



ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

65.^a ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD

GINEBRA, 21-26 DE MAYO DE 2012

**RESOLUCIONES Y DECISIONES
ANEXOS**

**GINEBRA
2012**

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 65.^a Asamblea Mundial de la Salud se celebró en el Palais des Nations, Ginebra, del 21 al 26 de mayo de 2012, de acuerdo con la decisión adoptada por el Consejo Ejecutivo en su 129.^a reunión.

ÍNDICE

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

RESOLUCIONES Y DECISIONES

Resoluciones

WHA65.1	Nombramiento de Director General	1
WHA65.2	Contrato del Director General.....	1
WHA65.3	Fortalecimiento de las políticas relativas a las enfermedades no transmisibles para fomentar un envejecimiento activo.....	1
WHA65.4	Carga mundial de trastornos mentales y necesidad de que el sector de la salud y el sector social respondan de modo integral y coordinado a escala de país.....	5
WHA65.5	Poliomielitis: intensificación de la iniciativa de erradicación mundial	9
WHA65.6	Plan integral de aplicación sobre nutrición de la madre, el lactante y el niño pequeño	11
WHA65.7	Aplicación de las recomendaciones de la Comisión de información y rendición de cuentas sobre la salud maternoinfantil	12
WHA65.8	Resultados de la Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud	14
WHA65.9	Situación sanitaria en el territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental, y en el Golán sirio ocupado.....	17
WHA65.10	Informe financiero y estados financieros comprobados sobre el ejercicio 1 de enero de 2010 - 31 de diciembre de 2011.....	20
WHA65.11	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	20
WHA65.12	Arreglos especiales para la liquidación de atrasos: ex-Yugoslavia	21

		Página
WHA65.13	Informe del Comisario de Cuentas	21
WHA65.14	Sueldos de los titulares de puestos sin clasificar y de la Directora General ..	22
WHA65.15	Elección de Director General de la Organización Mundial de la Salud: informe del Grupo de Trabajo	22
WHA65.16	Acuerdo con la Comisión de la Unión Africana	25
WHA65.17	Plan de acción mundial sobre vacunas	25
WHA65.18	Semana Mundial de la Inmunización	27
WHA65.19	Productos médicos de calidad subestándar, espurios, de etiquetado engañoso, falsificados o de imitación	28
WHA65.20	Respuesta de la OMS y función como organismo principal del Grupo de Acción Sanitaria en la atención de las crecientes demandas en materia de salud en las emergencias humanitarias	33
WHA65.21	Eliminación de la esquistosomiasis	37
WHA65.22	Seguimiento del informe del Grupo consultivo de expertos en investigación y desarrollo: financiación y coordinación	38
WHA65.23	Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005).....	40
 Decisiones		
WHA65(1)	Composición de la Comisión de Credenciales.....	44
WHA65(2)	Elección del Presidente y de los Vicepresidentes de la 65. ^a Asamblea Mundial de la Salud.....	44
WHA65(3)	Constitución de la Mesa de la Asamblea.....	44
WHA65(4)	Elección de la Mesa de las comisiones principales	44
WHA65(5)	Adopción del orden del día.....	45
WHA65(6)	Verificación de credenciales	45
WHA65(7)	Elección de Miembros facultados para designar una persona que forme parte del Consejo Ejecutivo	46
WHA65(8)	Prevención y control de las enfermedades no transmisibles: resultados 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	46
WHA65(9)	Reforma de la OMS.....	48

		Página
WHA65(10)	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	52
WHA65(11)	Designación del país o la zona en que se ha de reunir la 66. ^a Asamblea Mundial de la Salud.....	52

ANEXOS

1.	Contrato del Director General	55
2.	Plan de aplicación integral sobre nutrición materna, del lactante y del niño pequeño	57
3.	Acuerdo entre la Comisión de la Unión Africana y la Organización Mundial de la Salud.....	73
4.	Plan de acción mundial sobre vacunas	78
5.	Repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de las resoluciones y decisiones adoptadas por la Asamblea de la Salud	119

ORDEN DEL DÍA¹

SESIONES PLENARIAS

1. Apertura de la Asamblea de la Salud
 - 1.1 Establecimiento de la Comisión de Credenciales
 - 1.2 Elección de 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. Informe del Consejo Ejecutivo sobre sus reuniones 129.^a y 130.^a y sobre su reunión extraordinaria
3. Alocución de la Dra. Margaret Chan, Directora General
4. Director General
 - 4.1 Nombramiento
 - 4.2 Aprobación del contrato
5. Orador invitado
6. [suprimido]
7. Consejo Ejecutivo: elección
8. Premios
9. Informes de las comisiones principales
10. Clausura de la Asamblea

COMISIÓN A

11. Apertura de la Comisión²
12. Reforma de la OMS

¹ Adoptado en la segunda sesión plenaria.

² Incluida la elección de Vicepresidentes y de Relator.

13. Asuntos técnicos y sanitarios

13.1 Prevención y control de las enfermedades no transmisibles

- Resultados de la reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles y de la Primera Conferencia Ministerial Mundial sobre Modos de Vida Sanos y Control de las Enfermedades No Transmisibles
- Opciones y cronograma para fortalecer y facilitar las medidas multisectoriales encaminadas a prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles mediante alianzas
- Aplicación de la estrategia mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles y del plan de acción
- Aplicación del plan de acción para la prevención de la ceguera y la discapacidad visual evitables

13.2 Carga mundial de trastornos mentales y necesidad de que el sector de la salud y el sector social respondan de modo integral y coordinado a escala de país

13.3 Nutrición

- Nutrición materna, del lactante y del niño pequeño
- Nutrición de las mujeres en el periodo pregestacional, durante el embarazo y durante la lactancia

13.4 Matrimonios precoces y embarazos en la adolescencia y la juventud

13.5 Monitoreo del logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud

- Progresos logrados en el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud, y objetivos sanitarios mundiales para después de 2015
- Aplicación de las recomendaciones de la Comisión de información y rendición de cuentas sobre la salud maternoinfantil

13.6 Determinantes sociales de la salud: resultados de la Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud (Río de Janeiro, Brasil, octubre de 2011)

13.7 Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005)

13.8 Concentraciones multitudinarias de alcance mundial: implicaciones y oportunidades para la seguridad sanitaria mundial

- 13.9 Preparación para una gripe pandémica: intercambio de virus gripales y acceso a las vacunas y otros beneficios: informe sobre la labor del Grupo Asesor
- 13.10 Poliomielitis: intensificación de la iniciativa de erradicación mundial
- 13.11 Eliminación de la esquistosomiasis
- 13.12 Proyecto de plan de acción mundial sobre vacunas
- 13.13 Productos médicos de calidad subestándar, espurios, de etiquetado engañoso, falsificados o de imitación: informe del grupo de trabajo de Estados Miembros
- 13.14 Grupo consultivo de expertos en investigación y desarrollo: financiación y coordinación
- 13.15 Respuesta de la OMS y función como organismo principal del grupo de acción sanitaria en la atención de las crecientes demandas en materia de salud en las emergