionales al VIH, se debe: apostar por intervenciones de prevención específicas para la lucha contra el virus, basadas en datos científicos y expresamente concebidas para el lugar en el que se produce su transmisión; y prestar especial atención a los grupos clave insuficientemente atendidos por los programas en marcha. En la sección 3.1 *infra*, centrada en la necesidad de revolucionar la prevención, se indica someramente cómo el sector de la salud puede sacar el máximo provecho de los últimos progresos en la reducción de las infecciones, combinando diversas intervenciones y buscando el mayor impacto posible. Mejorar la integración de los servicios especializados en el VIH y servicios sanitarios de otra índole, descentralizar radicalmente la prestación de servicios e introducir mejoras en relación con los medicamentos, los medios de diagnóstico y otros componentes relacionados con el tratamiento y la atención del VIH también serán elementos decisivos para avanzar más rápidamente hacia la consecución de las metas nacionales y mundiales.

26. Según diversas encuestas demográficas de salud de fecha reciente, menos del 40% de las personas con VIH saben que son seropositivas. Para mejorar el conocimiento del estado serológico, es fundamental ofrecer a los grupos pertinentes servicios de detección, asesoramiento y envío de casos, y eliminar la es-

tigmatización y la discriminación relacionadas con el VIH.<sup>1</sup> Esta orientación estratégica comprende cuatro elementos básicos:

- revolucionar la prevención del VIH;
- eliminar la infección por el VIH en los niños;
- impulsar la siguiente fase de la expansión del diagnóstico, el tratamiento, la atención y el apoyo;
- asegurar la prestación de servicios integrados y completos para los grupos clave.

### 3.1 Revolucionar la prevención del VIH

27. La combinación de intervenciones de prevención comportamentales, biomédicas y estructurales contra el VIH, adaptadas a las epidemias específicas de cada país, es el enfoque más eficaz para reducir las nuevas infecciones y mejorar la cobertura de los servicios entre los grupos clave. Dentro de este tipo de enfoque se abordan tanto los condicionantes comportamentales como los condicionantes sociales de las epidemias. Sin embargo, pese a su comprobada eficacia, tan solo unos pocos países han optado por ampliar significativamente su utilización. Las intervenciones combinadas, que pueden consistir en servicios de asesoramiento para modificar el comportamiento (por ejemplo, destinados a las parejas), la facilitación del acceso a la terapia antirretrovírica y la eliminación de las barreras estructurales (como la estigmatización y la discriminación) para acudir a los servicios de salud, se deben expandir a mayor escala y de forma más sistemática.

#### 3.1.1 Acción recomendada a nivel de país

28. **Prevenir la transmisión sexual del VIH.** Las intervenciones destinadas a reducir la transmisión sexual del virus incluyen servicios de asesoramiento para modificar el comportamiento, la programación del uso de preservativos masculinos y femeninos, la iniciación precoz del tratamiento antirretrovírico, la circuncisión masculina realizada en condiciones seguras (en entornos donde la prevalencia del VIH es elevada), la profilaxis posterior a la exposición, y servicios de pruebas de detección y de apoyo psicológico para parejas serodiscordantes. En la sección 3.3 se describen algunos conjuntos de intervenciones de prevención combinadas específicas para determinados grupos clave.

29. **Eliminar la infección por el VIH en los entornos sanitarios.** Es fundamental que los servicios de salud pongan en práctica estrategias y procedimientos integrales de control de las infecciones, por ejemplo precauciones de carácter general, medidas destinadas a garantizar la seguridad de las inyecciones, las intervenciones quirúrgicas, la sangre y la profilaxis posterior a la exposición, en caso de exposición ocupacional al VIH.

#### 3.1.2 Contribución de la OMS

30. **Expandir las intervenciones de prevención del VIH ya existentes.** La OMS elaborará un conjunto de medidas de prevención basadas en datos científicos para el sector sanitario y apoyará su aplicación a nivel nacional. Este instrumento, cuyo diseño reflejará las conclusiones de un examen de intervenciones destinadas a modificar el comportamiento, ofrecerá orientación sobre posibles formas de combinar esas intervenciones eficazmente con otras de diferente índole, en una serie de entornos sanitarios. La OMS

---

<sup>1</sup> Los servicios de detección y asesoramiento deben ser voluntarios y confidenciales y garantizar la protección y promoción de los derechos humanos de los usuarios, con independencia del entorno o de la modalidad de prueba.

proporcionará orientación sobre la implantación de actividades combinadas de prevención en contextos de epidemias generalizadas, por ejemplo en lo referente a la aplicación de enfoques óptimos para diferentes grupos clave, como las mujeres, las niñas y los jóvenes. Asimismo, promoverá la aplicación de las orientaciones ya existentes, en contextos de epidemias concentradas, e irá actualizando las directrices normativas conforme se obtengan nuevos datos científicos.

31. ***Impulsar la preparación de intervenciones nuevas para prevenir la infección por el VIH.*** La OMS apoyará la evaluación de intervenciones y enfoques nuevos y potencialmente eficaces, basados por ejemplo en el empleo de microbicidas, la profilaxis anterior a la exposición y el tratamiento antirretrovírico, como instrumentos de prevención y orientará a los países sobre el proceso de ejecución, a medida que se vaya disponiendo de resultados. Asimismo, seguirá apoyando los esfuerzos encaminados a obtener nuevas vacunas contra el virus, por conducto de la Iniciativa OMS/ONUSIDA para desarrollar una vacuna contra el VIH. La OMS formulará orientaciones sobre cómo prevenir la transmisión del VIH en parejas serodiscordantes y ofrecerá el oportuno asesoramiento operativo.

### **3.2 Eliminar las nuevas infecciones por el VIH en los niños**

32. El número de infecciones por el VIH entre los niños ha disminuido notablemente gracias a la expansión de los programas de prevención de la transmisión de la madre al niño, pasando de 500 000 en 2001 a 370 000 en 2009. En vista de esta mejora, el ONUSIDA ha hecho un llamamiento en favor de la eliminación virtual de las nuevas infecciones por el VIH en los niños para 2015, una meta alcanzable si los programas integrales de prevención se amplían y se integran dentro de los servicios de salud materna, neonatal e infantil, sexual y reproductiva y servicios de otra índole, como los programas de tratamiento y atención del VIH.

#### *3.2.1 Acción recomendada a nivel de país*

33. ***Eliminar las nuevas infecciones por el VIH en los niños.*** Es fundamental expandir los programas integrales de prevención de la transmisión del VIH, por ejemplo mediante el establecimiento de metas nacionales para la eliminación del VIH en los niños, para lo cual se pueden emplear los protocolos profilácticos y terapéuticos nacionales pertinentes. Entre los componentes básicos destacan la prevención de la transmisión en mujeres en edad fecunda, la prevención de embarazos no deseados en mujeres seropositivas, la reducción de la transmisión del VIH de la madre al lactante y la prestación de servicios adecuados de tratamiento y atención precoces a las mujeres con VIH, así como a sus hijos y familias.

#### *3.2.2 Contribución de la OMS*

34. ***Trabajar conjuntamente con el UNICEF en apoyo de la eliminación de las nuevas infecciones en los niños.*** Esa colaboración incluye apoyar la Estrategia Mundial del Secretario General de las Naciones Unidas para la Salud de la Mujer y el Niño y llevar a la práctica la visión estratégica de la OMS para la prevención de la transmisión del VIH de la madre al niño. La OMS y el UNICEF facilitarán orientación y apoyo técnicos para la rápida expansión de los servicios integrados y completos de prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH y asegurarán el seguimiento de los avances hacia un mundo libre de nuevas infecciones por el VIH. Las actividades principales incluyen:

- promover los servicios de asesoramiento y pruebas de detección del VIH a instancias del proveedor, la repetición de pruebas, y la prestación de apoyo psicológico a las parejas, dentro de los servicios de salud prenatal, materna, del recién nacido y del niño;

- apoyar la aplicación y evaluación de las directrices publicadas por la OMS en 2010 sobre: el uso de medicamentos antirretrovíricos en el tratamiento de mujeres embarazadas; el uso de medicamentos antirretrovíricos para prevenir la infección por el VIH en los niños; y el VIH y la alimentación infantil;
- realizar exámenes basados en datos científicos para evaluar la necesidad de actualizar las citadas directrices;
- respaldar un programa de investigaciones operativas que permita orientar de un modo más eficiente y eficaz la aplicación de programas integrales para eliminar las nuevas infecciones por VIH en los niños.

### **3.3 Impulsar la siguiente fase de la expansión del diagnóstico, el tratamiento, la atención y el apoyo relacionados con el VIH**

35. La disminución de las tasas mundiales de morbilidad y mortalidad relacionadas con el VIH ponen de manifiesto los enormes progresos logrados en la última década en lo referente a la prestación de servicios en esta esfera. Aun así, la prevalencia del VIH y la demanda de servicios de diagnóstico, tratamiento y atención médica siguen en aumento. Dado el contexto actual de restricción de recursos, será más importante que nunca seleccionar un enfoque adecuado para la prestación de los servicios y la puesta en práctica de las intervenciones. Los programas de asesoramiento y pruebas de detección del VIH, a instancias del usuario o del proveedor del servicio, de calidad garantizada deben ampliarse para dar a las personas la posibilidad de conocer su estado serológico y derivarlas a los servicios de prevención, atención, tratamiento y asistencia que procedan.

36. Tratamiento 2.0 es la iniciativa puesta en marcha por el ONUSIDA y la OMS con el fin de impulsar la segunda fase de la expansión de la atención y el tratamiento. Su objetivo es simplificar diversos tratamientos de alta calidad y mejorar la eficiencia y eficacia del suministro de tratamientos y atención médica; en ese sentido, apuesta por una transformación de las intervenciones programáticas, de modo que dejen de centrarse en las fases de emergencia y aseguren la sostenibilidad a largo plazo. La OMS coordina entre los copatrocinadores del ONUSIDA las actividades relacionadas con la atención y el tratamiento de la coinfección por VIH y tuberculosis; en breve, colaborará con el ONUSIDA y diversos asociados mundiales y nacionales en la aplicación práctica de esta iniciativa.

#### *3.3.1 Acción recomendada a nivel de país*

37. ***Ampliar rápidamente el acceso a unos servicios diversificados de pruebas de detección del VIH y asesoramiento de los pacientes.*** Las pruebas de detección del VIH deben ser de carácter voluntario y confidencial e ir acompañadas de un asesoramiento adecuado, con independencia de que se realicen a instancias del usuario o del proveedor del servicio. Acelerar el primer acercamiento, tanto de los adultos como de los niños, a unos servicios de pruebas de detección y asesoramiento basados en los derechos, es esencial para la prevención y para el diagnóstico temprano y la derivación (según proceda) a programas de atención y tratamiento; asimismo, resulta fundamental para promover la determinación del estado serológico en condiciones de seguridad. Cuando se trate de grupos de población con un elevado riesgo de infección por el VIH, puede ser necesario adaptar los citados servicios para fomentar su utilización inicial y reducir las tasas de abandono al máximo.

38. ***Ampliar y optimizar el tratamiento del VIH en niños, adolescentes y adultos.*** Los países deben actualizar sus protocolos nacionales de tratamiento del VIH sobre la base de las directrices mundiales y preparar planes de ejecución que permitan garantizar la continuidad de tratamiento en la transición de los regímenes terapéuticos viejos a los nuevos. El tratamiento antirretrovírico debe iniciarse cuanto antes (pa-

ra todos los pacientes con 350 células CD4<sup>+</sup>, o más, por mm<sup>3</sup> si se quiere reducir la morbilidad y la mortalidad relacionadas con el VIH y conseguir el máximo impacto en las epidemias de VIH y tuberculosis. El tratamiento debe incluir los regímenes terapéuticos más sencillos, tolerables y robustos recomendados por las directrices de la OMS, así como los instrumentos simplificados de diagnóstico y seguimiento en el lugar donde se dispensa la atención que se están elaborando en el marco de la iniciativa Tratamiento 2.0. También es importante prestar apoyo y atención nutricional para mejorar la eficacia del tratamiento, los niveles de observancia, las tasas de permanencia y la calidad de vida de los pacientes.

39. **Reducir las coinfecciones y la comorbilidad en los infectados por el VIH.** Los programas terapéuticos y de atención deben comprender la profilaxis (incluida la inmunización), el diagnóstico y el tratamiento de infecciones oportunistas y comorbilidades comunes. Particularmente importante es el diagnóstico y tratamiento de la neumonía, la diarrea, el paludismo, la hepatitis viral, la desnutrición y otras afecciones clínicas, que revisten mayor gravedad en las personas con VIH. Dentro de los servicios de atención al VIH, también es fundamental la detección de tumores malignos, así como la evaluación, la prevención y el tratamiento de los trastornos mentales. Por otro lado, hay que dar prioridad a atender las necesidades de las personas con VIH mayores de 50 años.

40. **Reducir la carga de tuberculosis en los infectados por el VIH.** Los países deben integrar en los servicios de atención a las personas con VIH el llamado enfoque de «las tres íes», consistente en: la *intensificación* de la detección de casos de tuberculosis activa en pacientes seropositivos; la profilaxis con *isoniazida* en pacientes con tuberculosis latente para prevenir la progresión hacia la enfermedad activa; y el control de la *infección* para minimizar la transmisión de la tuberculosis entre la población.

41. **Ofrecer servicios integrales de atención y apoyo a los infectados por el VIH.** La dispensación de cuidados paliativos, comunitarios y domiciliarios debe incluir un enfoque multidisciplinario centrado en la identificación, la evaluación y el tratamiento del dolor, sin dejar de atender otras necesidades físicas, psicosociales y espirituales de las personas con VIH. Es primordial poner a disposición de los pacientes en los centros sanitarios y en la comunidad opioides adecuados, y formar al personal en su uso, con el fin de tratar el dolor y proporcionar unos cuidados terminales apropiados. El fortalecimiento de los sistemas de atención comunitaria, en particular de las capacidades de las personas que atienden a los pacientes en la comunidad y en el domicilio, es esencial para poder ofrecer unos servicios integrados y descentralizados, ampliar las intervenciones nacionales contra el VIH y mejorar los resultados sanitarios.

42. **Poner a disposición de los infectados por el VIH todos los componentes de «Salud, dignidad y prevención positivas».** Este recurso<sup>1</sup> está diseñado para atender las necesidades sanitarias específicas de las personas con VIH. Estas incluyen el acceso equitativo al agua potable, al saneamiento y a un conjunto integral de servicios de promoción de la salud y atención sanitaria basados en los derechos humanos, por ejemplo servicios de asesoramiento sobre salud sexual y reproductiva y prevención del VIH.

### 3.3.2 Contribución de la OMS

43. **Apoyar los esfuerzos encaminados a fomentar la utilización inicial de los servicios de asesoramiento y pruebas de detección del VIH y a mejorar los vínculos de esos servicios con la atención de salud.** La OMS evaluará la eficacia de diversos modelos de asesoramiento y pruebas de detección del VIH y proporcionará orientación sobre:

---

<sup>1</sup> ONUSIDA, The Global Network of People Living with HIV. *Salud, dignidad y prevención positivas. Informe de la consulta técnica, 27 y 28 de abril de 2009, Hammamet, Túnez.* Amsterdam, Países Bajos, The Global Network of People Living with HIV (GNP+), 2009.

- la capacitación del personal sanitario para ampliar la prestación de servicios de asesoramiento y pruebas de detección del VIH de diversa índole y basados en los derechos, con énfasis en la mejora de los vínculos con otros servicios centrados en el virus;
- la prestación de servicios de pruebas de detección y asesoramiento para las parejas, con miras a reducir la transmisión del VIH en las parejas serodiscordantes;
- la aplicación de algoritmos y recomendaciones actualizados para la detección del VIH, en apoyo de la selección y el uso de los medios de diagnóstico pertinentes; y
- el establecimiento de objetivos y la mejora de la calidad y la cobertura de los servicios de pruebas de detección y asesoramiento.

44. **Apoyar la expansión y optimización de los servicios de diagnóstico, tratamiento y atención a través de la iniciativa «Tratamiento 2.0».** La OMS apoyará la aplicación y el seguimiento de la iniciativa Tratamiento 2.0, que comprende las cinco áreas de trabajo fundamentales que siguen:

- optimización de los regímenes terapéuticos (por ejemplo, mediante el uso de combinaciones de dosis fijas, el empleo de formulaciones pediátricas y el envasado conjunto de medicamentos antirretrovíricos de primera y segunda línea);
- desarrollo y puesta a disposición de pruebas de diagnóstico e instrumentos de seguimiento normalizados y de calidad asegurada para su uso en el lugar donde se dispensa la atención sanitaria;
- prestación de unos servicios de atención del VIH integrales y radicalmente descentralizados;
- reducción de los costos;
- movilización de las comunidades para que participen en el diseño y la aplicación de los programas de diagnóstico, tratamiento y atención.

45. La OMS colaborará con el ONUSIDA en la labor de coordinación y seguimiento de los progresos logrados con los asociados mundiales y nacionales en el contexto de la iniciativa «Tratamiento 2.0», dentro de lo que será la siguiente fase de apoyo a los programas nacionales de lucha contra el VIH. Esta iniciativa, además de centrarse en las pruebas de diagnóstico del VIH, incluirá la evaluación de un conjunto de medios diagnósticos, asequibles y accesibles, de la tuberculosis y la hepatitis viral, para su uso en una amplia gama de entornos de atención de salud.

46. La farmacovigilancia se incorporará como norma asistencial en los programas de tratamiento anti-retrovírico, junto con herramientas estandarizadas de vigilancia y prevención de la farmacorresistencia. La OMS brindará asimismo orientación sobre la elección de la tecnología, su idoneidad en circunstancias de escasez de recursos y la aplicación de mecanismos de control de calidad.

47. **Facilitar orientación e instrumentos para el diagnóstico, el tratamiento y la atención de los niños con VIH.** La OMS proporcionará orientación sobre el diagnóstico temprano de la infección por el VIH en los lactantes y el acceso rápido a los oportunos servicios de atención y tratamiento, por ejemplo de apoyo nutricional, con énfasis en los servicios de asesoramiento y pruebas de detección dispensados en entornos sanitarios a instancias del proveedor. También se elaborarán orientaciones sobre posibles soluciones para mejorar la calidad de los servicios prestados a los niños, con el fin de asegurar la permanencia en los programas asistenciales.

48. **Fortalecer los instrumentos para la prevención y el control de la coinfección por VIH y tuberculosis.** La OMS promoverá una mayor integración de los servicios de atención al VIH y los centrados en la tuberculosis mediante una política interina sobre actividades de colaboración en materia de tuberculosis y VIH, que consta de 12 elementos.<sup>1</sup> Las actividades clave incluyen:

- elaborar directrices clínicas y apoyar la utilización de instrumentos operativos para la prevención y el tratamiento de la tuberculosis dentro de los servicios de salud relacionados con el VIH, incluida la aplicación del enfoque de «las tres íes»;
- promover el envasado y la formulación conjuntos y el empleo de combinaciones de isoniazida con trimetoprim-sulfametoxazol para prevenir la tuberculosis en personas con VIH;
- dirigir la elaboración de un sólido programa de investigación sobre la coinfección por VIH y tuberculosis, incluida una vigilancia mejorada del VIH y la tuberculosis;
- respaldar exámenes conjuntos de la labor de planificación y programación relacionada con el VIH y la tuberculosis.

49. **Prevenir, diagnosticar y tratar otras coinfecciones y comorbilidades relacionadas con el VIH.** La OMS preparará nuevas directrices clínicas para la prevención, el diagnóstico y el control de las coinfecciones y comorbilidades más graves relacionadas con el VIH en adultos y niños, como la hepatitis viral crónica. Asimismo, promoverá el acceso no discriminatorio a servicios de diagnóstico y tratamiento para la hepatitis B y C y defenderá la vacunación contra la hepatitis B.

### 3.4 Ofrecer servicios integrados y completos dirigidos a grupos clave

50. Según una serie de informes recientes sobre los progresos logrados en distintos países en relación con los grupos clave vulnerables al VIH y expuestos a un alto riesgo de infección, muchos de ellos siguen teniendo dificultades para acceder a un conjunto completo de intervenciones contra el VIH basadas en datos científicos, lo que contribuye a que el virus continúe transmitiéndose. Los datos disponibles para el periodo transcurrido desde 2009 revelan que:

- los jóvenes (con edades comprendidas entre los 15 y los 24 años) representan el 40% de los nuevos casos de infección en la población adulta y precisan un acceso mejor y más sistemático a los servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento;
- cerca del 80% de los jóvenes con VIH viven en el África subsahariana, y alrededor de dos tercios son mujeres;
- la cobertura de los programas de reducción de daños es limitada; de los 92 países notificantes, solo 36 tenían en marcha programas de distribución de jeringas y agujas, y apenas 33 ofrecían tratamientos de sustitución con opioides;
- la cobertura media de los programas de prevención en los hombres que tienen relaciones homo-sexuales era del 57%, para 21 países que presentaron datos al respecto;
- la proporción media de trabajadores sexuales con acceso a programas de prevención del VIH era del 58%, para 38 países notificantes.

---

<sup>1</sup> Documento WHO/HTM/TB/2004.330.

51. Para ampliar el acceso a grupos clave, habrá que integrar los servicios relacionados con el VIH con otros servicios sanitarios y sociales pertinentes, eliminar las barreras estructurales que dificultan el acceso a los de servicios - como la estigmatización, la discriminación y la violencia de pareja - y adaptar los servicios relacionados con el VIH a las necesidades de cada grupo poblacional.

#### 3.4.1 Acción recomendada a nivel de país

52. ***Poner en práctica un amplio conjunto de intervenciones para atender las necesidades de las poblaciones vulnerables.*** Cada país debe identificar las poblaciones vulnerables al VIH o desatendidas por los actuales programas de VIH, tanto en epidemias generalizadas como en epidemias concentradas. Las necesidades de los jóvenes y de las mujeres han de abordarse explícitamente en las respuestas nacionales al VIH. En lo que atañe a las comunidades con epidemias generalizadas, se debe poner especial empeño en la expansión de programas integrales de prevención del VIH basados en intervenciones combinadas. Las instancias decisorias y los directores de programas deben tomar en consideración las necesidades de los trabajadores migrantes, las personas refugiadas o desplazadas, los niños de la calle, las poblaciones indígenas, las personas con discapacidad, los reclusos y los jóvenes y mayores de 50 años expuestos a mayor riesgo. Al establecer el modo óptimo de poner en práctica las intervenciones contra el VIH dirigidas a estos grupos, hay que tomar en consideración elementos como: los costos, los lugares de reunión y el plan operativo, los métodos de prestación de servicios, y las intervenciones estructurales necesarias para reducir los niveles de vulnerabilidad.

53. ***Garantizar a los trabajadores sexuales, a los hombres que tienen relaciones homosexuales y a los transexuales el acceso a unos servicios integrales.*** Las estrategias, políticas y programas nacionales de lucha contra el VIH deben atender las necesidades de los trabajadores sexuales, los hombres que tienen relaciones homosexuales y los transexuales, tanto en el contexto de epidemias generalizadas como de epidemias concentradas, por ejemplo mediante estrategias destinadas a reducir la estigmatización y discriminación en los centros de atención sanitaria o a mejorar el acceso a los servicios de salud. Las organizaciones comunitarias y las redes de pares sociales deben participar en la planificación y prestación de estos servicios, con objeto de mejorar la calidad y eficacia de los servicios especializados en el VIH.

54. ***Proporcionar a los consumidores de drogas servicios de reducción de daños.*** Las estrategias, políticas y programas nacionales de lucha contra el VIH deben atender, tanto en el contexto de epidemias generalizadas como de epidemias concentradas, las necesidades de las personas que consumen drogas. Es fundamental ofrecer un conjunto completo de servicios que - además de intervenciones de prevención, tratamiento y atención especialmente adaptadas - incluya: programas de distribución de agujas y jeringas; tratamientos de sustitución con opioides y otros tratamientos de la farmacodependencia; la prevención y el tratamiento de infecciones de transmisión sexual; programas de distribución de preservativos; el diagnóstico y tratamiento de la hepatitis viral y la tuberculosis; e intervenciones estructurales para mejorar el acceso a los servicios.<sup>1</sup>

55. ***Reducir el riesgo y la vulnerabilidad a la infección por el VIH en situaciones de crisis humanitaria.*** Los planes de contingencia para la prestación de servicios esenciales contra el VIH deben formar parte de los programas nacionales de lucha contra el virus, a fin de asegurar la continuidad del tratamiento y la atención; entre otras cosas, deberán prever la creación de reservas de seguridad de medicamentos y productos esenciales (en particular, antirretrovíricos, preservativos, pruebas diagnósticas, analgésicos opioides y material estéril para inyecciones). Es necesario ofrecer al personal esencial de los servicios de

---

<sup>1</sup> WHO/UNODC/UNAIDS technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users, 2009.

emergencias y de salud la oportuna capacitación, sobre la base de las Directrices para las intervenciones relacionadas con el VIH/sida en situaciones de emergencia, preparadas por el Grupo de Trabajo sobre el VIH/sida en Contextos de Emergencia del IASC (Comité Permanente entre Organismos). Asimismo, es fundamental implantar políticas e intervenciones para reducir la estigmatización y discriminación relacionadas con el virus, en el contexto de unos servicios de atención de salud que sean humanitarios.

### 3.4.2 Contribución de la OMS

56. **Preparar y promover conjuntos de medidas preventivas dirigidos a grupos clave.** La OMS ideará conjuntos de medidas de prevención del VIH destinadas a grupos clave en distintos tipos y entornos epidémicos para su uso por el sector de la salud. Asimismo, colaborará con la UNESCO, el UNICEF y el UNFPA en el diseño de un plan de medidas preventivas específicamente dirigido a los jóvenes. La OMS insistirá en la importancia de proporcionar a los jóvenes una educación sobre el sexo y la sexualidad basada en datos científicos y de garantizar su acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva. Por otro lado, colaborará con la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito en la elaboración de un plan de medidas integral del sector sanitario centrado en los reclusos y en los entornos penitenciarios, y con el ACNUR en la aplicación de las intervenciones previstas en el conjunto mínimo de servicios iniciales (MISP, por sus siglas en inglés) para la salud reproductiva en situaciones de crisis.

57. **Apoyar la expansión de los servicios destinados a los trabajadores sexuales y a los hombres que tienen relaciones homosexuales.** La OMS trabajará con el PNUD y el UNFPA, así como con representantes de las citadas poblaciones en situación de riesgo, para poner en práctica sus orientaciones sobre la aplicación de conjuntos de intervenciones para los trabajadores sexuales, los hombres que tienen relaciones homosexuales y las personas transexuales. Esos conjuntos de servicios incluirán la promoción del uso del preservativo, tanto masculino como femenino, intervenciones destinadas a modificar el comportamiento, el diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual, y la atención y el tratamiento del VIH. La OMS proporcionará a los países orientación para adaptar esos servicios a sus respectivas poblaciones y establecer los objetivos en función de las mismas.

58. **Promover un conjunto integral de medidas para la reducción de daños entre los consumidores de drogas.** La OMS, en colaboración con la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, seguirá apoyando la aplicación de intervenciones de reducción de daños, basadas en datos científicos, para las personas que se inyectan drogas (por ejemplo, intervenciones de atención a las necesidades de las mujeres consumidoras de drogas), y tratará de identificar intervenciones y criterios idóneos para:

- prevenir eficazmente la infección por el VIH entre las personas que consumen estimulantes anfetamínicos y cocaína y entre los consumidores de drogas no inyectables;
- reducir los comportamientos de riesgo relacionados con el consumo de alcohol; y
- prevenir y tratar los casos de sobredosis.

## 4. ORIENTACIÓN ESTRATÉGICA 2: PROPICIAR LA OBTENCIÓN DE RESULTADOS SANITARIOS MÁS AMPLIOS MEDIANTE LA RESPUESTA A LA INFECCIÓN POR EL VIH

59. La optimización de los vínculos programáticos entre los servicios relacionados con el VIH y otras esferas clave de la salud es fundamental para propiciar la obtención de resultados sanitarios más amplios. Esos vínculos también son importantes para garantizar que las respuestas al VIH se beneficien de las in-

versiones en otras áreas relacionadas con la salud. La infección por VIH representa un 6% de la mortalidad materna mundial, aunque según un estudio de fecha reciente podría ascender incluso al 8%. En el mundo entero solo reciben tratamiento antirretrovírico menos de una tercera parte de los menores de 15 años que lo precisan, un dato que refleja la falta de integración de las intervenciones contra el VIH en los servicios de salud del recién nacido y del niño. El VIH está estrechamente relacionado con una amplia gama de temas sanitarios, tales como las infecciones de transmisión sexual, la salud sexual y reproductiva en general, la farmacodependencia, la tuberculosis y la seguridad de la sangre. Esa vinculación debe quedar reflejada en la prestación de los servicios de salud, en aras de la optimización de las inversiones en diversas esferas sanitarias.

60. El diagnóstico y tratamiento tempranos del VIH en pacientes con tuberculosis se ve coartado por los bajos niveles de realización de pruebas de detección del VIH y prestación del asesoramiento dentro de los servicios relacionados con la tuberculosis: en 2009, solo un 26% de los casos de tuberculosis notificados conocían su estado serológico. Cada vez son más los consumidores de drogas infectados por el VIH que aunque reciben tratamiento antirretrovírico fallecen debido a complicaciones provocadas por la hepatitis C o por sobredosis. Los jóvenes deben tener acceso a una educación sobre el sexo y la sexualidad si se quiere asegurar que tengan un conocimiento amplio y correcto sobre el VIH, lo que actualmente sigue siendo poco frecuente. La seguridad de la sangre sigue planteando gran preocupación: en los países de ingresos bajos solo el 48% de las donaciones de sangre se sometieron en 2009 a análisis de calidad asegurada. La transmisión del VIH en los entornos sanitarios continuará representando un riesgo importante si no se invierten suficientes recursos en servicios de análisis sistemático de la sangre, en la seguridad de las inyecciones y las intervenciones quirúrgicas y en otras medidas de salud ocupacional.

#### **4.1 Fortalecer los vínculos entre los programas de lucha contra el VIH y otros servicios sanitarios**

61. Vincular los programas centrados en el VIH con otros servicios de salud e integrarlos dentro de estos ofrece el potencial de mejorar la eficiencia y la eficacia de las inversiones, ya sea específicamente centradas en el virus o de alcance más amplio; así, la ampliación de la cobertura de unos servicios de atención prenatal de buena calidad obra en apoyo de las medidas de reducción de la transmisión maternoinfantil del VIH, y la aplicación de eficaces programas contra el VIH contribuye a reducir la incidencia de la tuberculosis, así como la mortalidad conexas.

62. La colaboración entre los programas de lucha contra el VIH y otros programas de salud debería fomentar la coordinación en lo que respecta a las intervenciones y la alineación de los objetivos programáticos, asegurar la coherencia entre unas directrices y otras y contribuir a coordinar la derivación de casos entre los distintos servicios y la gestión de los recursos humanos. Hay que asegurar la alineación de los principales componentes del sistema de salud, incluidos los sistemas de adquisición y contratación y de gestión del suministro de productos sanitarios, los servicios de laboratorio y los mecanismos de seguimiento y evaluación.

##### *4.1.1 Acción recomendada a nivel de país*

63. **Fortalecer las actividades de colaboración entre los programas de lucha contra el VIH y la tuberculosis.** Los países deben aplicar mecanismos para intensificar la colaboración y la planificación conjunta en relación con los programas contra el VIH y contra la tuberculosis (como se indica en la sección 3.3). Es fundamental que elaboren conjuntamente políticas, programas de capacitación y procedimientos operativos uniformes y aseguren su puesta en práctica para evitar y controlar la coinfección por VIH y tuberculosis. Es primordial vigilar la infección por VIH en pacientes con tuberculosis y la prevalencia de la tuberculosis en personas con VIH, y armonizar los pertinentes sistemas de seguimiento y eva-

luación. Se debe prestar a los pacientes con tuberculosis servicios de asesoramiento y pruebas de detección del VIH de calidad garantizada; se administrará tratamiento profiláctico contra el VIH a los pacientes tuberculosos y los casos sospechosos de tuberculosis. Los pacientes tuberculosos con VIH deben recibir profilaxis con trimetoprim-sulfametoxazol y tratamiento antirretroviral.

64. **Fortalecer los vínculos entre los servicios de lucha contra el VIH y los servicios de salud materna, neonatal e infantil.** Los servicios de lucha contra el VIH deben integrarse dentro de un conjunto de intervenciones básicas de salud materna, neonatal e infantil que incluya: servicios de atención prenatal, perinatal y posnatal de gran calidad; servicios de prevención, detección y atención del paludismo y la tuberculosis; servicios de detección y atención de la sífilis; servicios de atención del parto con personal cualificado, respaldados por servicios de atención obstétrica de urgencia; servicios de atención neonatal e infantil, apoyo nutricional para el lactante, inmunización infantil, y atención y apoyo nutricionales centrados en la familia. Se deben promover servicios de diagnóstico y atención del VIH diseñados para los niños dentro de programas integrales como la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, de la OMS.

65. **Abordar la cuestión de la salud y los derechos sexuales y reproductivos.** Es fundamental integrar servicios de prevención, asesoramiento y pruebas del VIH dentro de los servicios de salud reproductiva. El acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva es esencial para la prevención de embarazos no deseados, la prevención primaria del VIH y la prevención de la infección por el VIH en los niños. Los servicios de salud deben prestar especial atención a los grupos clave y a las personas afectadas por el VIH, en particular a la prestación de servicios relacionados con: la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de infecciones de transmisión sexual; la planificación familiar, incluidos programas de distribución de preservativos con fines de doble protección y atención posterior al aborto; la detección y atención del cáncer cervicouterino; y servicios de atención a las víctimas de abusos sexuales y violencia de género, incluida anticoncepción de urgencia, apoyo psicosocial y profilaxis posterior a la exposición. Es importante que los servicios específicamente centrados en el VIH promuevan y ofrezcan, según proceda, servicios de planificación familiar y servicios de salud sexual y reproductiva más amplios, que incluyan, por ejemplo, la promoción de los derechos sexuales y reproductivos de las personas con VIH.<sup>1</sup>

66. **Integrar intervenciones relacionadas con el VIH en los programas de prevención, tratamiento y control del consumo de drogas.** Es necesario evaluar la naturaleza, el alcance y las consecuencias del consumo de drogas en la comunidad para orientar la concepción e implantación de servicios de salud adaptados a los consumidores. Habrá que incorporar un conjunto integral de servicios de reducción de daños (véase la orientación estratégica 1) en todos los programas de prevención, tratamiento, rehabilitación, desintoxicación y control del consumo de drogas, ya sea administrados por el sector de la salud o por otros sectores.

67. **Reforzar el manejo tanto del VIH como de las enfermedades no transmisibles y crónicas.** Las enseñanzas extraídas en relación con la expansión de los programas de lucha contra el VIH debe aprovecharse para fortalecer diversas intervenciones utilizadas en el manejo de las enfermedades no transmisibles, como la movilización de las poblaciones afectadas y de la comunidad en general para que participen en la labor de promoción y en la prestación de servicios; el fomento de enfoques multisectoriales para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades; y la descentralización de los servicios. Los programas de manejo de las enfermedades no transmisibles deben abarcar también las complicaciones comunes padecidas por las personas con VIH, por ejemplo afecciones relacionadas con el envejecimiento,

---

<sup>1</sup> Los derechos sexuales y salud reproductiva para las personas que viven con el VIH son un componente esencial del enfoque de «Salud, dignidad y prevención positivas».

la salud bucodental, la malnutrición, la falta de servicios de saneamiento, los trastornos de salud mental y el tratamiento antirretrovírico a largo plazo. El acceso al agua potable, el saneamiento e instalaciones sanitarias es vital para la salud de las personas afectadas por el virus. También se deben reforzar los vínculos entre los programas y servicios de lucha contra el VIH y los de lucha contra el cáncer.

68. ***Asegurar la vinculación entre los programas de lucha contra el VIH y los programas de seguridad de la sangre y de las inyecciones.*** Es imperativo aplicar programas integrales para prevenir la transmisión del VIH en los entornos sanitarios. Esos programas deberán promover una mejor selección de los donantes de sangre y de órganos, la realización de pruebas de detección en la sangre y los tejidos donados, la donación de sangre voluntaria y no remunerada, el uso racional de la sangre y los procedimientos quirúrgicos, y la aplicación de prácticas de inyección seguras. La prestación de asesoramiento a los donantes de sangre y sus familias es fundamental, como punto de acceso al tratamiento y la atención médica para los donantes que dan positivo en las pruebas de detección del virus, lo que permitirá reducir el riesgo de nuevas transmisiones. Hay que garantizar la disponibilidad de transfusiones de sangre seguras para las personas VIH-positivas.

#### 4.1.2 Contribución de la OMS

69. ***Fortalecer la colaboración entre los programas contra el VIH y los programas contra la tuberculosis.*** La OMS abogará por una mayor colaboración entre los programas contra el VIH y los programas contra la tuberculosis y por la prestación de unos servicios integrados de atención al VIH y la tuberculosis. La OMS apoyará en los países la aplicación de la Política interina sobre actividades colaborativas TB/VIH, integrada por un total de 12 puntos, mediante una serie de instrumentos clínicos y operativos nuevos o actualizados para orientar el manejo de la coinfección por VIH y tuberculosis. Se proporcionará orientación sobre el manejo conjunto de la tuberculosis y el VIH en poblaciones y entornos específicos, por ejemplo sobre la creación de vínculos con los programas de reducción de daños o de salud penitenciaria. La OMS apoyará el examen de los programas nacionales de lucha contra el VIH y la tuberculosis.

70. ***Apoyar la integración de los servicios relativos al VIH con los servicios de salud materna, neonatal e infantil y los servicios de salud sexual y reproductiva.*** La OMS promoverá el fortalecimiento de los vínculos entre los programas y servicios centrados en el VIH y los dedicados a la salud sexual y reproductiva y la salud maternoinfantil (en particular, los descritos en la sección 3.1.1), y elaborará (o actualizará) las orientaciones y herramientas necesarias. Asimismo, preparará y promoverá instrumentos operativos estandarizados y simplificados para apoyar la descentralización de esos servicios y su integración en el nivel de la atención primaria, por ejemplo servicios basados en la comunidad.<sup>1</sup> La OMS brindará apoyo a los países para la evaluación de sus políticas, sistemas y enfoques de prestación de servicios en relación con la integración de la salud sexual y reproductiva y la lucha contra el VIH y les ayudará a examinar los resultados y a elaborar planes para fortalecer esa vinculación e integrarla dentro de los planes nacionales de salud y desarrollo.

71. ***Apoyar los vínculos entre los programas y servicios relacionados con el VIH y los centrados en la fiscalización de las drogas.*** La OMS trabajará en estrecha sintonía con la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito para reforzar la colaboración entre los programas de lucha contra el VIH y los programas de control de la farmacodependencia y fiscalización de drogas. El empleo de datos sobre salud pública basados en criterios científicos permitirá a la OMS promover un enfoque de la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la atención del VIH basado en los derechos, dentro de los programas centra-

---

<sup>1</sup> Esos instrumentos incluyen la Atención Integrada del Embarazo y el Parto y la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia.

dos en la prevención del consumo de drogas, el tratamiento y la rehabilitación de toxicómanos y la fiscalización de estupefacientes. Las cuestiones relacionadas con el VIH se integrarán dentro de las orientaciones normativas e instrumentos operativos de la OMS para la prevención y el tratamiento de la farmacodependencia, así como en sus orientaciones relativas al manejo de otras cuestiones que afectan a las personas que consumen drogas, como la tuberculosis, la salud mental, la hepatitis viral, las infecciones de transmisión sexual, la prevención de las sobredosis y la salud maternoinfantil.

72. **Promover vínculos entre los programas relacionados con el VIH y otros programas de salud prioritarios.** La OMS promoverá el fortalecimiento de los vínculos entre los programas relacionados con el VIH y otros programas de salud prioritarios pertinentes para la formulación de respuestas frente al virus, por ejemplo centrados en la salud mental, las transfusiones de sangre, la atención quirúrgica y de urgencia, la salud ocupacional, el saneamiento del agua y el control del cáncer y de otras enfermedades no transmisibles.

## 5. ORIENTACIÓN ESTRATÉGICA 3: CREAR SISTEMAS SÓLIDOS Y SOSTENIBLES

73. Los programas de lucha contra el VIH han contribuido a fortalecer los sistemas nacionales de salud al propiciar la asignación de fondos adicionales a la salud, el fortalecimiento de la capacidad de los sistemas de salud (por ejemplo, mediante la mejora de los mecanismos de seguimiento y vigilancia) y la integración del manejo de las enfermedades crónicas en numerosos entornos con limitados recursos. Aun así, queda mucho por hacer si se quiere que las inversiones relacionadas con el virus se traduzcan en la consolidación de unos sistemas de salud de base amplia y el fortalecimiento de los sistemas comunitarios. La ampliación de la respuesta al VIH debe acelerar los progresos hacia la construcción de unos sistemas de salud eficaces, eficientes e integrales que aseguren la disponibilidad, accesibilidad y asequibilidad de los servicios esenciales relacionados con el virus y que reconozcan y apoyen el papel cada vez más crucial desempeñado por los servicios comunitarios. Una serie de datos probatorios de fecha reciente ponen de manifiesto diversas consecuencias asociadas a la debilidad de los sistemas de salud:

- el 38% de los países de ingresos bajos y medios experimentaron en 2009, al menos en una ocasión, un agotamiento de las reservas de antirretrovíricos en los centros sanitarios, lo que revela importantes deficiencias en los sistemas de adquisición y contratación y de gestión del suministro de productos sanitarios;
- el acceso a medicamentos relacionados con el VIH que sean asequibles puede verse obstaculizado por la no aplicación de las salvaguardias previstas en el Acuerdo de la Organización Mundial del Comercio sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (acuerdo sobre APIC), la limitada disponibilidad de formulaciones y medicamentos genéricos, la escasa capacidad de los sistemas de adquisición para negociar los precios, y la aplicación de derechos de aduana e impuestos elevados;
- los planteamientos basados en la delegación de funciones han ayudado a reducir la carencia de profesionales sanitarios en muchos países, aunque subsisten las dificultades para garantizar la calidad y la seguridad y fomentar la motivación de los trabajadores en cuestión;
- la introducción de nuevos regímenes terapéuticos antirretrovíricos, junto con la necesidad de vigilar la farmacoresistencia y la toxicidad de los medicamentos contra el VIH, impone una carga adicional a los servicios clínicos y de laboratorio.

## 5.1 Fortalecer los seis elementos básicos de los sistemas de salud

74. Las respuestas nacionales al VIH pueden contribuir a un fortalecimiento adicional de los seis elementos básicos que integran los sistemas de salud:

- prestación de servicios en condiciones de eficacia;
- niveles suficientes de dotación de personal y disponibilidad de profesionales debidamente capacitados;
- un sólido sistema de información sanitaria;
- acceso a tecnologías y productos médicos esenciales;
- asignación de fondos suficientes para la financiación de los sistemas de salud;
- liderazgo firme y buena gobernanza.

### 5.1.1 Acción recomendada a nivel de país

75. Los siguientes elementos son esenciales para asegurar sinergias entre los programas nacionales de lucha contra el VIH, fortalecer cada uno de los elementos básicos de los sistemas de salud arriba enumerados (incluidos los componentes basados en la comunidad) y optimizar la ejecución de los programas y los resultados sanitarios conexos.

76. **Adaptar los modelos de prestación de servicios.** Es necesario seleccionar (o ajustar) modelos apropiados para una prestación de servicios costoeficaz que reporte buenos resultados sanitarios, con miras a satisfacer las necesidades de las poblaciones con riesgo de infección por el VIH y de las personas infectadas (descritas en la sección 3.1); en ese contexto, habrá que poner especial empeño en la ampliación del acceso a los servicios relacionados con el VIH y la mejora de la calidad de los mismos, mediante la adopción de enfoques integrados y descentralizados. Los sistemas basados en la comunidad tienen un papel fundamental que desempeñar en la planificación y prestación de servicios relacionados con el VIH, sobre todo en lo que respecta a los servicios dirigidos a los grupos clave. Dado que las respuestas nacionales al VIH pueden entrañar el desplazamiento de algunos servicios importantes hacia el nivel comunitario, es esencial que los proveedores encargados de la prestación de servicios a nivel comunitario participen en el proceso de planificación, para así asegurar la existencia de estrechos vínculos y lazos de coordinación entre los entornos sanitarios del sector formal y del sector informal. Es fundamental garantizar la calidad de los servicios relacionados con el VIH a través de sistemas de gestión de calidad tanto internos como externos, con independencia del entorno asistencial de que se trate.

77. **Mobilizar recursos para la financiación de la salud y fortalecer los sistemas de protección social.** La movilización de recursos en cantidades suficientes, ya sea entre los donantes nacionales o extranjeros, para la financiación de los sistemas de salud, de protección social y comunitarios será la clave para proseguir la expansión de los servicios relacionados con el VIH y poder atender la creciente demanda de estos últimos. La financiación ha de canalizarse de un modo que contribuya a fortalecer los recursos nacionales de financiación de la salud, sobre la base de las prioridades sanitarias nacionales, y que garantice un incremento de la eficiencia siempre que sea posible. Es fundamental que los sistemas de financiación sanitaria prevean la reducción de los pagos directos al mínimo posible, la cobertura de los servicios de salud en el lugar de dispensación, y la reducción de otros obstáculos financieros que dificultan el acceso a los servicios relacionados con el VIH. Una manera eficaz de mejorar la equidad sanitaria en lo referente a la

accesibilidad de los servicios consiste en centrar la atención en los niveles de acceso correspondientes a las zonas rurales, y a las poblaciones pobres, vulnerables y expuestas a mayor riesgo.

78. **Fortalecer los recursos humanos para la salud.** Deben aplicarse programas de formación y contratación y estrategias de delegación de funciones que contribuyan al fortalecimiento de las capacidades del personal sanitario. En este contexto, es fundamental la adhesión de los países al Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud<sup>1</sup> y a las directrices éticas destinadas a reducir al mínimo la migración de profesionales sanitarios de los países de ingresos bajos a los países de ingresos altos así como del sector de la salud pública al sector privado y al sector no gubernamental.

79. Hay que velar por que los profesionales sanitarios tengan, en todos los entornos, las competencias requeridas para trabajar con personas VIH-positivas y con las poblaciones afectadas por el virus, para lo cual se incorporarán los contenidos pertinentes en los programas de capacitación previa al servicio y en el servicio. Se debe prevenir el riesgo de los profesionales sanitarios de resultar infectados por el VIH en el lugar de trabajo, para lo cual se aplicarán los procedimientos integrales de salud y seguridad ocupacionales que procedan (véase la orientación estratégica 1); se garantizará el pago de las indemnizaciones que corresponda en caso de enfermedad adquirida en el entorno laboral. Es necesario seguir una serie de políticas y prácticas para garantizar a los profesionales de la salud un entorno de trabajo seguro y propicio para el desempeño de su labor; y se dispensará un trato ético a los trabajadores sanitarios infectados por el VIH, garantizando, entre otras cosas, su acceso al tratamiento y la atención médica que precisen. Las personas con VIH y los trabajadores comunitarios no especializados desempeñan un papel crucial en la prestación de los servicios relacionados con el virus y la capacitación del personal sanitario: sus conocimientos y aptitudes pueden reconocerse mediante la certificación de sus competencias en materia de prestación de servicios y la remuneración de su labor.

80. **Mejorar los sistemas estratégicos de información sanitaria.** Los sistemas de información de los programas relacionados con el VIH deben reforzarse mediante su integración dentro de sistemas nacionales más amplios de información sanitaria, y mediante su armonización con los mismos, incluidos (en la medida de lo posible) los sistemas de información electrónicos. Los sistemas de vigilancia deben proporcionar datos sistemáticos y normalizados, sobre la base de criterios coherentes en lo que respecta a los métodos, las herramientas y las poblaciones encuestadas, y avanzar hacia la integración con la plataforma para la vigilancia de los sistemas de salud en los países creada por la OMS. Se debe fomentar la colaboración entre los programas nacionales de lucha contra el VIH y otros interesados directos en lo que atañe al diseño, la aplicación y el fortalecimiento de los sistemas nacionales de seguimiento y evaluación, sobre la base de las orientaciones y los instrumentos pertinentes de la OMS. Los sistemas de seguimiento y evaluación deben incluir:

- instrumentos y procedimientos para generar y analizar intervenciones de prevención, diagnóstico, tratamiento y atención del VIH, e informar sobre las mismas, incluidas mediciones de los resultados y el impacto que permitan notificar los progresos realizados hacia el logro de los objetivos y metas relacionados con el acceso universal;
- un sistema nacional de seguimiento de los pacientes que apoye la recogida de datos básicos, por ejemplo sobre las tasas de permanencia de los pacientes y la progresión de la enfermedad;

---

<sup>1</sup> Resolución WHA63.16.

- una estrategia nacional de prevención y evaluación de farmacorresistencia de los medicamentos contra el VIH; y
- un programa nacional de farmacovigilancia que incluya los medicamentos antirretrovíricos.

81. Es primordial apoyar las investigaciones operativas y fomentar una mayor colaboración entre los investigadores y los responsables de la formulación de políticas, con miras a asegurar que los resultados de los estudios se traduzcan en medidas prácticas. La capacidad investigadora se puede potenciar mediante la colaboración entre los asociados nacionales y donantes, y entre las organizaciones y redes de investigación.

82. **Garantizar el acceso a los medicamentos, los medios diagnósticos y otros productos esenciales.** Los países deben garantizar un acceso ininterrumpido a los medicamentos, medios diagnósticos y otros productos requeridos para la respuesta al VIH y asegurar la asequibilidad de los mismos. Es necesario establecer políticas nacionales que permitan una rápida aprobación reglamentaria de nuevos medios diagnósticos y medicamentos genéricos y aceleren el proceso de autorización de su comercialización. Con el fin de contener los costos, convendría promover para estos productos un mercado abierto y competitivo, por ejemplo (según proceda) mediante la invocación de las salvaguardas previstas en el Acuerdo de la Organización Mundial del Comercio sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio, el uso común de patentes y la concertación de acuerdos de concesión de licencias voluntarias entre los titulares de las patentes y los fabricantes de medicamentos genéricos. La fundación Medicines Patent Pool ofrece un sistema de mancomunación que permite mejorar la disponibilidad y facilitar el desarrollo de nuevas combinaciones de dosis fija y formulaciones adaptadas (por ejemplo, formulaciones pediátricas), a través de acuerdos de concesión de licencias voluntarias. Hay que fortalecer los sistemas de gestión del suministro de productos sanitarios con miras a mejorar su capacidad para distribuir productos a todos los lugares donde se prestan servicios de atención de salud.

83. Uno de los componentes de las respuestas nacionales al VIH debe ser la planificación y coordinación de los procesos de adquisición, distribución, mantenimiento y garantía de la calidad de tecnologías de laboratorio disponibles en el lugar de dispensación. Es necesario aplicar sistemas de laboratorio que garanticen fiabilidad y precisión de las tecnologías y plataformas utilizadas para diagnosticar y controlar la infección por VIH y las comorbilidades asociadas, supervisar los aspectos inmunológicos y virológicos de la infección por el VIH, asegurar el seguimiento de los tratamientos, con énfasis en la farmacorresistencia de los medicamentos contra el VIH, y llevar a cabo estudios con fines de análisis hematológicos y bioquímicos. Es fundamental aplicar mecanismos de gestión de la calidad (por ejemplo, en relación con la capacitación específica del personal para los trabajos de laboratorio o la proporción de trabajadores sanitarios que operan en entornos sanitarios del sector formal e informal).

84. **Fortalecer el liderazgo, la gobernanza y la planificación estratégica.** Es fundamental forjar lazos de asociación estratégicos entre los proveedores de servicios del sector de la salud (incluidos el sector público, la sociedad civil y el sector privado) y también con otros sectores, con miras a la elaboración y aplicación de respuestas nacionales al VIH. Garantizar la sinergia y la coherencia entre la respuesta al VIH, otros programas de salud y el plan multisectorial de lucha contra el VIH es crucial. Debe fomentarse un diálogo político integrador, tanto dentro del sector sanitario como más allá del mismo, con el fin de garantizar la cobertura universal, la justicia social y la equidad en las respuestas nacionales al VIH.

#### 5.1.2 Contribución de la OMS

85. **Promover la eficiencia en la prestación de servicios.** La OMS proporcionará orientación normativa sobre la aplicación de modelos integrados y descentralizados de prestación de servicios relacionados con el VIH, para diferentes tipos de epidemia, sobre la base del examen y la evaluación de los datos científicos disponibles, por ejemplo sobre el papel que han de desempeñar los servicios de salud comunitarios.

La OMS seguirá simplificando los instrumentos de gestión integrada, con el fin de ofrecer un enfoque más sencillo y eficiente para la prestación de servicios.<sup>1</sup> Se apoyará el fortalecimiento de los sistemas comunitarios, de vital importancia para la mejora de la calidad, la eficiencia y la cobertura de los servicios relacionados con el VIH. Asimismo, fortalecerá la participación de la sociedad civil en sus procesos de formulación y aplicación de políticas, por ejemplo en el contexto de la iniciativa Tratamiento 2.0 o de la eliminación de las nuevas infecciones por el VIH en los niños.

86. **Apoyar los esfuerzos para financiar la respuesta al VIH en su totalidad.** La OMS colaborará con el ONUSIDA para determinar las inversiones requeridas para lograr los objetivos mundiales relacionados con el VIH. En ese contexto, promoverá una respuesta totalmente financiada mediante inversiones canalizadas a través de la ayuda nacional y extranjera. La OMS creará instrumentos para calcular el costo de los planes y servicios promovidos por el sector nacional de la salud y facilitará ayuda para la aplicación de los mismos. Se prestará apoyo para la elaboración de planes nacionales de financiación de la salud que incorporen programas de lucha contra el VIH y para la realización de investigaciones operativas centradas en la creación de mecanismos de financiación sanitaria a la vez innovadores y sostenibles. La OMS colaborará con los asociados financieros y los asociados para el desarrollo con el fin de introducir mejoras en la asistencia al desarrollo y la prestación de apoyo técnico. Asimismo, facilitará apoyo técnico para ayudar a los países a movilizar y ejecutar recursos financieros externos, por ejemplo a través del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria.

87. **Apoyar los esfuerzos encaminados a fortalecer las capacidades del personal sanitario.** La OMS proporcionará orientación normativa y técnica para crear una fuerza de trabajo sanitaria más amplia y con la capacitación idónea, que incorpore servicios de base comunitaria para atender las necesidades sanitarias de las comunidades. Asimismo, formulará, en colaboración con los países y las organizaciones de la sociedad civil, recomendaciones basadas en criterios científicos para la expansión de los programas de formación médica y de enfermería y la mejora del acceso a los trabajadores sanitarios (incluidos los trabajadores comunitarios y no especializados) en las zonas insuficientemente atendidas. Los países recibirán apoyo para crear las capacidades necesarias para la recogida y el análisis de datos sobre el personal sanitario. En los procesos de formulación de políticas se establecerán vínculos con diferentes sectores, como el educativo, el laboral y el financiero, con miras a asegurar la aplicación de un enfoque coordinado y sostenible para el fortalecimiento de la fuerza de trabajo sanitaria. La OMS aprovechará las actividades realizadas hasta la fecha con la OIT, el Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del Sida y otros asociados para perfeccionar las estrategias relativas al fortalecimiento de la capacitación del personal sanitario, la delegación de funciones, la permanencia de los trabajadores de la salud y la educación.

88. **Apoyar los esfuerzos destinados a mejorar la información estratégica de la salud.** La OMS ofrecerá orientación y apoyo para la introducción de mejoras en la recopilación, el análisis y el empleo de datos en el sector de la salud. Además, respaldar la aplicación de sistemas nacionales longitudinales y vinculados entre sí para el seguimiento de los pacientes, por ejemplo a través de instrumentos electrónicos, en relación con el tratamiento del VIH y la coinfección por VIH y tuberculosis y otras intervenciones prioritarias del sector de la salud. Se prestará especial atención al apoyo de las medidas destinadas a asegurar la permanencia de los pacientes, la calidad de los datos y la calidad de la atención. La OMS seguirá de cerca los avances del sector de la salud hacia el acceso universal y la repercusión de las intervenciones contra el VIH en los Objetivos de Desarrollo del Milenio, e informará anualmente al respecto.

---

<sup>1</sup> Esos instrumentos incluyen la Atención Integrada a las Enfermedades de los Adolescentes y los Adultos, la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, la Atención Integrada del Embarazo y el Parto y el Manejo Integrado de la Atención de Urgencia y la Atención Quirúrgica Esencial.

89. **Determinar las líneas de investigación y estimular la producción de conocimientos, así como la traducción y divulgación del correspondiente material informativo.** La OMS promoverá la movilización de inversiones en cantidades suficientes para actividades de investigación y desarrollo centradas en el VIH y establecerá, junto con los asociados, las líneas principales de la investigación mundial relacionada con la respuesta del sector de la salud a esta pandemia. Se promoverá la generación y aplicación de nuevos conocimientos, con énfasis particular en la identificación nacional, la mejora de la eficacia de las intervenciones y programas, y el fomento de la innovación. La OMS impulsará el programa de investigación sobre el tratamiento del VIH y las intervenciones preventivas basadas en la administración de antirretrovíricos a través de las principales áreas de trabajo de la plataforma Tratamiento 2.0 (véase la sección 3.3.2).

90. **Promover un acceso más amplio, y asequible, a los medicamentos, medios diagnósticos y otros productos esenciales.** La OMS respaldará las estrategias destinadas a reducir los precios y mejorar la adquisición de medicamentos y productos relacionados con el VIH. El apoyo a la mejora de los sistemas de adquisición de medicamentos, medios diagnósticos y otros productos relacionados con el VIH consistirá en la difusión de información sobre los fármacos y las pruebas diagnósticas a través del Servicio de Medicamentos y Pruebas Diagnósticas para el Sida y la promoción de mecanismos de compras agrupadas y otras medidas para mejorar la gestión de la cadena de suministro y reducir el riesgo de que se agoten los medicamentos antirretrovíricos y otros productos sanitarios esenciales. La OMS contribuirá a mejorar la transparencia de los mercados y a asegurar un suministro sostenible de productos relacionados con el VIH mediante el seguimiento de los precios y la previsión de la demanda. Los procesos de selección para la compra de medicamentos relacionados con el VIH mejorarán gracias a la precalificación y la oportuna incorporación de los fármacos en la Lista Modelo OMS de Medicamentos Esenciales y a los estudios monográficos de la Farmacopea Internacional. La OMS brindará apoyo a los países para asegurar el suministro ininterrumpido de productos relacionados con el VIH, mediante la facilitación de asistencia técnica, la creación de capacidad y la capacitación sobre el empleo eficaz de los instrumentos de adquisición y contratación y de gestión del suministro.

91. Asimismo, la OMS facilitará apoyo y orientación normativa sobre el acceso a unos instrumentos de diagnóstico y seguimiento médico simplificados, de calidad garantizada, utilizables en el lugar de dispensación de la atención y basados en métodos de laboratorio, en el contexto de la iniciativa Tratamiento 2.0. Se proporcionará orientación y apoyo técnico para facilitar la adquisición y distribución de tecnologías de laboratorio que puedan realizarse en el lugar donde se presta la atención sanitaria y se ofrecerá asistencia técnica en apoyo de la planificación estratégica relacionada con los laboratorios, la creación de capacidad y la aplicación de mecanismos de garantía de la calidad a nivel nacional. La OMS promoverá iniciativas para el fortalecimiento integrado y armonizado de los servicios de laboratorio en relación con el VIH, la tuberculosis, la malaria y otros problemas sanitarios importantes, a través de mecanismos como la Iniciativa Mundial de Laboratorios.

92. **Apoyar la planificación de estrategias nacionales y el examen de las mismas.** La OMS colaborará con el ONUSIDA y el Banco Mundial para velar por que el sector de la salud cuente con suficientes recursos en planificación multisectorial en relación con la respuesta al VIH y por que ésta ocupe el lugar que le corresponda dentro de los procesos de planificación de otros sectores de la salud. Por otro lado seguirá apoyando el examen de los planes nacionales de lucha contra el VIH, con énfasis especial en la búsqueda de sinergias dentro del sistema sanitario y el uso eficiente de los recursos. La OMS continuará elaborando instrumentos para orientar los procesos nacionales de planificación estratégica y mecanismos de examen de los programas de lucha contra el VIH destinados a mejorar la gestión de los servicios sanitarios.

## **6. ORIENTACIÓN ESTRATÉGICA 4: DISMINUIR LA VULNERABILIDAD Y ALLANAR LAS BARRERAS ESTRUCTURALES QUE DIFICULTAN EL ACCESO A LOS SERVICIOS**

93. El sector de la salud desempeña un papel fundamental en la reducción de la vulnerabilidad al VIH, la reducción de la estigmatización y discriminación relacionadas con el virus y la eliminación de las barreras estructurales al acceso a los servicios pertinentes. La respuesta al VIH ha abierto un nuevo camino en la salud pública al promover los derechos humanos, movilizar a las comunidades, contribuir a la equidad sanitaria y abordar los determinantes sociales de la salud. La eliminación de las inequidades sanitarias por motivos de género y la protección de los derechos de las personas que viven con el VIH y de los grupos clave son medidas esenciales para alcanzar el acceso universal y los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud. Las inequidades sanitarias por motivos de género y la protección de los derechos humanos de las mujeres, las niñas y los grupos clave no se han tratado adecuadamente hasta ahora en las respuestas nacionales al VIH. De acuerdo con los últimos informes sobre los progresos registrados en los países, cabe señalar lo siguiente:

- menos de la mitad de los países disponen de un presupuesto para programas relacionados con el VIH orientados a las mujeres y las niñas;
- un 67% de los países cuenta con leyes, políticas o reglamentaciones que obstaculizan la prestación efectiva de servicios de VIH a los grupos clave;
- según el Índice de estigmatización de las personas infectadas por el VIH (resultados de 10 países) muchas de las personas que viven con el VIH son víctimas de maltrato físico y verbal y, de ellas, una proporción importante (entre un 12% y un 88%) no puede acceder a servicios de salud.

94. No solo es necesario llevar a cabo intervenciones concretas en el sector de la salud, sino que hay que revisar las políticas y los programas de otros sectores para reducir las inequidades basadas en el género y garantizar la protección de los derechos humanos de los grupos clave. Asimismo, el sector de la salud tiene una importante función que desempeñar aportando datos científicos sobre los vínculos entre equidad de género, derechos humanos, determinantes sociales de la salud y VIH. Esos elementos deben tenerse en cuenta en el diseño, la ejecución y la vigilancia de las intervenciones del sector de la salud. En ese sentido, es especialmente importante:

- promover la igualdad de género y eliminar las normas perjudiciales desde el punto de vista del género;
- promover los derechos humanos y la equidad sanitaria; y
- garantizar la incorporación de la salud en todas las políticas, leyes y reglamentaciones.

### **6.1 Promover la igualdad de género y eliminar las normas perjudiciales desde el punto de vista del género**

95. Las respuestas nacionales al VIH pueden contribuir a reducir considerablemente la vulnerabilidad a la infección por VIH por motivos de género en las comunidades (por ejemplo, a causa de la violencia de pareja) y las inequidades debidas al género en el acceso a los servicios de salud. Las políticas y los programas del sector sanitario deben potenciar la capacidad de las mujeres y las niñas para reducir su vulnerabilidad al VIH, combatir las normas perjudiciales desde el punto de vista del género y promover la igualdad entre hombres y mujeres. El tema del acceso diferenciado por motivos de género a las intervenciones de

salud, como el tratamiento antirretrovírico, ha de tenerse en cuenta en la programación de las actividades relacionadas con el VIH. También hay que tener en cuenta a los niños y los hombres en las intervenciones conductuales y estructurales destinadas a reducir las desigualdades entre hombres y mujeres.

### 6.1.1 Acción recomendada a nivel de país

96. **Reunir información sanitaria basada en el género.** Los sistemas de información sobre el VIH y aspectos sanitarios más amplios deben reunir y analizar datos desglosados por sexo y edad, a fin de determinar los patrones de transmisión del virus, las inequidades en la prestación de servicios de salud y el impacto de los programas en niñas y niños, y hombres y mujeres.

97. **Integrar las cuestiones de género en el diseño, la prestación y la vigilancia de los servicios de salud.** La adopción de un enfoque específico e integrado para eliminar las inequidades sanitarias basadas en el género permitirá mejorar la calidad, la utilización y el impacto de los servicios de salud. Los programas sobre el VIH deben promover la equidad entre hombres y mujeres en las decisiones sobre temas sexuales, por ejemplo, sobre la adopción de prácticas sexuales menos peligrosas o el empleo de condones masculinos y femeninos. Es preciso asignar recursos financieros y humanos a los programas destinados a superar las barreras en el acceso a los servicios de salud relacionados con el género. También hay que ocuparse específicamente de las prestadoras de atención, para garantizar que sus condiciones de trabajo sean adecuadas y equitativas y dotarlas de la capacidad de acción necesaria para desempeñar funciones de liderazgo en los sistemas de salud y comunitarios. Por otra parte, habría que introducir servicios relacionados con la violencia de género, por ejemplo servicios integrales para las víctimas de violaciones y otro tipo de abuso sexual.

### 6.1.2 Contribución de la OMS

98. **Promover una mayor equidad de género y apoyar la generación de datos científicos relacionados con las inequidades sanitarias basadas en el género.** La OMS ayudará a los países a detectar y superar los obstáculos que entorpecen el acceso a los servicios y a identificar las desigualdades sociales conexas. También respaldará las actividades de promoción e investigación sobre los vínculos entre el riesgo de infección por el VIH, la violencia de género y otras violaciones de los derechos humanos, y orientará sobre la ejecución de los programas destinados a combatir la violencia contra la mujer. La OMS fomentará la participación de las mujeres (incluidas las mujeres que viven con el VIH) y los prestadores de atención comunitarios en la formulación de políticas y directrices normativas destinadas a garantizar que los servicios de VIH respondan a las necesidades de la mujer.

## 6.2 Promover los derechos humanos y la equidad sanitaria

99. Existen obstáculos legales y socioculturales que impiden a los consumidores de drogas, los hombres que tienen relaciones homosexuales, los transexuales, los reclusos y los trabajadores sexuales acceder a intervenciones sanitarias eficaces y hacer uso de los servicios de salud. Es fundamental eliminar las leyes y las políticas que penalizan la posesión de material para el consumo de drogas (como agujas estériles, en apoyo de las prácticas de inyección seguras), a fin de ampliar el acceso a los servicios de salud y mejorar la calidad de los mismos. Superar esas barreras estructurales al acceso es indispensable para lograr que el usuario acceda por primera vez a los servicios de salud y garantizar la aplicación de un enfoque coherente y equitativo en las respuestas nacionales al VIH.

### 6.2.1 Acción recomendada a nivel de país

100. **Hacer participar a las personas que viven con el VIH en el diseño, la aplicación y la evaluación de las respuestas nacionales al VIH.** En el marco de las respuestas nacionales al VIH, hay que aplicar, y supervisar, políticas y prácticas destinadas a eliminar la estigmatización, la discriminación y otras violaciones de los derechos humanos en la prestación de servicios de salud. Es preciso documentar el impacto de la estigmatización, la discriminación y otras violaciones de los derechos humanos relacionadas con el VIH en el acceso a los servicios de salud y los resultados sanitarios. Asimismo, hay que establecer vínculos con mecanismos más amplios de rendición de cuentas (como las sesiones de alto nivel del periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas) que evalúan los progresos en la protección de los derechos humanos, sobre todo con respecto al derecho a la salud.

### 6.2.2 Contribución de la OMS

101. **Promover la adopción de políticas, prácticas y leyes que protejan los derechos humanos y eliminen la discriminación en el sector de la salud.** La OMS respaldará la realización de evaluaciones de las diferencias por motivos de género en el acceso a los servicios de salud y los resultados sanitarios. También elaborará directrices e instrumentos encaminados a modificar las actitudes discriminatorias del personal sanitario hacia las personas con VIH y los grupos clave, y promoverá la adopción de normas de atención no discriminatorias en los servicios de salud. Asimismo, desarrollará instrumentos nacionales para evaluar los determinantes de la vulnerabilidad y los riesgos sanitarios e identificar a los grupos clave y los lugares en que el riesgo y la transmisión del VIH son altos. La OMS fomentará el desglose de datos por sexo, edad y otros estratificadores para respaldar el análisis de la equidad sanitaria, en particular del acceso diferenciado a los servicios de salud y las diferencias en los resultados sanitarios.

## 6.3 Garantizar la incorporación de la salud en todas las políticas, leyes y reglamentaciones

102. El papel del sector de la salud es fundamental para garantizar que las políticas, leyes y reglamentaciones de otros sectores respalden la respuesta nacional al VIH, sobre todo en lo que respecta a la eliminación de la inequidad por motivos de género y la protección y promoción de los derechos humanos de los grupos clave.

### 6.3.1 Acción recomendada a nivel de país

103. **Utilizar datos científicos de salud pública para introducir medidas en pro de la salud en otros sectores.** Los aspectos del VIH relacionados con la salud deben tenerse en cuenta en la formulación y la revisión de las políticas, leyes y reglamentaciones de otros sectores, con objeto de que estas no aumenten la vulnerabilidad al VIH, establezcan discriminaciones ni impidan el acceso a los servicios (por ejemplo, de vivienda, bienestar social, trabajo, inmigración, defensa, finanzas, educación, relaciones exteriores y desarrollo). Hay que revisar las leyes y, de ser necesario, reformarlas para reducir la vulnerabilidad al VIH, mejorar el acceso a los servicios de salud y proteger los derechos humanos. Por otra parte, es necesario aprobar disposiciones legislativas que defiendan la no discriminación en todos los ámbitos, y conceder particular atención a los siguientes temas: restricciones de viaje, empleo, homofobia, trabajo sexual, leyes de fiscalización de drogas y penalización de la transmisión del VIH. Se debe promover la adopción de un enfoque de salud pública para gestionar las conductas que exponen al riesgo de contraer el VIH. Una buena práctica de salud pública consistiría en promover la adopción de soluciones distintas a las penas de cárcel.

### 6.3.2 Contribución de la OMS

104. **Proporcionar datos científicos de salud pública para documentar las políticas, leyes y reglamentos de otros sectores.** La OMS pondrá más de relieve las necesidades de salud de los grupos clave y ayudará a definir el papel de otros sectores para garantizar que se dé respuesta a esas necesidades. Asimismo, ayudará a los países a redactar o revisar políticas y leyes relacionadas con la salud, con objeto de que los temas de salud pública se traten adecuadamente; se aportarán datos científicos relativos a la salud pública para influir en las estrategias y planes de otros sectores. La OMS colaborará con sus asociados en todos los niveles para mejorar la coherencia normativa, en particular con los principales donantes y organismos e iniciativas de desarrollo, como el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, el Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del Sida y otros programas bilaterales.

## 7. APLICACIÓN DE LA ESTRATEGIA

105. La aplicación efectiva de la estrategia depende de que todas las partes interesadas que participan en la respuesta del sector de la salud al VIH adopten medidas concertadas. Dentro del sector, es necesario establecer vínculos entre diferentes programas destinados a combatir enfermedades concretas y programas transversales, y reforzar los ya existentes. En esta sección se describe cómo se organizará la Secretaría de la OMS para respaldar la aplicación de la estrategia. También se explica cómo se ajusta la respuesta del sector de la salud a la de otros sectores y aliados, y cómo se supervisará la aplicación de la estrategia y se informará al respecto.

### 7.1 Optimización del programa sobre VIH de la OMS

106. La Secretaría contribuirá a reforzar la coordinación y armonización entre los numerosos interesados a nivel nacional, regional y mundial. El programa sobre VIH de la OMS abarca la adopción de medidas en los tres niveles de la Organización y en toda una serie de departamentos y dependencias. El Departamento de VIH en la Sede se ocupa de la coordinación de todo el programa. Cada una de las seis oficinas regionales cuenta con una unidad encargada del VIH, y muchas oficinas de la OMS en los países tienen personal dedicado a tiempo parcial o completo a esta cuestión. La Organización optimizará la estructura y las operaciones de su programa sobre VIH con las actividades que se indican a continuación.

107. **Definición clara de la división del trabajo entre los tres niveles de la Secretaría de la OMS.** La Sede se centrará en la labor normativa y de políticas a nivel mundial y se encargará de las actividades mundiales de vigilancia y presentación de informes sobre la pandemia de VIH y la respuesta a ella. La labor de orientación mundial se racionalizará, a fin de que las nuevas recomendaciones se transmitan a tiempo y exista una mayor coherencia. Las oficinas regionales focalizarán sus esfuerzos en la coordinación y la prestación de apoyo técnico a los países, entre otras cosas, mediante la adaptación de las directrices mundiales a los distintos contextos nacionales. Las oficinas en los países se centrarán en proporcionar asesoramiento estratégico en materia de políticas a los ministerios de salud y en reunir a los asociados nacionales en torno a temas clave.

108. **Maximización de las sinergias con otras áreas programáticas.** La labor que lleva a cabo la Secretaría sobre el VIH está vinculada con otras áreas de suma prioridad en la Organización, entre las que cabe citar las siguientes: fortalecimiento de los sistemas de salud; sistemas de información sanitaria; salud de la madre, del recién nacido y del niño; salud sexual y reproductiva; tuberculosis y otras enfermedades infecciosas; seguridad de la sangre y de las inyecciones; atención de emergencia y quirúrgica; nutrición; enfermedades no transmisibles y salud mental; cuestiones de género y salud de la mujer; desarrollo de vacunas; acceso a medicamentos esenciales; innovación y propiedad intelectual; determinantes sociales de la

salud; legislación sanitaria, derechos humanos y ética, y la salud en crisis humanitarias. La estrategia promueve el establecimiento de vínculos sólidos entre todos esos programas de salud. Se concederá prioridad al refuerzo de la integración del VIH en la labor básica de esas otras esferas programáticas. Asimismo, se fortalecerán los mecanismos de coordinación y planificación conjuntas en todos los programas. Por ejemplo, el apoyo de la OMS a la iniciativa para la eliminación de las nuevas infecciones por VIH en los niños se coordinará entre las dependencias encargadas del VIH, la salud maternoinfantil, la salud sexual y reproductiva y la nutrición. De modo análogo, la contribución de la Organización a la iniciativa Tratamiento 2.0 se coordinará entre las dependencias encargadas del VIH, la tuberculosis, los medicamentos esenciales y las pruebas de diagnóstico, la salud del niño y del adolescente, y la nutrición.

**109. Aprovechamiento de la capacidad de las redes técnicas y los asociados.** La OMS depende de sus asociados para aplicar sus políticas y directrices en los países. Así pues, colaborará con ellos en todos los niveles para aumentar la coherencia normativa, sobre todo con los principales donantes e iniciativas y organismos de desarrollo, como el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, programas bilaterales y multilaterales, fundaciones privadas y asociados en la ejecución de actividades. La OMS tratará de fortalecer las instituciones, estructuras y sistemas nacionales para que puedan aportar una respuesta sostenible, valiéndose de los centros de intercambio de conocimientos, los centros colaboradores de la OMS y las redes técnicas. El poder de convocatoria de la OMS contribuye en gran medida a promover la colaboración entre la sociedad civil, los gobiernos y el sector privado. Los asociados de la sociedad civil proporcionan apoyo técnico y de programación a la labor de la OMS, consistente, entre otras cosas, en llevar a cabo actividades de promoción y en desarrollar y aplicar políticas, instrumentos y directrices. La colaboración de la OMS con la sociedad civil es especialmente importante para garantizar que se presten servicios esenciales a las poblaciones a las que no llegan los servicios estatales y para promover la adopción de políticas basadas en datos científicos, la asignación de recursos suficientes, una mayor responsabilización y la protección de los derechos humanos de los grupos clave.

**110. Refuerzo de la capacidad del personal de la OMS.** La OMS invertirá en el desarrollo de las competencias básicas de su personal encargado del programa sobre VIH, centrándose en las esferas técnicas y normativas relacionadas con la aplicación de las cuatro orientaciones estratégicas que integran el presente instrumento. Asimismo, se reforzarán los conocimientos de gestión, para garantizar la eficiencia y eficacia de la Organización y su capacidad para adaptarse a un entorno en constante evolución.

**111. Contribución a la reforma de la OMS y al proceso de reforma más amplio de las Naciones Unidas.** Dentro del sistema de las Naciones Unidas, la respuesta al VIH ha abierto el camino para la introducción de reformas en toda una serie de esferas, relacionadas, por ejemplo, con la mejora de los mecanismos en pro de la colaboración interinstitucional; una participación significativa de las poblaciones afectadas y la sociedad civil en general; el compromiso multisectorial; el fomento de la apropiación nacional; el refuerzo de la responsabilización por parte de todos los interesados, y el fomento de mecanismos de financiación innovadores. La OMS seguirá promoviendo el papel pionero del programa sobre VIH, y participará activamente en estructuras y procesos a nivel de país que respalden los planes y prioridades nacionales sobre el VIH y temas de salud más amplios, de conformidad con los principios establecidos en la Declaración de París sobre la Eficacia de la Ayuda al Desarrollo.

## **7.2 Papel de la OMS como copatrocinadora del ONUSIDA**

**112.** La colaboración de la OMS en la esfera del VIH dentro del sistema de las Naciones Unidas se gestiona principalmente a través de los mecanismos y estructuras del ONUSIDA, como el Comité de Organizaciones Copatrocinadoras y la Junta Coordinadora del Programa a nivel mundial, las reuniones del Grupo de Directores Regionales de los Copatrocinadores del ONUSIDA a nivel regional, y los grupos temáticos de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida y equipos conjuntos de las Naciones Unidas sobre el sida a nivel nacional.

113. El plan de reparto de tareas del ONUSIDA tiene por objeto coordinar las funciones, responsabilidades y actividades de los copatrocinadores del Programa y de su secretaría. Dentro de los copatrocinadores del ONUSIDA, la OMS es la encargada de dirigir la respuesta del sector de la salud al VIH y de convocar reuniones sobre las esferas prioritarias del tratamiento y la atención de la infección por el VIH y de la coinfección por tuberculosis y VIH; también coordina con el UNICEF las actividades relacionadas con la prevención de la transmisión materno-infantil del VIH. En el apéndice figura información más detallada sobre la colaboración de la OMS con otros copatrocinadores del ONUSIDA y otros asociados.

### **7.3 Colaboración con otros asociados**

114. La OMS desempeña un importante papel aglutinador gracias a su capacidad para reunir a diferentes interesados directos, sectores y organizaciones en apoyo de una respuesta coordinada y coherente del sector de la salud al VIH. Además de trabajar con sus Estados Miembros y con los demás copatrocinadores y la secretaría del ONUSIDA, la Secretaría de la OMS colabora estrechamente con otros asociados importantes, por ejemplo con donantes bilaterales y organismos e iniciativas para el desarrollo, fondos y fundaciones, la sociedad civil, instituciones y redes técnicas, el sector privado comercial y redes de asociaciones.

### **7.4 Seguimiento, evaluación y presentación de informes**

115. La aplicación de la estrategia se supervisará en cuatro niveles, con ayuda de mecanismos ya existentes.

#### *7.4.1 Seguimiento de los progresos realizados hacia el logro de objetivos y metas de la estrategia, y presentación de informes al respecto*

116. A nivel mundial, está previsto realizar exámenes periódicos para evaluar los progresos con respecto a los compromisos y las metas consignados en la Declaración de Compromiso en la Lucha contra el VIH/Sida, la Declaración Política sobre el VIH/Sida y los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Esos exámenes se basarán en los datos recibidos de los países a través del sistema de presentación de informes establecido en el periodo extraordinario de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida y otros mecanismos de seguimiento y evaluación.

117. Los progresos realizados a nivel mundial y regional hacia el logro de las metas enunciadas en la presente estrategia se examinarán periódicamente. También se realizarán análisis comparativos - o comparaciones entre los países y dentro de ellos - para evaluar el desempeño con respecto al logro de los objetivos. La estrategia está diseñada de tal manera que ofrezca la suficiente flexibilidad para integrar prioridades adicionales o subsanar las deficiencias en la respuesta del sector de la salud al VIH que puedan observarse en la reunión de alto nivel prevista para junio de 2011 u otras reuniones de examen de los progresos hacia el logro de los objetivos y las metas mundiales y nacionales.

118. A tal efecto, la OMS seguirá trabajando con el ONUSIDA y otros organismos para ayudar a los países a reunir indicadores básicos de forma armonizada y estandarizada y preparar informes mundiales y regionales. Se propone presentar anualmente los datos relativos al año anterior, y el ONUSIDA respaldará la realización de un examen completo del acceso universal en junio de 2016.

#### *7.4.2 Seguimiento y evaluación de la respuesta a nivel de país*

119. Los progresos en la aplicación de la respuesta del sector de la salud al VIH deberían evaluarse con ayuda de indicadores sobre disponibilidad, resultados en materia de cobertura e impacto, teniendo presentes las recomendaciones formuladas por la Asamblea General de las Naciones Unidas para supervisar la aplicación de su Declaración de Compromiso en la Lucha contra el VIH/Sida. Asimismo, se hará un se-

guimiento de los progresos realizados hacia el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con el VIH y se informará al respecto. El registro de indicadores del VIH, del ONUSIDA, ofrece numerosos indicadores para respaldar las actividades de seguimiento y presentación de informes a nivel de país.

120. Los indicadores para supervisar el fortalecimiento de los sistemas de salud proceden de un sistema común para el seguimiento y la evaluación de las estrategias sanitarias nacionales, conocido como «plataforma para la vigilancia de los sistemas de salud en los países», que es coordinado por la OMS. Se dispone asimismo de instrumentos para medir los progresos realizados en la aplicación de medidas normativas, legales y estructurales para mejorar la respuesta a la infección por el VIH, como se recomienda en la orientación estratégica 4. Esos instrumentos incluyen el Índice compuesto de política nacional, que forma parte del sistema de presentación de informes sobre la aplicación de la Declaración de Compromiso en la Lucha contra el VIH/Sida,<sup>1</sup> y el Índice de estigmatización de las personas infectadas por el VIH, que está basado en una encuesta realizada por y para estas personas con la finalidad de documentar la magnitud y las formas que adoptan la estigmatización y la discriminación en diferentes países, sobre todo en los servicios de salud.

121. En el cuadro incluido más abajo figuran una serie de indicadores básicos para el seguimiento de la aplicación de la Declaración de Compromiso en la Lucha contra el VIH/Sida y de los progresos realizados hacia el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, para su examen por los países. Todos los indicadores tendrán que estar desglosados por sexo y edad, según proceda, y habrá que realizar los oportunos análisis para determinar si en la respuesta se abordan de forma adecuada los determinantes sociales fundamentales de la vulnerabilidad al VIH y el riesgo de infección por el virus, como la ausencia de igualdad entre hombres y mujeres, y si se prevén las medidas necesarias para lograr un acceso equitativo a los servicios. Avanzar hacia la equidad implica analizar las diferencias dentro y entre los grupos, y dentro y entre los países, sobre la base de una serie de estratificadores e indicadores sintéticos.

#### **Cuadro. Indicadores esenciales que se someten a la consideración de los países**

<i>Orientación estratégica</i>	<i>Indicadores esenciales<sup>a</sup></i>
1. Optimizar los resultados de la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la atención de la infección por el VIH	<p>1.1 <b>Porcentaje de jóvenes de entre 15 y 24 años de edad que están infectados por el VIH</b></p> <p>1.2 Número de defunciones relacionadas con la infección por el VIH</p> <p>1.3 Número de nuevas infecciones por el VIH en niños de 0 a 4 años de edad</p> <p>1.4 <i>Porcentaje de varones y mujeres de entre 15 y 49 años de edad que en los 12 meses precedentes se hicieron la prueba del VIH y conocen los resultados</i></p> <p>1.5 <b>Porcentaje de adultos y niños con infección avanzada por el VIH que reciben tratamiento con antirretrovíricos</b></p>

<sup>1</sup> Período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida. Monitoring the Declaration of Commitment on HIV/AIDS: guidelines on construction of core indicators: 2010 reporting. Ginebra, ONUSIDA, 2009.

<i>Orientación estratégica</i>	<i>Indicadores esenciales<sup>a</sup></i>
	1.6 Número de personas seropositivas al VIH que reciben profilaxis con trimetoprima-sulfametoxazol, con arreglo a las directrices nacionales 1.7 <i>Porcentaje estimado de nuevos casos de tuberculosis en personas seropositivas al VIH que recibieron tratamiento contra ambas infecciones</i> 1.8 <b>Porcentaje de embarazadas infectadas con el VIH que recibieron medicamentos antirretrovíricos para reducir el riesgo de transmisión del VIH de la madre al niño</b>
2. Favorecer la obtención de resultados de salud más amplios mediante las respuestas a la infección por el VIH	2.1 <b>Necesidades desatendidas de planificación familiar</b> 2.2 <b>Razón de mortalidad materna</b> 2.3 <b>Mortalidad por todas las causas en los niños de 0 a 4 años de edad</b> 2.4 <b>Proporción de casos de tuberculosis detectados y curados mediante el tratamiento breve bajo observación directa</b>
3. Crear sistemas fuertes y sostenibles	3.1 Indicadores esenciales recomendados extraídos del estudio <i>Monitoring Health Systems Strengthening Handbook of Indicators and Related Measurement Strategies<sup>b</sup></i>
4. Disminuir la vulnerabilidad y allanar las barreras estructurales que dificultan el acceso a los servicios	4.1 <i>Elaboración del Índice compuesto de política nacional</i> 4.2 <i>Elaboración del Índice de estigmatización de las personas infectadas por el VIH<sup>c</sup></i> 4.3 <i>Disponibilidad de sitios de prestación de servicios que proporcionan apoyo médico, psicológico y legal apropiados a las mujeres y a los varones que han sufrido violación o incesto</i>
<p><sup>a</sup> Los indicadores para supervisar la aplicación de la Declaración de Compromiso en la Lucha contra el VIH/Sida se muestran en <i>cursiva</i>, y los que se utilizan para el seguimiento de los progresos realizados hacia el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio aparecen en <b>negrita</b>.</p> <p><sup>b</sup> Por ejemplo, la mayoría de los países considerarán útil llevar un seguimiento de los cambios en la disponibilidad de medicamentos en el nivel donde se prestan los servicios, utilizando el siguiente indicador esencial: porcentaje de establecimientos que tienen existencias de medicamentos y productos marcadores; este indicador se describe en el manual de la OMS (<i>Monitoring Health Systems Strengthening: a Handbook of Indicators and Related Measurement Strategies</i>). Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2010.</p> <p><sup>c</sup> Abarca el examen de la estigmatización y discriminación en los servicios de salud, medido con arreglo al porcentaje de encuestados que notifican que se les negó el acceso a servicios de salud, incluida la atención odontológica, en el año anterior, debido a su estado serológico.</p>	

#### 7.4.3 Marco OMS de gestión basada en los resultados

122. El Plan Estratégico a Plazo Medio 2008-2013 de la OMS, en el que se define la orientación estratégica de la Organización para ese periodo, consta de 13 objetivos estratégicos. Gran parte de la labor de la OMS relacionada con el VIH se inscribe en el marco del objetivo estratégico 2 (Combatir el VIH/sida, el paludismo y la tuberculosis), aunque también se llevan a cabo actividades importantes relacionadas con el VIH en el marco de otros seis objetivos estratégicos (1, 4, 6, 7, 10 y 11). A cada objetivo estratégico

corresponde una serie de resultados previstos a nivel de toda la Organización, con indicadores, metas y necesidades de recursos. La ejecución del plan de trabajo se supervisa mediante un examen de mitad de periodo que se lleva a cabo al término del primer año de cada bienio; los progresos realizados hacia el logro de los distintos resultados previstos a nivel de toda la Organización se notifican al final del bienio.

#### *7.4.4 Marco de rendición de cuentas del ONUSIDA*

123. La labor de la OMS en materia de VIH aparece descrita en el presupuesto y plan de trabajo unificado del ONUSIDA, en el que se establece un único marco bienal que promueve la planificación y presupuestación conjuntas por parte de los 10 copatrocinadores y la secretaría del ONUSIDA y que da lugar a un plan de trabajo bienal conjunto. Cada copatrocinador se encarga de ejecutar una serie de amplias actividades relacionadas con su mandato institucional y con la división del trabajo de apoyo técnico del ONUSIDA. El plan de trabajo y presupuesto integrado se acompaña de un marco de supervisión del desempeño en el que se definen indicadores que permiten medir los progresos realizados en la aplicación del presupuesto y plan de trabajo. Todos los años se presentan a la Junta Coordinadora del Programa del ONUSIDA informes sobre los progresos realizados. El plan de trabajo y presupuesto integrado va a ser sustituido por un instrumento de presupuestación y rendición de cuentas unificado e integrado para el periodo 2012-2015, denominado Presupuesto integrado y marco de rendición de cuentas para 2012-2015, que incluye un plan de actividades, un marco de resultados y de rendición de cuentas y un presupuesto.

### Apéndice

#### Colaboración de la OMS con los demás copatrocinadores y la secretaría del ONUSIDA

Copatrocinador	Áreas de colaboración
Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados	Aplicación de las Directrices del Comité Permanente entre Organismos sobre las intervenciones contra el VIH en situaciones de emergencia; evaluación y planificación conjuntas de las respuestas al VIH en los países afectados por crisis humanitarias, y adaptación de las directrices y los instrumentos relativos al VIH a las situaciones de crisis humanitarias, en particular a las poblaciones con mayor riesgo.
Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia	Prevención de la transmisión materno-infantil del VIH; tratamiento y atención de los lactantes y los niños; prevención, tratamiento y atención de la infección por el VIH destinados a los jóvenes, y refuerzo de los sistemas de gestión de las adquisiciones y las cadenas de suministro.
Programa Mundial de Alimentos	Aplicación de las directrices sobre nutrición para la atención y el tratamiento de la infección por el VIH junto con el tratamiento antirretrovírico y el manejo de la coinfección VIH/tuberculosis, y apoyo a las investigaciones operativas relacionadas con el tratamiento y la atención de la infección por el VIH.
Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo	Integración de las cuestiones relativas al VIH en los procesos legislativos y de planificación nacionales; lucha contra la estigmatización y discriminación en el sector de la salud; estrategias para que las leyes sobre comercio, salud y propiedad intelectual puedan hacer más asequibles los medicamentos relacionados con el VIH y facilitar el acceso a ellos; prevención, tratamiento y atención de la infección por el VIH destinados a los hombres que tienen relaciones homosexuales y los transexuales; formación de los agentes de apoyo a los tratamientos en las comunidades, y lucha contra las desigualdades entre hombres y mujeres y la violencia de género.
Fondo de Población de las Naciones Unidas	Programación, normas y garantía de calidad relativas a los preservativos; vinculación de la salud sexual y reproductiva con el VIH a nivel de las políticas, los sistemas y la prestación de servicios; prevención de la infección por el VIH en las embarazadas y en las madres y sus hijos; atención de salud sexual y reproductiva para las personas infectadas por el VIH, en particular en el contexto de la prevención de la transmisión materno-infantil del VIH; mejora del acceso de los jóvenes, las mujeres y los trabajadores sexuales a servicios de prevención, tratamiento y atención de la infección por el VIH y de las infecciones de transmisión sexual; eliminación de la violencia de género, y promoción de la igualdad entre hombres y mujeres, de la emancipación de las mujeres y las niñas, y de los derechos reproductivos.
Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito	Prevención y atención de la infección por el VIH entre los consumidores de drogas inyectables y no inyectables y en los centros penitenciarios; promoción de las políticas y los programas de reducción del daño, tratamiento de la drogodependencia y rehabilitación, y mejora del acceso a sustancias sujetas a fiscalización internacional para el tratamiento de la dependencia de los opiáceos, el control del dolor y los cuidados paliativos.

<b>Copatrocinador</b>	<b>Áreas de colaboración</b>
Organización Internacional del Trabajo	Integración de las cuestiones relacionadas con el VIH en los programas de seguridad en el trabajo y formación profesional; recursos humanos para la respuesta al VIH, y orientación normativa y medidas prácticas para ampliar la protección social.
Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura	Prevención y tratamiento del VIH y educación sexual en las comunidades y las escuelas.
Banco Mundial	Planificación estratégica nacional sobre el VIH; financiación de los sistemas de salud en relación con el VIH, y evaluación de los costos, la relación costo-beneficio y la costoeficacia de las intervenciones de lucha contra el VIH.
Secretaría del ONUSIDA	Actividades de promoción y movilización de recursos a nivel mundial para las principales iniciativas del sector de la salud; vigilancia y evaluación de la situación del VIH y las respuestas aportadas, y presentación de informes al respecto; apoyo a la evaluación y el desarrollo de nuevas tecnologías para prevenir el VIH, como vacunas, microbicidas y profilaxis anterior a la exposición, e introducción de nuevas intervenciones de eficacia probada, como la circuncisión masculina; facilitación de debates con la industria para conseguir reducciones de precios de los medicamentos y los productos relacionados con el VIH; coordinación y negociación de asistencia técnica a los países, por ejemplo, para acceder a donaciones del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria y ejecutarlas, y refuerzo de los mecanismos de coordinación a nivel de países, como el grupo temático de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida.

## ANEXO 5

# Texto de las modificaciones del Reglamento Financiero de la Organización Mundial de la Salud<sup>1</sup>

[A64/34 - 17 de marzo de 2011]

### *Artículo XIV - Auditoría externa*

14.1 La Asamblea de la Salud nombrará uno o varios Comisarios de Cuentas, que habrán de ser interventores generales del gobierno de un Estado Miembro (o funcionarios de categoría o condición análogas). El mandato tendrá una duración de cuatro años y abarcará dos ejercicios presupuestarios, y se podrá renovar una vez por un mandato adicional de cuatro años. El nombramiento de el o los Comisarios de Cuentas solo podrá revocarse por decisión de la Asamblea.

...

14.8 El o los Comisarios de Cuentas presentarán un informe acerca de la auditoría de los estados financieros anuales preparados por el Director General en cumplimiento del artículo XIII del presente Reglamento. En el informe figurará la información que el o los Comisarios de Cuentas consideren necesario consignar en relación con las cuestiones mencionadas en el párrafo 14.3 *supra* y en las atribuciones adicionales.

14.9 Los informes de el o los Comisarios de Cuentas, junto con los estados financieros comprobados, se transmitirán por conducto del Consejo Ejecutivo a la Asamblea de la Salud, a más tardar el 1 de mayo siguiente al final del año financiero al que correspondan las cuentas definitivas. El Consejo Ejecutivo examinará los estados financieros anuales y el o los informes de auditoría, y los transmitirá a la Asamblea de la Salud con las observaciones que estime oportunas.

---

<sup>1</sup> Texto modificado de conformidad con la resolución WHA64.22.

## ANEXO 6

# Repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de las resoluciones adoptadas por la Asamblea de la Salud

<b>1. Resolución WHA64.1</b> Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005)	
<b>2. Relación con el presupuesto por programas</b>	
Objetivo estratégico: 1. Reducir la carga sanitaria, social y económica de las enfermedades transmisibles	Resultados previstos a nivel de toda la Organización: Resultados previstos 1.1, 1.5, 1.6, 1.7, 1.8 y 1.9.
<b>(Indicar brevemente la relación con los resultados previstos, los indicadores, los objetivos y los niveles de base)</b>	
Las recomendaciones del Comité de Examen se vinculan directamente con los indicadores 1.6.1 (Número de Estados Miembros en que se ha completado la evaluación de las capacidades básicas de vigilancia y respuesta, y se ha elaborado el plan de acción nacional pertinente, de conformidad con las obligaciones dimanantes del Reglamento Sanitario Internacional (2005)) y 1.6.2 (Número de Estados Miembros cuyo sistema nacional de laboratorios participa en al menos un programa externo de control de la calidad en relación con las enfermedades transmisibles epidemiológicas).	
<b>3. Repercusiones presupuestarias</b>	
<b>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):</b>	
La labor de la Secretaría en apoyo de la aplicación de las recomendaciones 1-3, 5-13 y 15 entraña unos costos adicionales estimados en US\$ 75,51 millones. No se incluyen en esa estimación de costos las recomendaciones 4 y 14, que se dirigen a los Estados Partes.	
<b>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):</b>	
El costo estimado de la aplicación de las recomendaciones asciende a US\$ 6,31 millones. De esa cifra, US\$ 1,40 millones se incurrirán a escala de oficina regional (las seis regiones de la OMS) y US\$ 4,91 millones en la Sede.	
<b>c) ¿Está incluido el costo estimado que se indica en el apartado b) en el presupuesto por programas para el bienio 2010-2011 aprobado?</b>	
Se calcula que a escala de oficina regional (las seis oficinas regionales) ya están incluidos US\$ 600 000. Se calcula que en la Sede ya están incluidos US\$ 3,75 millones.	
<b>4. Repercusiones financieras</b>	
<b>¿Cómo se financiará el costo indicado en el apartado 3 b) ? (Indicar las posibles fuentes de financiación)</b>	
Se solicitarán contribuciones voluntarias adicionales.	

## 5. Repercusiones administrativas

### a) Ámbitos de aplicación (indicar a qué niveles de la Organización se tomarían medidas y en qué regiones, cuando corresponda):

La mayoría de las recomendaciones del informe requerirán que se realicen actividades adicionales en la Sede y en las oficinas regionales. Con gran diferencia, la mayor actividad, y el componente de costo más elevado, de las recomendaciones es la prestación de apoyo a la aceleración del logro de las capacidades nacionales básicas a que se refiere la recomendación 1. La aplicación de la resolución exigirá en particular la realización de actuaciones a escala de oficina regional.

### 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):

Se calcula que serán necesarios 32 funcionarios adicionales de las categorías profesional o superior; esos funcionarios se desplegarán en cantidades aproximadamente iguales entre la Sede y las oficinas regionales.

### d) Plazos (indicar plazos amplios para las actividades de aplicación):

El periodo de aplicación abarcará hasta el final de 2015.

## 1. Resolución WHA64.2 Reforma de la OMS

### 2. Relación con el presupuesto por programas

Objetivo estratégico:

Resultados previstos a nivel de toda la Organización:

Todos los objetivos estratégicos

La totalidad de los resultados previstos a nivel de toda la Organización.

**(Indicar brevemente la relación con los resultados previstos, los indicadores, los objetivos y los niveles de base)**

La resolución se vincula con la agenda de la reforma del conjunto de la Organización; por consiguiente, se vincula directamente con todos los resultados previstos, indicadores, metas y puntos de partida. La resolución se refiere únicamente al diseño general del programa de reforma (y a los elementos específicos que comprende) y no a su aplicación, por lo que la estimación de costos abarca únicamente las actividades de diseño.

### 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):

##### Actividad 1

Los costos relativos a los trabajos de la Secretaría para preparar un documento de orientación pormenorizado sobre el Foro Mundial de la Salud, programado para 2012, se han calculado como sigue:

100% del equivalente de un funcionario a tiempo completo de grado D.2 durante 20 días (US\$ 20 000);  
100% del equivalente de un funcionario a tiempo completo de grado P.2 durante 20 días (US\$ 10 000).

**Costo total: US\$ 30 000.**

##### Actividad 2

Costo del trabajo de la Secretaría para elaborar un planteamiento de evaluación independiente (A.) y costo de la evaluación independiente (B.):

A. 100% del equivalente de un funcionario a tiempo completo de grado P.3 durante 180 días (US\$ 90 000); 100% del equivalente de un funcionario a tiempo completo de grado G.4 durante 180 días (US\$ 50 000).

Total parcial: US\$ 140 000

B. US\$ 500 000 para el grupo de evaluación independiente (equipo de consultores).

**Costo total: US\$ 640 000.**

#### Actividad 3

El costo de la elaboración del programa de reforma a cargo de una empresa de consultoría seleccionada y contratada por concurso (B.) en conjunción con la Secretaría (Equipo de proyecto) (A.) se ha calculado como sigue:

A. 100% del equivalente de un funcionario a tiempo completo de grado P.2 durante 180 días (US\$ 80 500); 100% del equivalente de un funcionario a tiempo completo de grado P.5 durante 180 días (US\$ 131 100); 20% del equivalente de un funcionario a tiempo completo de grado D.2 durante 180 días (US\$ 32 028); 40% del equivalente de un funcionario a tiempo completo de grado D.2 durante 180 días (US\$ 64 055).

Total parcial: US\$ 310 000

B. US\$ 490 000 para la empresa de consultoría seleccionada por concurso.

**Costo total: US\$ 800 000.**

- 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):**

Total de las actividades 1-3 mencionadas en *a) supra*: US\$ 1,47 millones, en la Sede.

- c) ¿Está incluido el costo estimado que se indica en el apartado b) en el presupuesto por programas para el bienio 2010-2011 aprobado?**

Sí.

#### **4. Repercusiones financieras**

**¿Cómo se financiará el costo indicado en el apartado 3 b)? (Indicar las posibles fuentes de financiación)**

Parte de la financiación será proporcionada por la Fundación Bill y Melinda Gates; se requerirán fondos adicionales de otras procedencias.

#### **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*:**

Sí.

- 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):**

No se aplica.

- d) Plazos (indicar plazos amplios para las actividades de aplicación):**

Actividad 1: junio - septiembre de 2011

Actividad 2: junio 2011 - febrero de 2012

Actividad 3: junio - octubre de 2011.

<b>1. Resolución WHA64.4</b> Situación sanitaria en el territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental, y en el Golán sirio ocupado	
<b>2. Relación con el presupuesto por programas</b>	
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.
<b>(Indicar brevemente la relación con los resultados previstos, los indicadores, los objetivos y los niveles de base)</b>	
Si se financia y aplica plenamente, se prevé que la resolución repercuta en las metas para los indicadores segundo y tercero del resultado previsto.	
<b>3. Repercusiones presupuestarias</b>	
<b>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):</b>	
US\$ 3,92 millones 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 5 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
Total	US\$ 3 920 000
<b>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):</b>	
US\$ 2,25 millones.	
<b>c) ¿Está incluido el costo estimado que se indica en el apartado b) en el presupuesto por programas para el bienio 2010-2011 aprobado?</b>	
El 75% de los US\$ 2,25 millones en la Sede, la Oficina Regional y la Oficina de Jerusalén.	
<b>4. Repercusiones financieras</b>	
<b>¿Cómo se financiará el costo indicado en el apartado 3 b)? (Indicar las posibles fuentes de financiación):</b>	
Una proporción sustancial de esos recursos se ha obtenido en concepto de contribuciones voluntarias, a través del Procedimiento de Llamamientos Unificados, 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 erradicación de la poliomielitis, la preparación y respuesta ante emergencias, la atención centrada en los países, la seguridad sanitaria y el 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 2011 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):**

No se aplica.

**d) Plazos (indicar plazos amplios para las actividades de aplicación):**

Un año.

**1. Resolución WHA64.5** Preparación para una gripe pandémica: intercambio de virus gripales y acceso a las vacunas y otros beneficios**2. Relación con el presupuesto por programas**

Objetivo estratégico:

1. Reducir la carga sanitaria, social y económica de las enfermedades transmisibles

Resultados previstos a nivel de toda la Organización:

1.4 Se habrá prestado a los Estados Miembros apoyo normativo y técnico para aumentar su capacidad de vigilancia y supervisión de todas las enfermedades transmisibles de importancia para la salud pública.

1.7 Se habrá dotado a los Estados Miembros y la comunidad internacional de medios de detección, evaluación, respuesta y solución para las principales enfermedades epidémicas y pandemiógenas (como la gripe, la meningitis, la fiebre amarilla, las fiebres hemorrágicas, la peste o la viruela), elaborando y aplicando instrumentos, metodologías, prácticas, redes y alianzas eficaces de prevención, detección, preparación e intervención.

1.9 Los Estados Miembros y la comunidad internacional estarán en condiciones de llevar a cabo operaciones e iniciativas de respuesta eficaces en situaciones de emergencia declarada causadas por enfermedades epidémicas y pandemiógenas.

**(Indicar brevemente la relación con los resultados previstos, los indicadores, los objetivos y los niveles de base)**

Se dará un impulso importante al logro de los resultados previstos a nivel de toda la Organización enumerados *supra*, así como a las metas fijadas para los respectivos indicadores, a través de las actividades siguientes: realización de estudios sobre la carga de morbilidad; ampliación y fortalecimiento de la capacidad de producción de vacunas antigripales; expansión del uso de poderosas tecnologías de adyuvantes; creación de reservas; creación y fortalecimiento de la capacidad de laboratorio y de vigilancia; y creación de Centros Nacionales de la Gripe y Centros Colaboradores de la OMS sobre la Gripe.

**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):**

El costo total para el periodo de cinco años abarcados por el plan previsto en la resolución asciende a US\$ 287,0 millones, con el desglose siguiente:

- actividades destinadas a la creación de capacidad de laboratorio y vigilancia de la morbilidad en los países (US\$ 105,8 millones)
- actividades a nivel de país destinadas a la expansión de la capacidad de producción mundial de vacunas antigripales, a través de estudios sobre la carga de morbilidad, la ampliación y el fortalecimiento de la capacidad de los países y la expansión del uso de tecnologías (US\$ 97,0 millones)
- actividades para la creación de una reserva de medicamentos antivirales (US\$ 67,0 millones)
- actividades destinadas a la creación, con la oportuna dotación de personal, de una secretaría para el Marco de Preparación para una Gripe Pandémica, incluido un grupo consultivo, para la gestión de los progresos realizados dentro del Marco (US\$ 17,2 millones).

Estas estimaciones presupuestarias no tienen en cuenta las necesidades financieras relacionadas con eventuales pandemias futuras.

**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\$ 2 millones en la Sede, para el periodo comprendido entre junio y diciembre de 2011 (gastos de personal: US\$ 1,49 millones; actividades: US\$ 510 000).

La citada cantidad cubre las actividades y la asignación de personal necesarias para: elaborar notificaciones relativas al Marco; constituir el grupo asesor; iniciar los trabajos de secuenciación genética; crear un fondo para las contribuciones de los asociados de la industria, y preparar una propuesta sobre los usos y la gestión del fondo, para examen del Consejo Ejecutivo en su reunión de mayo de 2012; entablar negociaciones con empresas, asociaciones y entidades de otra índole, y preparar modelos de acuerdos legales; y empezar a elaborar una estrategia de comunicación con su correspondiente plan.

**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 están examinando diversos modelos de financiación para la aplicación de la resolución. Se ha propuesto la creación de una cuenta de contribuciones de la industria, los donantes y los Estados Miembros. La financiación de la cuenta dependerá de las nuevas contribuciones voluntarias que se vayan identificando.

## 5. Repercusiones administrativas

### a) Ámbitos de aplicación (indicar a qué niveles de la Organización se tomarían medidas y en qué regiones, cuando corresponda):

La secretaría del Marco, que se ubicará en la Sede, iniciará sus actividades en 2011 y elaborará, en coordinación con las oficinas regionales y de país, un plan de trabajo quinquenal para la aplicación de la resolución. A partir de 2012, buena parte de la labor de ejecución se realizará a nivel de país, con el apoyo técnico de la Sede. El proceso de aplicación será coordinado por la secretaría del Marco desde 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):

Se precisará personal adicional, en concreto:

- el equivalente de tres funcionarios a tiempo completo de las categorías profesional y superior, para el diseño y la preparación de programas de capacitación sobre el Mecanismo de Trazabilidad de los Virus de la Gripe y la organización de cursos de capacitación en los países, con el apoyo del Sistema Mundial OMS de Vigilancia y Respuesta a la Gripe;
- 50% del equivalente de un funcionario a tiempo completo, para dirigir las consultas sobre los trabajos de secuenciación genética;
- el equivalente de dos funcionarios a tiempo completo, para ejercer las funciones, respectivamente, de gerente y asistente del fondo; y
- el equivalente de cuatro funcionarios a tiempo completo, para ejercer las funciones de encargados de asuntos jurídicos, en relación con la celebración de negociaciones con la industria y la preparación, entre otros instrumentos, de acuerdos de contribución, acuerdos de compra anticipada y licencias para la explotación de derechos de propiedad intelectual.

Se precisarán recursos adicionales de contratación para la traducción de los documentos y acuerdos (que dependerán de la extensión de los documentos y de los idiomas que se haya acordado utilizar). Se precisará asimismo apoyo adicional para el examen del Marco y sus anexos, previsto para 2016.

### d) Plazos (indicar plazos amplios para las actividades de aplicación):

Las actividades se iniciarán de inmediato y continuarán hasta la revisión del Marco y sus anexos, en 2016.

## 1. Resolución WHA64.6 Fortalecimiento del personal sanitario

### 2. Relación con el presupuesto por programas

Objetivo estratégico:

10. Mejorar los servicios de salud mediante el fortalecimiento de la gobernanza, la financiación, la dotación de personal y la gestión, respaldadas por datos probatorios e informaciones fiables y accesibles

Resultados previstos a nivel de toda la Organización:

10.8 Se habrá reforzado la información y la base de conocimientos sobre personal sanitario, y mejorado la capacidad nacional de análisis, planificación y aplicación de políticas, así como el intercambio de información e investigaciones sobre estas cuestiones.

10.9 Se habrá prestado apoyo técnico a los Estados Miembros, con especial hincapié en los que tropiezan con graves dificultades en materia de personal sanitario, para mejorar la formación, distribución, combinación de aptitudes y retención de los trabajadores sanitarios.

**(Indicar brevemente la relación con los resultados previstos, los indicadores, los objetivos y los niveles de base)**

Las actividades de la OMS en apoyo del fortalecimiento del personal sanitario se vinculan con el objetivo estratégico 10, concretamente con los dos resultados previstos a nivel de toda la Organización arriba mencionados. La presente resolución está vinculada asimismo a la aplicación de la resolución WHA63.16, en la cual (entre otras cosas) se adoptó el Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de 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):**

US\$ 39,0 millones durante un periodo de seis años, a partir de 2011. Esto incluye actividades en la Sede y en las regiones.

**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\$ 1,5 millones en la Sede y US\$ 4,5 millones a nivel regional.

**c) ¿Está incluido el costo estimado que se indica en el apartado b) en el presupuesto por programas para el bienio 2010-2011 aprobado?**

Se ha incluido un total de US\$ 1,0 millón para la Sede y las regiones.

**4. Repercusiones financieras**

**¿Cómo se financiará el costo indicado en el apartado 3 b)? (Indicar las posibles fuentes de financiación):**

Los gastos se sufragarán con ingresos procedentes de las contribuciones voluntarias básicas de Estados Miembros y asociados internacionales. En consonancia con la estrategia de aplicación del Código elaborado por la Secretaría, se emprenderán actividades de movilización de recursos para esta área, centrandose especialmente la atención en algunos Estados Miembros y asociados internacionales, pues se trata de una actividad crucial para los fines perseguidos. Se han recibido ya manifestaciones de apoyo de los Estados Unidos de América, el Japón, Noruega y la Unión Europea.

**5. Repercusiones administrativas**

**a) Ámbitos de aplicación (indicar en qué niveles de la Organización se tomarían medidas y en qué regiones, cuando corresponda):**

Participarán todos los niveles de la Organización; sin embargo, la aplicación incumbirá en particular a los países que afrontan grandes dificultades como consecuencia de una escasez crítica de trabajadores sanitarios.

**b) ¿Puede el personal actual aplicar la resolución? En caso negativo, explique los motivos en el apartado c) *infra*:**

No. Se requerirá personal adicional en la Sede y en las regiones.

**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):**

Las necesidades exactas dependerán de la intensidad de las actividades. Se hará todo lo posible para recurrir a adscripciones y pasantías, además de personal contratado a corto plazo.

**d) Plazos (indicar plazos amplios para las actividades de aplicación):**

La Secretaría ya ha elaborado una estrategia de aplicación. Se llevarán a cabo actividades de acuerdo con esta estrategia, que abarca el periodo 2011-2015.

<b>1. Resolución WHA64.7 Fortalecimiento de la enfermería y la partería</b>	
<b>2. Relación con el presupuesto por programas</b>	
Objetivo estratégico:	Resultados previstos a nivel de toda la Organización:
10. Mejorar los servicios de salud mediante el fortalecimiento de la gobernanza, la financiación, la dotación de personal y la gestión, respaldadas por datos probatorios e investigaciones fiables y accesibles	10.8 Se habrá reforzado la información y la base de conocimientos sobre personal sanitario, y mejorado la capacidad nacional de análisis, planificación y aplicación de políticas, así como el intercambio de información e investigaciones sobre estas cuestiones.  10.9 Se habrá prestado apoyo técnico a los Estados Miembros, con especial hincapié en los que tropiezan con graves dificultades en materia de personal sanitario, para mejorar la formación, distribución, combinación de aptitudes y retención de los trabajadores sanitarios.
<b>(Indicar brevemente la relación con los resultados previstos, los indicadores, los objetivos y los niveles de base)</b>	
Las actividades de la OMS en apoyo del fortalecimiento del personal de salud se vinculan con el objetivo estratégico 10, especialmente los dos resultados previstos a nivel de toda la Organización mencionados <i>supra</i> . Los países que afrontan graves dificultades en materia de enfermería y partería recibirán apoyo por conducto de las actividades de la OMS para adoptar marcos, instrumentos y directrices pertinentes encaminados a reforzar la práctica de la enfermería y la partería.	
<b>3. Repercusiones presupuestarias</b>	
<b>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):</b>	
Se necesitará un total de US\$ 4,0 millones, que abarcará el periodo de cuatro años de 2011-2014, para llevar a cabo las actividades en todos los niveles de la OMS y prestar apoyo a los Estados Miembros.	
<b>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):</b>	
Para el bienio, se incurrirá en un gasto total de US\$ 2,0 millones (US\$ 500 000 en la Sede y US\$ 1,5 millones a escala regional).	
<b>c) ¿Está incluido el costo estimado que se indica en el apartado b) en el presupuesto por programas para el bienio 2010-2011 aprobado?</b>	
Está incluido un total de US\$ 400 000 para la Sede y las regiones.	
<b>4. Repercusiones financieras</b>	
<b>¿Cómo se financiará el costo indicado en el apartado 3 b)? (Indicar las posibles fuentes de financiación):</b>	
El costo se sufragará mediante una combinación de contribuciones voluntarias y contribuciones señaladas de los Estados Miembros, junto con contribuciones aportadas por los asociados internacionales.	
<b>5. Repercusiones administrativas</b>	
<b>a) Ámbitos de aplicación (indicar en qué niveles de la Organización se tomarían medidas y en qué regiones, cuando corresponda):</b>	
Participarán todos los niveles de la Organización; sin embargo, la aplicación interesará particularmente a los países que afrontan problemas importantes como consecuencia de una escasez crítica de personal de salud.	

**b) ¿Puede el personal actual aplicar la resolución? En caso negativo, explique los motivos en el apartado c) *infra*:**

No. Se requerirá personal adicional en la Sede y en las regiones.

**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):**

Las necesidades exactas dependerán de la intensidad de las actividades. Se tratará de recurrir en lo posible a pasantes cedidos temporalmente, además de contratar personal por corto plazo.

**d) Plazos (indicar plazos amplios para las actividades de aplicación):**

En la resolución se pide a la Directora General que informe a la Asamblea de la Salud en 2012 y 2014 sobre los progresos realizados. Las actividades de aplicación se enmarcarán en los planes de trabajo bienales para 2010-2011, 2012-2013 y 2014-2015, según corresponda.

**1. Resolución WHA64.8 Fortalecimiento del diálogo normativo nacional con el fin de elaborar políticas, estrategias y planes de salud más sólidos**

**2. Relación con el presupuesto por programas**

Objetivo estratégico:

10. Mejorar los servicios de salud mediante el fortalecimiento de la gobernanza, la financiación, la dotación de personal y la gestión, respaldadas por datos probatorios e investigaciones fiables y accesibles

Resultados previstos a nivel de toda la Organización:

10.1 Se habrán mejorado la gestión y la organización de la prestación de servicios de salud integrados orientados hacia la población por proveedores y redes públicos y no públicos, según la estrategia de atención primaria de salud, con un aumento de la escala de la cobertura, la equidad, y la calidad y la seguridad de los servicios de atención sanitaria personal y comunitaria, y una mejora de los resultados sanitarios.

10.2 Se habrán mejorado las capacidades nacionales para la gobernanza y la conducción, mediante un diálogo normativo basado en datos probatorios, la creación de capacidad institucional para el análisis y la elaboración de políticas, la evaluación del desempeño de sistemas de salud basados en estrategias, una mayor transparencia y responsabilización por el desempeño, y una colaboración intersectorial más eficaz.

10.3 Se habrá mejorado la coordinación entre los diversos organismos (incluida la asistencia de donantes) que prestan apoyo a los Estados Miembros en sus actividades encaminadas a lograr las metas nacionales en materia de desarrollo de los sistemas sanitarios, así como los objetivos mundiales de salud.

**(Indicar brevemente la relación con los resultados previstos, los indicadores, los objetivos y los niveles de base)**

La resolución se vincula con la resolución WHA62.12, sobre atención primaria de salud, incluido el fortalecimiento de los sistemas de 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):**

US\$ 50 millones durante un periodo de seis años.

- 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\$ 8 millones en todos los niveles de la Organización.

- c) ¿Está incluido el costo estimado que se indica en el apartado b) en el presupuesto por programas para el bienio 2010-2011 aprobado?**

Sí.

#### **4. Repercusiones financieras**

- ¿Cómo se financiará el costo indicado en el apartado 3 b)? (Indicar las posibles fuentes de financiación):**

Mediante ingresos procedentes de contribuciones voluntarias de los Estados Miembros y contribuciones de asociados internacionales.

#### **5. Repercusiones administrativas**

- a) Ámbitos de aplicación (indicar en qué niveles de la Organización se tomarían medidas y en qué regiones, cuando corresponda):**

Participarán todos los niveles de la Organización.

- 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):**

Las necesidades exactas dependerán de la intensidad de las actividades. En lo posible se recurrirá a personal cedido en comisión de servicio, además de contratar personal por corto plazo.

- d) Plazos (indicar plazos amplios para las actividades de aplicación):**

La Secretaría está preparando planes de aplicación.

### **1. Resolución WHA64.9 Estructuras de financiación sostenible de la salud y cobertura universal**

#### **2. Relación con el presupuesto por programas**

Objetivo estratégico:

10. Mejorar los servicios de salud mediante el fortalecimiento de la gobernanza, la financiación, la dotación de personal y la gestión, respaldadas por datos probatorios e investigaciones fiables y accesibles

Resultados previstos a nivel de toda la Organización:

La totalidad de los resultados previstos a nivel de toda la Organización para el objetivo estratégico 10, en particular los siguientes:

10.10 Se habrá proporcionado a los Estados Miembros apoyo técnico y en materia de políticas basadas en pruebas científicas para mejorar la financiación del sistema sanitario en lo que se refiere a la disponibilidad de fondos, la protección contra los riesgos sociales y financieros, la equidad, el acceso a los servicios y la eficacia en el uso de los recursos.

10.11 Se habrán establecido normas y patrones e instrumentos de medición para llevar a cabo un seguimiento de los recursos, calculando las consecuencias económicas de las enfermedades, y los costos y efectos de las intervenciones, los gastos catastróficos, el empobrecimiento y la exclusión social, y se habrá respaldado y monitoreado su aplicación.

10.12 Se habrán adoptado medidas a fin de promover la obtención de fondos adicionales para la salud - cuando sean necesarios -, crear capacidad en materia de formulación de políticas de financiación sanitaria e interpretación y utilización de la información financiera, y para fomentar la generación de conocimientos y su aplicación a fin de apoyar la formulación de políticas.

**(Indicar brevemente la relación con los resultados previstos, los indicadores, los objetivos y los niveles de base)**

La resolución ofrece un marco que contribuirá a la consecución de los resultados previstos que se mencionan *supra* y se vincula con los indicadores, metas y puntos de partida pertinentes.

### 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):**

La aplicación de la resolución acarreará costos por valor de US\$ 9,0 millones durante los próximos seis años, además de los costos por valor de US\$ 4,8 millones calculados para aplicar la resolución WHA62.12. La cifra corresponde al costo de lo siguiente: ampliación del apoyo técnico y político proporcionado a los Estados Miembros en materia de financiación de la salud en favor de la cobertura universal; vinculación de esos esfuerzos con los planes y estrategias de salud nacionales; y aumento de la capacidad para intercambiar experiencias entre los países.

**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 niveles de la Organización participan actualmente en la prestación de apoyo técnico a los países en relación con la financiación para la cobertura universal; todos facilitan el intercambio de experiencias entre los países. El costo de ampliar esas actividades con el fin de atender la demanda actual de los países, así como la necesidad de intercambiar entre los países información sobre los aspectos que han dado buenos resultados y los que no, se cifra en US\$ 1,5 millones durante 2011 (US\$ 1,05 millones para las regiones y US\$ 450 000 para la Sede).

**c) ¿Está incluido el costo estimado que se indica en el apartado b) en el presupuesto por programas para el bienio 2010-2011 aprobado?**

Algunos de los costos del apoyo técnico a los países y del intercambio de información figuraban en el presupuesto por programas 2010-2011. Los costos que se exponen aquí son costos adicionales necesarios para atender la creciente demanda de este tipo de apoyo por parte de los países, en parte en respuesta al *Informe sobre la salud en el mundo 2010*.<sup>1</sup>

### 4. Repercusiones financieras

**¿Cómo se financiará el costo indicado en el apartado 3 b)? (Indicar las posibles fuentes de financiación):**

Se está elaborando una estrategia para movilizar los recursos adicionales en un contexto de escasez de recursos.

<sup>1</sup> *Informe sobre la salud en el mundo 2010. La financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2010.

### 5. Repercusiones administrativas

**a) Ámbitos de aplicación (indicar en qué niveles de la Organización se tomarían medidas y en qué regiones, cuando corresponda):**

Todas las regiones participarán en la prestación de apoyo técnico a los Estados Miembros. La Sede secundará ese esfuerzo, asistiendo en la coordinación del aumento del intercambio de información que pide la resolución - en particular porque aumenta la demanda de intercambios interregionales. Sin embargo, las oficinas regionales y en los países participarán asimismo sustancialmente en las actividades de intercambio de información.

**b) ¿Puede el personal actual aplicar la resolución? En caso negativo, explique los motivos en el apartado c) *infra*:**

Con el fin de atender el previsible aumento de la demanda de este tipo de apoyo por parte de los Estados Miembros, se requerirá más personal o habrá que redistribuir el personal actual. Muchas oficinas regionales y en los países no tienen cualificación suficiente en materia de financiación de la salud.

**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 los costos mencionados *supra* se incluye el personal adicional de la categoría profesional en el área de políticas de financiación de la salud (1,5 en la Sede y 3 en las regiones).

**d) Plazos (indicar plazos amplios para las actividades de aplicación):**

Los sistemas de financiación de la salud se están desarrollando permanentemente; por consiguiente, la demanda de apoyo técnico persistirá. El plazo de esta estimación de costos se ha fijado en tres bienios (seis años).

**1. Resolución WHA64.10** Fortalecimiento de la capacidad nacional de manejo de las emergencias sanitarias y los desastres y resiliencia de los sistemas de salud

**2. Relación con el presupuesto por programas**

Objetivo estratégico:

5. Reducir las consecuencias sanitarias de las emergencias, desastres, crisis y conflictos y minimizar su impacto social y económico

Resultado previsto a nivel de toda la Organización:

5.1 Se habrán formulado normas y criterios, se habrá creado capacidad y se habrá facilitado apoyo técnico a los Estados Miembros para la elaboración y el fortalecimiento de planes y programas nacionales de preparación para emergencias.

**(Indicar brevemente la relación con los resultados previstos, los indicadores, los objetivos y los niveles de base)**

El establecimiento y la operación de una plataforma de manejo del riesgo de desastres y de preparación para emergencias, junto con un programa de seguridad de los hospitales a escala nacional, contribuirá a que se realicen progresos significativos en materia de reducción del riesgo de desastres y de preparación, respuesta y recuperación en caso de emergencia en los países expuestos. Además, la resolución reforzará los programas de emergencias sanitarias y de manejo del riesgo de desastres que abarquen todos los peligros en el marco del sistema de salud nacional con el fin de mejorar los resultados sanitarios, reducir la mortalidad y la morbilidad, proteger las inversiones realizadas en infraestructuras sanitarias y fortalecer la resiliencia de los sistemas de salud y la sociedad en general.

**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):**

Las cifras proporcionadas se refieren al periodo que abarca hasta el final de 2013.

**En la Sede**

El costo total estimado es de US\$ 7,44 millones.

Para la prestación de asistencia técnica (consultorías, incluidos los contratos de corto plazo, acuerdos para la realización de trabajos, grupos consultivos científicos y técnicos; viajes y capacitación): US\$ 750 000.

Costos de personal (funcionarios P.5 durante dos años, funcionarios P.4 durante dos años y funcionarios G.4 durante dos años): US\$ 1,65 millones. La cifra se basa en la estimación del tiempo acumulativo que deberán dedicar a esta actividad en particular cierto número de funcionarios de diferentes niveles.

Costo total estimado de fortalecer la base de datos probatorios para las emergencias sanitarias y el manejo del riesgo de desastres, incluidas las investigaciones operacionales y las evaluaciones económicas: US\$ 2,79 millones.

Costo total estimado de prestar apoyo a las evaluaciones nacionales del riesgo y las capacidades en materia de emergencias sanitarias y manejo del riesgo de desastres, como base para una actuación catalítica y el fortalecimiento de las capacidades nacionales en materia de emergencias sanitarias y manejo del riesgo de desastres: US\$ 2,25 millones.

**A escala regional**

Costo total estimado: US\$ 4,5 millones (US\$ 750 000 por oficina regional).

**A escala de país**

Costo mínimo estimado de la prestación de apoyo técnico por la Secretaría por conducto de las oficinas en los países a los Estados Miembros que apliquen la resolución: US\$ 250 000 por país.

**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):**

**En la Sede**

Para la prestación de asistencia técnica (con inclusión de consultorías que entrañen contratos de corto plazo, acuerdos para la realización de trabajos, viajes, capacitación, grupos consultivos científicos y técnicos): US\$ 250 000.

Para el fortalecimiento de la colaboración con entidades pertinentes (incluidos órganos públicos, privados y no gubernamentales y el mundo académico) con el fin de prestar apoyo a las emergencias sanitarias y el manejo del riesgo de desastres a escala de país y de comunidad, el costo estimado es de: US\$ 550 000 (funcionarios P5, US\$ 250 000; funcionarios P4, US\$ 200 000; y funcionarios G4, US\$ 100 000). La cifra se basa en la estimación del tiempo acumulativo que deberán dedicar a esta actividad en particular cierto número de funcionarios de diferentes niveles.

Costo total estimado de fortalecer la base de datos probatorios para las emergencias sanitarias y el manejo del riesgo de desastres, incluidas las investigaciones operacionales y las evaluaciones económicas: US\$ 930 000.

Costo total estimado de prestar apoyo a las evaluaciones nacionales del riesgo y las capacidades en materia de emergencias sanitarias y manejo del riesgo de desastres, como base para una actuación catalítica y el fortalecimiento de las capacidades nacionales en materia de emergencias sanitarias y manejo del riesgo de desastres: US\$ 750 000.

**A escala regional**

Costo total estimado: US\$ 1,50 millones (US\$ 250 000 por oficina regional).

**A escala de país**

Costo mínimo estimado de la prestación de apoyo técnico por la Secretaría para la aplicación por conducto de las oficinas en los países: US\$ 50 000 por país.

<p>c) <b>¿Está incluido el costo estimado que se indica en el apartado b) en el presupuesto por programas para el bienio 2010-2011 aprobado?</b></p> <p>Sí, excepto a escala de país.</p>
<p><b>4. Repercusiones financieras</b></p> <p><b>¿Cómo se financiará el costo indicado en el apartado 3 b)? (Indicar las posibles fuentes de financiación):</b></p> <p>Recaudando fondos y por medio de contribuciones voluntarias.</p>
<p><b>5. Repercusiones administrativas</b></p> <p>a) <b>Ámbitos de aplicación (indicar en qué niveles de la Organización se tomarían medidas y en qué regiones, cuando corresponda):</b></p> <p>La aplicación se realizará principalmente en las oficinas en los países. Las oficinas regionales prestarán apoyo a la capacitación y la creación de capacidad y la Sede será responsable de la coordinación interorganismos, la planificación general y la elaboración de normas y directrices basadas en datos probatorios para desarrollar y fortalecer esta área de trabajo. El Centro Mediterráneo de la OMS para la Reducción de la Vulnerabilidad, en Túnez, proporcionará asistencia técnica en todos los niveles en las áreas de su competencia técnica.</p> <p>b) <b>¿Puede el personal actual aplicar la resolución? En caso negativo, explique los motivos en el apartado c) <i>infra</i>:</b></p> <p>En la Sede se dispone de personal suficiente para el componente de desarrollo de esta área y los costos de personal están presupuestados. A escala regional y nacional se necesita cualificación técnica adicional que podría contratarse de forma temporal (contratos de corto plazo y acuerdos para la realización de trabajos).</p> <p>c) <b>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):</b></p> <p>No se aplica.</p> <p>d) <b>Plazos (indicar plazos amplios para las actividades de aplicación):</b></p> <p>Las actividades se han planificado para los bienios 2010-2011 y 2012-2013.</p>

<p><b>1. Resolución WHA64.11</b> Preparativos para la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles, en relación con la Conferencia de Moscú<sup>1</sup></p>				
<p><b>2. Relación con el presupuesto por programas</b></p> <table> <tr> <td>Objetivos estratégicos:</td> <td>Resultados previstos a nivel de toda la Organización:</td> </tr> <tr> <td>3. Prevenir y reducir la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad prematura por enfermedades crónicas no transmisibles, trastornos mentales, violencia y traumatismos y discapacidades visuales</td> <td>3.1 Se habrá promovido y apoyado un mayor compromiso político, financiero y técnico en los Estados Miembros para combatir las enfermedades crónicas no transmisibles, los trastornos mentales y comportamentales, la violencia, los traumatismos y las discapacidades, incluidas discapacidades visuales como la ceguera.</td> </tr> </table>	Objetivos estratégicos:	Resultados previstos a nivel de toda la Organización:	3. Prevenir y reducir la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad prematura por enfermedades crónicas no transmisibles, trastornos mentales, violencia y traumatismos y discapacidades visuales	3.1 Se habrá promovido y apoyado un mayor compromiso político, financiero y técnico en los Estados Miembros para combatir las enfermedades crónicas no transmisibles, los trastornos mentales y comportamentales, la violencia, los traumatismos y las discapacidades, incluidas discapacidades visuales como la ceguera.
Objetivos estratégicos:	Resultados previstos a nivel de toda la Organización:			
3. Prevenir y reducir la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad prematura por enfermedades crónicas no transmisibles, trastornos mentales, violencia y traumatismos y discapacidades visuales	3.1 Se habrá promovido y apoyado un mayor compromiso político, financiero y técnico en los Estados Miembros para combatir las enfermedades crónicas no transmisibles, los trastornos mentales y comportamentales, la violencia, los traumatismos y las discapacidades, incluidas discapacidades visuales como la ceguera.			

<sup>1</sup> Primera Conferencia Ministerial Mundial sobre Modos de Vida Sanos y Control de las Enfermedades No Transmisibles (Moscú, Federación de Rusia, 28-29 de abril de 2011).

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
- 3.2 Se habrá dado orientación y apoyo a los Estados Miembros para la elaboración y ejecución de políticas, estrategias y reglamentos referentes a las enfermedades crónicas no transmisibles, los trastornos mentales y neurológicos, la violencia, los traumatismos y las discapacidades, incluidas discapacidades visuales como la ceguera.
- 3.3 Se habrá mejorado la capacidad de los Estados Miembros para recoger, analizar, difundir y utilizar datos sobre la magnitud, las causas y las consecuencias de las enfermedades crónicas no transmisibles, los trastornos mentales y neurológicos, la violencia, los traumatismos y las discapacidades, incluidas discapacidades visuales como la ceguera.
- 6.2 Se habrá facilitado orientación y apoyo para fortalecer los sistemas nacionales de vigilancia de los principales factores de riesgo, elaborando, validando y difundiendo marcos, instrumentos y procedimientos operativos para los Estados Miembros en los que la carga de morbilidad y mortalidad atribuible a esos factores de riesgo es elevada o va en aumento.

**(Indicar brevemente la relación con los resultados previstos, los indicadores, los objetivos y los niveles de base)**

Se prevé que aumentará el número de Estados Miembros: *i*) en los que el ministerio de salud, u otra autoridad nacional equivalente, cuenta con un personal y un presupuesto específicamente dedicados a la prevención y el control de las enfermedades crónicas no transmisibles (indicador 3.1.4); *ii*) que han adoptado una política nacional multisectorial relativa a las enfermedades crónicas no transmisibles (indicador 3.2.3); *iii*) que cuentan con un sistema nacional de presentación de informes sanitarios e informes anuales que incluyen indicadores relativos a las cuatro enfermedades no transmisibles más importantes (indicador 3.3.4); *iv*) que cuentan con un sistema nacional de vigilancia eficaz para el seguimiento de los principales factores de riesgo de la salud entre los adultos, basado en el método progresivo de la OMS para la vigilancia (indicador 6.2.1).

**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\$ 4,5 millones en un periodo de tres años.

*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\$ 1,0 millones en todos los niveles de la Organización.

*c*) **¿Está incluido el costo estimado que se indica en el apartado *b*) en el presupuesto por programas para el bienio 2010-2011 aprobado?**

Sí.

**4. Repercusiones financieras**

**¿Cómo se financiará el costo indicado en el apartado 3 *b*)? (Indicar las posibles fuentes de financiación):**

Mediante ingresos procedentes de contribuciones voluntarias de los Estados Miembros y contribuciones de asociados internacionales.

**5. Repercusiones administrativas****a) Ámbitos de aplicación (indicar en qué niveles de la Organización se tomarían medidas y en qué regiones, cuando corresponda):**

Todos los niveles de la Organización.

**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 lo posible se recurrirá a personal cedido en comisión de servicio, además de contratar personal por corto plazo.

**d) Plazos (indicar plazos amplios para las actividades de aplicación):**

Tres años para todas las actividades (la Secretaría está preparando un plan de ejecución en consonancia).

<b>1. Resolución WHA64.12</b>	Función de la OMS en el seguimiento de la reunión plenaria de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio (Nueva York, septiembre de 2010)
-------------------------------	---

**2. Relación con el presupuesto por programas**

Objetivo estratégico:

10. Mejorar los servicios de salud mediante el fortalecimiento de la gobernanza, la financiación, la dotación de personal y la gestión, respaldadas por datos probatorios e investigaciones fiables y accesibles

Resultados previstos a nivel de toda la Organización:

10.4 Se habrán reforzado los sistemas de información sanitaria de los países, que proporcionan y utilizan información de alta calidad y oportuna para la planificación sanitaria y el seguimiento de los progresos realizados en la consecución de los objetivos nacionales y de los principales objetivos internacionales.

10.5 Se habrán logrado mejoras en materia de conocimientos y pruebas científicas para la adopción de decisiones sanitarias mediante la consolidación y publicación de pruebas existentes, la facilitación de la generación de conocimientos en esferas prioritarias y el liderazgo mundial en la política y la coordinación de las investigaciones sanitarias, incluso con respecto a la observancia de una conducta ética.

10.11 Se habrán establecido normas y patrones e instrumentos de medición para llevar a cabo un seguimiento de los recursos, calculando las consecuencias económicas de las enfermedades, y los costos y efectos de las intervenciones, los gastos catastróficos, el empobrecimiento y la exclusión social, y se habrá respaldado y monitoreado su aplicación.

**(Indicar brevemente la relación con los resultados previstos, los indicadores, los objetivos y los niveles de base)**

Se prevé que el apoyo prestado a la labor de la Comisión sobre la Información y la Rendición de Cuentas para la Salud de la Mujer y el Niño propiciará lo siguiente:

- mejorar el conocimiento y las pruebas científicas para la adopción de decisiones sanitarias a escala de país y mundial (resultado previsto 10.5)
- reforzar los sistemas de información sanitaria de los países (resultado previsto 10.4)
- mejorar el seguimiento de los recursos a escala de país y mundial (resultado previsto 10.11)

Utilizando los indicadores actuales, los resultados de la aplicación se pueden medir del mejor modo posible por medio del indicador «proporción de países de ingresos bajos y medianos que cuentan con estadísticas sanitarias adecuadas y realizan el seguimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud en cumplimiento de las normas acordadas» (indicador 10.4.1). En la actualidad, el 40% de los países cumplen las normas; la meta es del 60% para 2013.

**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\$ 2,5 millones para la prestación de apoyo técnico y administrativo a la Comisión.

**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\$ 2,5 millones en la Sede.

**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):**

Mediante contribuciones voluntarias con fines especificados proporcionadas por los Estados Miembros para los trabajos de la Comisión.

**5. Repercusiones administrativas**

**a) Ámbitos de aplicación (indicar en qué niveles de la Organización se tomarían medidas y en qué regiones, cuando corresponda):**

En la Sede.

**b) ¿Puede el personal actual aplicar la resolución? En caso negativo, explique los motivos en el apartado c) *infra*:**

La resolución se puede aplicar con la dotación de personal actual.

**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):**

No se aplica.

**d) Plazos (indicar plazos amplios para las actividades de aplicación):**

De enero de 2011 a septiembre de 2011.

**1. Resolución WHA64.13** Hacia la reducción de la mortalidad perinatal y neonatal**2. Relación con el presupuesto por programas**

Objetivo estratégico:

4. Reducir la morbilidad y mortalidad y mejorar la salud en etapas clave de la vida, como el embarazo, el parto, el periodo neonatal, la infancia y la adolescencia, mejorando al mismo tiempo la salud sexual y reproductiva y promoviendo el envejecimiento activo y saludable de todas las personas

Resultados previstos a nivel de toda la Organización:

4.1 Se habrá prestado apoyo a los Estados Miembros para formular políticas, planes y estrategias integrales que contribuyan a intensificar los esfuerzos encaminados al logro del acceso universal a unas intervenciones eficaces, en colaboración con otros programas, prestando atención a la reducción de las desigualdades de género y de las inequidades sanitarias, asegurando la continuidad asistencial durante todo el ciclo vital, integrando la prestación de servicios en los diferentes niveles del sistema de salud y reforzando la coordinación con la sociedad civil y el sector privado.

4.3 Se estarán utilizando a nivel de país directrices, enfoques e instrumentos destinados a mejorar la atención materna, por ejemplo ofreciendo apoyo técnico a los Estados Miembros para reforzar las medidas encaminadas a asegurar la prestación de atención especializada a todas las embarazadas y todos los recién nacidos durante el parto, el puerperio y el periodo posnatal, en particular en lo que respecta a las poblaciones pobres y desfavorecidas, con un seguimiento de los avances realizados.

4.4 Se estarán utilizando a nivel de país directrices, enfoques e instrumentos destinados a mejorar la supervivencia y salud neonatal, mediante la prestación de apoyo técnico a los Estados Miembros para reforzar las medidas encaminadas al logro de la cobertura universal, junto con intervenciones eficaces y un seguimiento de los avances realizados.

**(Indicar brevemente la relación con los resultados previstos, los indicadores, los objetivos y los niveles de base)**

La resolución se relaciona con los indicadores 4.1.1, 4.3.1 y 4.4.1; las metas de esos indicadores permitirán medir los progresos realizados en la ejecución de la resolución.

**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 calcula que la ejecución de la resolución abarcará el quinquenio 2011–2015. El costo estimado de la ejecución a lo largo de este periodo en la Sede, las oficinas regionales y las oficinas en los países es de US\$ 95,1 millones.

**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):**

El costo estimado para la Secretaría, a todos los niveles, durante lo que queda de bienio sería de US\$ 9,51 millones.

**c) ¿Está incluido el costo estimado que se indica en el apartado b) en el presupuesto por programas para el bienio 2010-2011 aprobado?**

Sí.

**4. Repercusiones financieras**

**¿Cómo se financiará el costo indicado en el apartado 3 b)? (Indicar las posibles fuentes de financiación):**

Las fuentes extrapresupuestarias existentes no son suficientes para sufragar todos estos costos. Se calcula que serán necesarios fondos adicionales por valor de US\$ 500 000. La Secretaría procurará identificar fuentes adicionales de financiación suficientes para garantizar la ejecución 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):**

Todas las regiones y 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):**

Se necesitará el equivalente de siete funcionarios a tiempo completo (uno de grado P.5 en la Sede y uno de grado P.4 en cada una de las regiones) para asegurar el apoyo a la ejecución de la resolución en las regiones.

**d) Plazos (indicar plazos amplios para las actividades de aplicación):**

2011-2015.

**1. Resolución WHA64.14 Estrategia mundial del sector sanitario para el VIH/sida, 2011-2015****2. Relación con el presupuesto por programas**

Objetivo estratégico: Resultados previstos a nivel de toda la Organización:

2. Combatir el VIH/sida, la tuberculosis y el paludismo Todos los resultados previstos.

4. Reducir la morbilidad y mortalidad y mejorar la salud en etapas clave de la vida, como el embarazo, el parto, el periodo neonatal, la infancia y la adolescencia, y mejorar la salud sexual y reproductiva y promover el envejecimiento activo y saludable de todas las personas Todos los resultados previstos.

La estrategia para el VIH también se vincula con los objetivos 6, 7 y 11.

**(Indicar brevemente la relación con los resultados previstos, los indicadores, los objetivos y los niveles de base)**

Los objetivos de la estrategia coinciden con la Estrategia del ONUSIDA para 2011-2015 y reafirman los objetivos acordados a escala internacional:

- lograr el acceso universal a la prevención, tratamiento y atención integrales de la infección por el VIH.
- contribuir a la consecución del sexto Objetivo de Desarrollo del Milenio (Combatir el VIH/sida, el paludismo y otras enfermedades) y de otros objetivos (3, 4, 5 y 8) y metas relacionados con la salud.

Las cuatro metas de la estrategia para el VIH correspondientes a 2015 se basan en los indicadores y metas del Plan Estratégico a Plazo Medio de la OMS para 2008-2013 y son las siguientes:

- reducir los nuevos casos de infección por el VIH: reducir en un 50% el porcentaje de jóvenes de 15 a 24 años infectados (en comparación con la cifra de 2009).
- eliminar la infección por el VIH en los niños: reducir en un 90% las nuevas infecciones por VIH en los niños (en comparación con la cifra de 2009).
- reducir la mortalidad relacionada con el VIH: reducir en un 25% las muertes relacionadas con el VIH (en comparación con la cifra de 2009).
- reducir la mortalidad relacionada con la tuberculosis: reducir en un 50% las muertes por tuberculosis (en comparación con la cifra de 2004).

### 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\$ 515 millones para el quinquenio 2011-2015.

- 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\$ 73 millones, más de dos tercios de los cuales se destinarán a los niveles regional y de país.

- c) ¿Está incluido el costo estimado que se indica en el apartado b) en el presupuesto por programas para el bienio 2010-2011 aprobado?**

Sí.

### 4. Repercusiones financieras

- ¿Cómo se financiará el costo indicado en el apartado 3 b)? (Indicar las posibles fuentes de financiación):**

Fuentes de financiación: contribuciones señaladas; contribuciones voluntarias básicas; financiación básica del presupuesto unificado y marco de resultados y rendición de cuentas del ONUSIDA; y contribuciones voluntarias directas de Estados Miembros y fundaciones.

### 5. Repercusiones administrativas

- a) Ámbitos de aplicación (indicar a qué niveles de la Organización se tomarían medidas y en qué regiones, cuando corresponda):**

La Secretaría apoyará la ejecución de la estrategia a todos los niveles de la Organización y en todas las regiones. Se ha preparado un proyecto de plan de operaciones para el próximo bienio, en el que se indican los productos específicos de cada nivel institucional y cada región. Se prestará especial atención para lograr que la Organización tenga una capacidad suficiente en los países para apoyar la ejecución de la estrategia.

- b) ¿Puede el personal actual aplicar la resolución? En caso negativo, explique los motivos en el apartado c) *infra*:**

Actualmente, el programa para el VIH de la OMS pasa por un proceso de realineamiento con la finalidad de determinar las competencias, aptitudes y estructura de personal necesarias para ejecutar la estrategia. El interés se centra en mejorar la eficiencia dentro del programa en toda la Secretaría; en especial, se busca definir una clara división del trabajo en los tres niveles de la Organización. El resultado del proceso de realineamiento se habrá puesto en práctica en julio de 2011 y se prevé que la dotación de personal bastará para apoyar la ejecución de la estrategia. Se prevé también que, para atender los cambios de la demanda, será necesario hacer algunos ajustes en la dotación de personal a lo largo del periodo quinquenal.

**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):**

No se aplica.

**d) Plazos (indicar plazos amplios para las actividades de aplicación):**

La estrategia se ejecutará en un periodo de cinco años. Se prepararán planes operativos pormenorizados para cada bienio.

## 1. Resolución WHA64.15 Mecanismo para el control y la prevención del cólera

### 2. Relación con el presupuesto por programas

Objetivos estratégicos:

1. Reducir la carga sanitaria, social y económica de las enfermedades transmisibles

Resultados previstos a nivel de toda la Organización:

1.3 Se habrá asegurado una coordinación eficaz y prestado apoyo a los Estados Miembros para ofrecer a todas las poblaciones un acceso a intervenciones de prevención, control, eliminación y erradicación de enfermedades tropicales desatendidas, como por ejemplo las enfermedades zoonóticas.

1.9 Los Estados Miembros y la comunidad internacional estarán en condiciones de llevar a cabo operaciones e iniciativas de respuesta eficaces en situaciones de emergencia declarada causadas por enfermedades epidémicas y pandémicas.

5. Reducir las consecuencias sanitarias de las emergencias, desastres, crisis y conflictos y minimizar su impacto social y económico

5.4 Se habrá facilitado a los Estados Miembros un apoyo técnico coordinado en relación con el control de las enfermedades transmisibles en situaciones de desastres naturales y conflictos.

8. Promover un entorno más saludable, intensificar la prevención primaria y ejercer influencia sobre las políticas públicas en todos los sectores, con miras a combatir las causas fundamentales de las amenazas ambientales para la salud

8.1 Se habrán realizado evaluaciones y formulado y actualizado normas y patrones basadas en datos probatorios sobre los principales riesgos ambientales para la salud (p. ej., la mala calidad del aire, las sustancias químicas, los campos electromagnéticos, el radón, la mala calidad del agua de bebida, y la reutilización de las aguas residuales).

**(Indicar brevemente la relación con los resultados previstos, los indicadores, los objetivos y los niveles de base)**

La resolución es congruente con los resultados previstos globales, y con los elementos específicos que se señalan a continuación.

Punto de partida: se proporciona apoyo especial a las oficinas en los países y las oficinas regionales según las necesidades expresadas.

Meta: en el bienio en curso, elaborar una estrategia a plazo medio 2011-2016 y un plan de acción pormenorizado y los instrumentos necesarios; empezar la aplicación en tres regiones; bienio 2012-2013, aplicar el plan en tres regiones y en tres países en cada una de ellas; bienio 2014-2015, mantener y ampliar las actividades en tres regiones y agregar las tres regiones restantes.

Indicadores:

- a) se habrá proporcionado información y respaldo técnico a los países afectados por los brotes
- b) el apoyo a los países participantes habrá consistido en lo siguiente:
  - revisión y actualización del plan de acción nacional; revisión en los países de la vigilancia del cólera en el marco de la vigilancia integrada de la morbilidad
  - identificación de «zonas críticas» y tendencias a lo largo del tiempo

- identificación de necesidades específicas de las actividades de prevención y preparación, realización y mantenimiento a lo largo del tiempo de actividades de control (por ejemplo, en materia de educación sanitaria, inocuidad de los alimentos, agua y saneamiento, distribución anticipada de suministros)
  - evaluación del uso de vacunas y, si procede, elaboración de planes de introducción
  - elaboración de una estrategia para formar formadores, realización de actividades para multiplicar los talleres nacionales y de creación de capacidad para el control de la calidad (por ejemplo, en materia de manejo de casos y de capacidad de laboratorio)
  - monitoreo del desempeño de conformidad con indicadores que habrá que determinar y elaborar
- c) se habrán celebrado reuniones periódicas con partes interesadas clave para revisar los progresos realizados y las prácticas óptimas en diversos temas
- d) se habrá proporcionado apoyo a las actividades de investigación de la evaluación de riesgos, desarrollo de vacunas y otras cuestiones pertinentes.

### 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):**

Total para cinco años: US\$ 20,22 millones para gastos de personal y actividades (sin incluir los gastos de apoyo a programas).

- 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):**

Dotación de personal: US\$ 874 000 en la Sede y US\$ 606 000 en las regiones (Oficinas Regionales para África, las Américas y el Mediterráneo Oriental).

Actividades: US\$ 1,24 millones, de los cuales el 57% se incurrirán a escala regional.

- c) **¿Está incluido el costo estimado que se indica en el apartado b) en el presupuesto por programas para el bienio 2010-2011 aprobado?**

Los costos asociados a los brotes epidémicos se podrían incluir en cierta medida en las cifras actuales del presupuesto por programas aprobado; la medida en que ello se pueda hacer dependerá principalmente de la gravedad y la regularidad de los brotes. No se prevé que los costos asociados a las medidas preventivas se puedan considerar dentro de los límites del presupuesto actual de los objetivos estratégicos mencionados *supra*.

### 4. Repercusiones financieras

- ¿Cómo se financiará el costo indicado en el apartado 3 b)? (Indicar las posibles fuentes de financiación):**

Se elaborará una estrategia a plazo medio, que se utilizará para movilizar recursos a escala internacional y de país.

### 5. Repercusiones administrativas

- a) **Ámbitos de aplicación (indicar a qué niveles de la Organización se tomarían medidas y en qué regiones, cuando corresponda):**

La coordinación mundial, la prestación de apoyo y la fijación de normas, en la Sede; funcionamiento del Grupo Especial Mundial de Lucha contra el Cólera con participación de todos los departamentos pertinentes. Las actividades a escala regional y de país se centrarán durante el primer bienio en la Región de África, la Región de las Américas y la Región del Mediterráneo Oriental, y se ampliará durante los bienios sucesivos a las Regiones de Asia Sudoriental, Europa y el Pacífico Occidental.

- 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):**

A lo largo de un periodo de cinco años se necesitarán cuatro funcionarios de la categoría profesional adicionales en diferentes niveles; se necesitarán asimismo funcionarios adicionales de la categoría de servicios generales para prestar apoyo al personal actual de la Sede. A escala regional, se precisarán para cada región un especialista en salud pública o epidemiólogo y un especialista en agua y saneamiento de grado P.4.

**d) Plazos (indicar plazos amplios para las actividades de aplicación):**

Una fase inicial de cinco años.

**1. Resolución WHA64.16 Erradicación de la dracunculosis**

**2. Relación con el presupuesto por programas**

Objetivo estratégico:

1. Reducir la carga sanitaria, social y económica de las enfermedades transmisibles

Resultado previsto a nivel de toda la Organización:

1.3 Se habrá asegurado una coordinación eficaz y prestado apoyo a los Estados Miembros para ofrecer a todas las poblaciones un acceso a intervenciones de prevención, control, eliminación y erradicación de enfermedades tropicales desatendidas, como por ejemplo las enfermedades zoonóticas.

**(Indicar brevemente la relación con los resultados previstos, los indicadores, los objetivos y los niveles de base)**

La resolución ofrecerá un marco para que el número de países en que se haya certificado la erradicación de la dracunculosis aumente de 187 (en 2010) a 193 (en 2013).

**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\$ 30 millones a lo largo del periodo de vigencia previsto de la resolución, de 5 años (2011-2015).

**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\$ 12,74 millones. Se incurrirá en costos en la Sede, las Oficinas Regionales para África y para el Mediterráneo Oriental, y en oficinas en 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?:**

Sí.

**4. Repercusiones financieras**

**¿Cómo se financiará el costo indicado en el apartado 3 b)? (indicar las posibles fuentes de financiación):**

Con cargo a recursos extrapresupuestarios existentes.

**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, las Oficinas Regionales para África y para el Mediterráneo Oriental, y los países comprendidos en esas regiones.

**b) ¿Puede el personal actual aplicar la resolución? En caso negativo, explique los motivos en el apartado c) *infra*:**

Sí.

**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):**

Ninguna.

**d) Plazos (indicar plazos amplios para las actividades de aplicación):**

2011-2015.

**1. Resolución WHA64.17 Paludismo****2. Relación con el presupuesto por programas**

Objetivo estratégico:

2. Combatir el VIH/sida, la tuberculosis y el paludismo

Resultados previstos a nivel de toda la Organización:

2.1 Se habrán elaborado directrices, políticas, estrategias y otros instrumentos en materia de prevención del VIH/sida, la tuberculosis y el paludismo, y el tratamiento y la atención de los pacientes de esas enfermedades, incluidos métodos innovadores de aumentar la cobertura de las intervenciones entre los pobres y las poblaciones vulnerables y de difícil acceso.

2.2 Se habrá prestado apoyo político y técnico a los países con miras a extender la realización de intervenciones - que tengan en cuenta las cuestiones de género - en materia de prevención, tratamiento y atención del VIH/sida, la tuberculosis y el paludismo, con inclusión de la capacitación y la prestación de servicios integrados, la ampliación de las redes de proveedores de servicios, el fortalecimiento de la capacidad de laboratorio, y mejores vínculos con otros servicios de salud, como los de salud sexual y reproductiva, salud de la madre, el recién nacido y el niño, infecciones de transmisión sexual, nutrición, tratamiento de la drogodependencia, atención respiratoria, enfermedades desatendidas e higiene del medio.

2.3 Se habrá dado orientación y apoyo técnico a nivel mundial respecto de las políticas y los programas a fin de promover el acceso equitativo a medicamentos, medios de diagnóstico y tecnologías sanitarias esenciales de calidad garantizada para la prevención y el tratamiento del VIH/sida, la tuberculosis y el paludismo, y su utilización racional por los prescriptores y consumidores; y para asegurar el suministro ininterrumpido de medios de diagnóstico, sangre y productos sanguíneos seguros, inyecciones y otras tecnologías y productos sanitarios esenciales.

2.4 Se habrán fortalecido y ampliado los sistemas de vigilancia, evaluación y seguimiento en los planos mundial, regional y nacional para seguir de cerca los progresos en la consecución de los objetivos y la asignación de recursos para la lucha contra el VIH/sida, la tuberculosis y el paludismo, y para determinar las repercusiones de las medidas de lucha y la evolución de la farmacorresistencia.

2.5 Se habrá mantenido el compromiso político y asegurado la movilización de recursos a través de la promoción y el fomento de alianzas contra el VIH/sida, la tuberculosis y el paludismo en los planos nacional, regional y mundial; se habrá prestado apoyo a los países, cuando haya sido procedente, para elaborar o fortalecer y aplicar mecanismos de movilización y utilización de recursos y aumentar la capacidad de absorción de los recursos disponibles; y se habrá intensificado el compromiso de las comunidades y las personas afectadas para potenciar al máximo el alcance y los resultados de los programas de lucha contra el VIH/sida, la tuberculosis y el paludismo.

2.6 Se habrán elaborado y validado nuevos conocimientos e instrumentos y estrategias de intervención para responder a las necesidades prioritarias en materia de prevención y control del VIH/sida, la tuberculosis y el paludismo, poniéndose los científicos de los países en desarrollo cada vez más a la cabeza de estas investigaciones.

**(Indicar brevemente la relación con los resultados previstos, los indicadores, los objetivos y los niveles de base)**

La resolución se basa en la resolución 55/284 de la Asamblea General de las Naciones Unidas, en la que se proclama el periodo comprendido entre 2001 y 2010 Decenio para lograr la regresión del paludismo, en particular en África, y en las resoluciones WHA58.2 y WHA60.18, en la última de las cuales se resolvió establecer un Día Mundial del Paludismo que se conmemoraría cada año en todo el mundo. La resolución lleva adelante el llamamiento del Secretario General de las Naciones Unidas en favor de la cobertura universal con intervenciones antipalúdicas; asimismo, proporciona un marco para la consecución de la serie de resultados previstos, metas y cifras de partida relativos al control del paludismo del objetivo estratégico 2 que se exponen en el Plan Estratégico a Plazo Medio 2008-2013. Además, esos resultados, metas y cifras de partida se parangonan con los resultados previstos y los indicadores incluidos en el Plan de Acción Mundial para Hacer Retroceder el Paludismo para el periodo 2008-2015.

**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):**

El periodo de vigencia de la resolución va de 2011 a 2015. El costo estimado de la responsabilidad de la Secretaría para coordinar la aplicación a gran escala después de 2012 es de US\$ 500 000.

**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):**

Se necesitan US\$ 250 000 para que la secretaría del Programa Mundial sobre Malaria pueda empezar a prestar apoyo a la aplicación.

**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 80% del costo estimado se cubrirá con cargo al presupuesto por programas aprobado.

**4. Repercusiones financieras**

**¿Cómo se financiará el costo indicado en el apartado 3 b)? (indicar las posibles fuentes de financiación):**

Mediante la movilización de recursos extrapresupuestarios.

**5. Repercusiones administrativas**

**a) Ámbitos de aplicación (indicar a qué niveles de la Organización se tomarían medidas y en qué regiones, cuando corresponda):**

El paludismo es una amenaza en todas las regiones, y la aplicación de la resolución exigirá actuaciones en la Sede, las oficinas regionales y las oficinas en los países donde el paludismo es endémico.

**b) ¿Puede el personal actual aplicar la resolución? En caso negativo, explique los motivos en el apartado c) *infra*:**

No es necesario crear puestos adicionales en apoyo de la aplicación.

**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):**

Véase el apartado b) *supra*.

**d) Plazos (indicar plazos amplios para las actividades de aplicación):**

El plazo para la aplicación de la resolución es de cinco años.

**1. Resolución WHA64.22 Modificaciones del Reglamento Financiero****2. Relación con el presupuesto por programas**

Objetivo estratégico:

13. Desarrollar y sostener a la OMS como organización flexible y discente, facilitándole los medios necesarios para cumplir su mandato de manera más eficiente y eficaz

Resultado previsto a nivel de toda la Organización:

13.5 Se habrán prestado los servicios de apoyo gerencial y administrativo<sup>1</sup> necesarios para el eficaz funcionamiento de la Organización, conforme a los acuerdos sobre el nivel de los servicios, haciéndose hincapié en la calidad y la receptividad.

**(Indicar brevemente la relación con los resultados previstos, los indicadores, los objetivos y los niveles de base)**

La resolución se vincula con la auditoría externa estatutaria de la OMS y la certificación de las cuentas de la OMS. El resultado pretendido es un dictamen de auditoría sin reservas.

**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 el requisito de que el Comisario de Cuentas prepare un informe de auditoría sobre los estados financieros anuales entrañará un costo adicional de entre US\$ 100 000 y US\$ 200 000 por bienio. El monto se conocerá cuando a principios de 2011 se reciban las candidaturas al puesto de Comisario de Cuentas para el periodo de dos bienios 2012-2015, y una vez que la Asamblea de la Salud nombre un Comisario de Cuentas, en mayo de 2011.

<sup>1</sup> Comprende los servicios en las áreas de tecnología de la información, recursos humanos, recursos financieros, logística y servicios de idiomas.

**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):** Ninguno.

**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 se aplica.

#### 4. Repercusiones financieras

**¿Cómo se financiará el costo indicado en el apartado 3 b)? (Indicar las posibles fuentes de financiación):**

Con cargo al presupuesto ordinario o a gastos administrativos generales (gastos de apoyo a programas con que se gravan las contribuciones voluntarias, o tasa por puesto ocupado).

#### 5. Repercusiones administrativas

**a) Ámbitos de aplicación (indicar en qué niveles de la Organización se tomarían medidas y en qué regiones, cuando corresponda):**

Las actividades de aplicación interesarán principalmente a la Sede y al Centro Mundial de Servicios; las cuentas de las entidades administradas - el ONUSIDA, el CIIC, el Centro Internacional de Cálculos Electrónicos y el Mecanismo Internacional de Compra de Medicamentos, UNITAID - deberán ser objeto asimismo de auditorías de certificación anuales. La modificación del Reglamento Financiero no debería afectar a la frecuencia de las auditorías regionales.

**b) ¿Puede el personal actual aplicar la resolución? En caso negativo, explique los motivos en el apartado c) *infra*:**

No se precisará personal adicional, si bien el Comisario de Cuentas necesitará recursos adicionales.

**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):**

Véase 5 b), *supra*.

**d) Plazos (indicar plazos amplios para las actividades de aplicación):**

La primera auditoría anual de certificación abarcará los estados financieros de 2012.

### 1. Resolución WHA64.24 Agua potable, saneamiento y salud

#### 2. Relación con el presupuesto por programas

Objetivo estratégico:

8. Promover un entorno más saludable, intensificar la prevención primaria y ejercer influencia sobre las políticas públicas en todos los sectores, con miras a combatir las causas fundamentales de las amenazas ambientales para la salud

Resultados previstos a nivel de toda la Organización:

8.1 Se habrán realizado evaluaciones y formulado y actualizado normas y patrones basadas en datos probatorios sobre los principales riesgos ambientales para la salud (p. ej., la mala calidad del aire, las sustancias químicas, los campos electromagnéticos, el radón, la mala calidad del agua de bebida, y la reutilización de las aguas residuales).

8.2 Se habrá facilitado a los Estados Miembros apoyo técnico y orientación para realizar intervenciones de prevención primaria que reduzcan los riesgos ambientales para la salud, aumenten la seguridad y promuevan la salud pública, en particular en entornos específicos (p. ej., el lugar de trabajo, el hogar o entornos urbanos) y entre grupos de población vulnerables (p. ej., los niños).

8.4 Se habrán establecido directrices, instrumentos e iniciativas para ayudar al sector de la salud a ejercer influencia sobre las políticas de otros sectores con miras a

posibilitar la identificación y adopción de políticas que contribuyen a la mejora de la salud, el medio ambiente y la seguridad.

8.5 Se habrá reforzado el liderazgo del sector de la salud para promover un entorno más saludable y modificar las políticas públicas en todos los sectores, con miras a combatir las causas fundamentales de los riesgos ambientales para la salud, por ejemplo atendiendo las consecuencias emergentes y reemergentes del desarrollo en la salud ambiental y la modificación de las pautas de consumo y producción, así como a los efectos nocivos asociados a la evolución tecnológica.

**(Indicar brevemente la relación con los resultados previstos, los indicadores, los objetivos y los niveles de base)**

Las cuestiones relacionadas con el agua potable, el saneamiento y la salud atañen de forma general a los resultados previstos a nivel de toda la Organización para el objetivo estratégico 8, en particular 8.1 (directrices de evaluación y gestión de riesgos), 8.2 (prevención primaria), 8.4 (creación de capacidad intersectorial) y 8.5 (monitoreo). El fortalecimiento de las actividades sobre la prevención de las enfermedades relacionadas con el agua y el saneamiento es coherente con los resultados previstos en el marco del objetivo estratégico, y la aplicación de la resolución se reflejaría en los indicadores y metas de los resultados previstos mencionados *supra*.

**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):**

Además del programa actual, el costo estimado para el ejercicio 2012-2013 es de US\$ 3,94 millones. El costo estimado por bienio de forma continua posteriormente es de unos US\$ 21,0 millones.

- 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\$ 985 000 (25% de US\$ 3,94 millones para los últimos seis meses del bienio).

Los gastos se realizarán en la Sede y, a nivel de las oficinas regionales, en las oficinas que actualmente carecen de asesores especializados en agua, saneamiento y salud, esto es, las Oficinas Regionales para África, el Mediterráneo Oriental y el Pacífico Occidental.

- 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 están buscando fondos voluntarios adicionales; varias partes han expresado su interés.

**5. Repercusiones administrativas**

- a) Ámbitos de aplicación (indicar a qué niveles de la Organización se tomarían medidas y en qué regiones, cuando corresponda):**

La aplicación entrañará actividades a nivel mundial, regional y nacional. La Sede tendrá un papel de coordinación y gestión, proporcionará orientación, fijará normas y apoyará la ejecución de las actividades.

Las oficinas regionales apoyarán las actividades en materia de monitoreo, planificación de la salubridad del agua, creación de capacidad y estrategias para contextos específicos.

Los proyectos especialmente focalizados en países requerirán la participación del personal de las oficinas de país para su aplicación satisfactoria.

**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):**

Se requerirá el siguiente personal adicional: un Director de Monitoreo de grado P.5; un funcionario técnico de grado P.3 para apoyar el Análisis y Evaluación anual mundial sobre saneamiento y agua potable de las Naciones Unidas; dos funcionarios técnicos de grado P.4, uno para que se ocupe específicamente de las actividades relacionadas con las aguas residuales, y otro que se encargue de las estrategias nacionales de salud encaminadas a garantizar el derecho humano básico a agua y saneamiento; y tres asesores regionales sobre agua, saneamiento y salud de grado P.4 (uno en cada una de las Oficinas Regionales para África, el Mediterráneo Oriental y el Pacífico Occidental).

**d) Plazos (indicar plazos amplios para las actividades de aplicación):**

2010-2011. Tras una amplia consulta sobre el desarrollo de una nueva generación de metas e indicadores para el monitoreo del agua y del saneamiento después de 2015, a partir del 1 de julio de 2011 se activarán varios grupos de trabajo, con un incremento marginal de personal para absorber el trabajo adicional.

2012-2013. Deberá haber concluido la fase inicial y la coordinación de las actividades estratégicas; posteriormente la ejecución de las actividades se realizará de forma continua.

**1. Resolución WHA64.27** Prevención de los traumatismos en los niños

**2. Relación con el presupuesto por programas**

Objetivo estratégico:

3. Prevenir y reducir la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad prematura por enfermedades crónicas no transmisibles, trastornos mentales, violencia y traumatismos y discapacidades visuales

Resultados previstos a nivel de toda la Organización:

3.1 Se habrá promovido y apoyado un mayor compromiso político, financiero y técnico en los Estados Miembros para combatir las enfermedades crónicas no transmisibles, los trastornos mentales y comportamentales, la violencia, los traumatismos y las discapacidades, incluidas discapacidades visuales como la ceguera.

3.2 Se habrá dado orientación y apoyo a los Estados Miembros para la elaboración y ejecución de políticas, estrategias y reglamentos referentes a las enfermedades crónicas no transmisibles, los trastornos mentales y neurológicos, la violencia, los traumatismos y las discapacidades, incluidas discapacidades visuales como la ceguera.

3.3 Se habrá mejorado la capacidad de los Estados Miembros para recoger, analizar, difundir y utilizar datos sobre la magnitud, las causas y las consecuencias de las enfermedades crónicas no transmisibles, los trastornos mentales y neurológicos, la violencia, los traumatismos y las discapacidades, incluidas discapacidades visuales como la ceguera.

3.5 Se habrá dado orientación y apoyo a los Estados Miembros para la preparación y ejecución de programas multisectoriales que abarquen toda la población, destinados a promover la salud mental y a prevenir los trastornos mentales y comportamentales, la violencia y los traumatismos, y las deficiencias auditivas y visuales, en particular la ceguera.

3.6 Se habrá dado orientación y apoyo a los Estados Miembros para mejorar la capacidad de sus sistemas de salud y seguridad social para prevenir y tratar las enfermedades crónicas no transmisibles, los trastornos mentales y comportamentales, la violencia, los traumatismos y las discapacidades, incluidas discapacidades visuales como la ceguera.

**(Indicar brevemente la relación con los resultados previstos, los indicadores, los objetivos y los niveles de base)**

La resolución ofrece un marco que contribuirá al logro de los resultados previstos en términos de indicadores planificados, metas y puntos de partida.

**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 calcula que la resolución tendrá un periodo de vigencia de 10 años (2011-2021). El costo estimado de las actividades de la Secretaría en apoyo de la ejecución es de US\$ 10 millones.

- 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):**

Si la resolución es adoptada por la Asamblea de la Salud en mayo de 2011, el costo estimado durante el bienio 2010-2011 de las actividades pertinentes de la Secretaría sería de US\$ 500 000 para el conjunto de los niveles de la Organización.

- c) ¿Está incluido el costo estimado que se indica en el apartado b) en el presupuesto por programas para el bienio 2010-2011 aprobado?:**

Sí.

**4. Repercusiones financieras**

- ¿Cómo se financiará el costo indicado en el apartado 3 b)? (indicar las posibles fuentes de financiación):**

Las fuentes de financiación extrapresupuestaria actuales son insuficientes para sufragar plenamente los costos. La Secretaría investigará la posibilidad de recurrir a financiación de otras procedencias.

**5. Repercusiones administrativas**

- a) Ámbitos de aplicación (indicar a qué niveles de la Organización se tomarían medidas y en qué regiones, cuando corresponda):**

Todas las regiones y países de la OMS.

- 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 requeriría un funcionario adicional de grado P.4 para coordinar las actividades de seguimiento.

**d) Plazos (indicar plazos amplios para las actividades de aplicación):**

2011-2021.

**1. Resolución WHA64.28** Los jóvenes y los riesgos sanitarios

**2. Relación con el presupuesto por programas**

Objetivo estratégico:

2. Combatir el VIH/sida, la tuberculosis y el paludismo

3. Prevenir y reducir la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad prematura por enfermedades crónicas no transmisibles, trastornos mentales, violencia y traumatismos y discapacidades visuales

4. Reducir la morbilidad y mortalidad y mejorar la salud en etapas clave de la vida, como el embarazo, el parto, el periodo neonatal, la infancia y la adolescencia, y mejorar la salud sexual y reproductiva y promover el envejecimiento activo y saludable de todas las personas

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

7. Abordar los determinantes sociales y económicos subyacentes de la salud mediante políticas y programas que permitan mejorar la equidad sanitaria e integrar enfoques favorables a los pobres, sensibles a las cuestiones de género y basados en los derechos humanos

9. Mejorar la nutrición, la salubridad de los alimentos y la seguridad alimentaria a lo largo de todo el ciclo de vida y en apoyo de la salud pública y el desarrollo sostenible

Resultados previstos 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.

4.6. Se habrá prestado apoyo técnico a los Estados Miembros para la aplicación de políticas y estrategias de salud y desarrollo del adolescente basadas en datos probatorios, asegurando al mismo tiempo la expansión de un conjunto de intervenciones de prevención, tratamiento y atención, de conformidad con las normas establecidas.

**(Indicar brevemente la relación con los resultados previstos, los indicadores, los objetivos y los niveles de base)**

Esta resolución se vincula directamente con el indicador 4.6.1. Además, guarda relación con algunos indicadores y metas de los objetivos estratégicos establecidos en el Plan Estratégico a Plazo Medio 2008-2013 (Modificado (Proyecto)) (Versión revisada, abril de 2009).<sup>1</sup> Los vínculos abarcan los siguientes indicadores y metas: objetivo estratégico 2, segundo punto; objetivo estratégico 3, los tres puntos; objetivo estratégico 6, los tres puntos; objetivo estratégico 7, primer punto; y objetivo estratégico 9, tercer punto.

**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 esta resolución se mantendrá en vigor unos 10 años (2011-2021). Se calcula que la aplicación de la resolución en la Sede, las oficinas regionales y las oficinas en los países durante ese periodo entrañará un costo de US\$ 105,0 millones para la Secretaría.

- 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):**

Durante el resto del bienio, el costo estimado para la Secretaría en todos los niveles será de US\$ 5,3 millones.

- c) ¿Está incluido el costo estimado que se indica en el apartado b) en el presupuesto por programas para el bienio 2010-2011 aprobado?**

Sí.

**4. Repercusiones financieras**

- ¿Cómo se financiará el costo indicado en el apartado 3 b)? (Indicar las posibles fuentes de financiación):**

Los fondos disponibles son insuficientes para sufragar todos esos costos. Se calcula que serán necesarios unos US\$ 530 000 adicionales. La Secretaría identificará fuentes alternativas de financiamiento a fin de asegurar la disponibilidad de fondos suficientes para aplicar 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):**

Aplicación en todas las regiones y 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):**

Se necesitan otros dos funcionarios de categoría P.4, uno en la Oficina Regional para África y otro en la Oficina Regional para el Pacífico Occidental, a fin de asegurar en esas regiones el apoyo a la aplicación de la resolución sobre salud de los jóvenes.

- d) Plazos (indicar plazos amplios para las actividades de aplicación):**

2011-2021.

<sup>1</sup> Disponible en línea en [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/MTSP2009/MTSP3-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/MTSP2009/MTSP3-en.pdf) (consultado el 17 de mayo de 2011).

<b>1. Decisión WHA64(11)</b> Erradicación de la viruela: destrucción de las reservas de virus variólico	
<b>2. Relación con el presupuesto por programas</b>	
Objetivo estratégico:	Resultado previsto a nivel de toda la Organización:
1. Reducir la carga sanitaria, social y económica de las enfermedades transmisibles	1.7 Se habrá dotado a los Estados Miembros y la comunidad internacional de medios de detección, evaluación, respuesta y solución respecto de las principales enfermedades epidémicas y pandémicas (como la gripe, la meningitis, la fiebre amarilla, las fiebres hemorrágicas, la peste o la viruela), elaborando y aplicando instrumentos, metodologías, prácticas, redes y alianzas para prevención, detección, preparación e intervención.
<b>(Indicar brevemente la relación con los resultados previstos, los indicadores, los objetivos y los niveles de base)</b>	
En la decisión, la Asamblea de la Salud reafirma la necesidad de lograr el consenso acerca de la propuesta de una nueva fecha para la destrucción de las reservas de virus variólico cuando lo permitan los resultados de investigaciones de importancia crucial para mejorar la respuesta de salud pública en caso de brote. La decisión es congruente con el resultado previsto que se menciona <i>supra</i> y con su indicador.	
<b>3. Repercusiones presupuestarias</b>	
<b>a) Costo total estimado de la ejecución de las actividades de la Secretaría solicitadas en la decisión en todo su periodo de vigencia (redondeado a la decena de millar de US\$ más próxima; incluir los gastos correspondientes a personal y actividades):</b>	
Los costos estimados ascienden a US\$ 1,54 millones por año a lo largo del periodo de vigencia de la decisión, en la que se pide que se informe a la 67. <sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud.	
<b>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):</b>	
US\$ 770 000 en la Sede.	
<b>c) ¿Está incluido el costo estimado que se indica en el apartado b) en el presupuesto por programas para el bienio 2010-2011 aprobado?</b>	
Está incluido un monto de US\$ 410 000.	
<b>4. Repercusiones financieras</b>	
<b>¿Cómo se financiará el costo indicado en el apartado 3 b)? (Indicar las posibles fuentes de financiación):</b>	
Se tratará de obtener fondos voluntarios adicionales.	
<b>5. Repercusiones administrativas</b>	
<b>a) Ámbitos de aplicación (indicar a qué niveles de la Organización se tomarían medidas y en qué regiones, cuando corresponda):</b>	
La Sede, en coordinación con las Oficinas Regionales para las Américas y para Europa (visitas de inspección a los lugares de almacenamiento).	
<b>b) ¿Puede el personal actual aplicar la decisión? En caso negativo, explique los motivos en el apartado c) <i>infra</i>:</b>	
Aunque se requerirá una logística técnica y especializada, se puede obtener mediante la reubicación de funcionarios existentes.	

- 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):**

No se aplica.

- d) Plazos (indicar plazos amplios para las actividades de aplicación):**

La aplicación debería comenzar lo antes posible una vez que se haya adoptado la decisión. En la decisión no se indica una fecha concreta de finalización del programa.

---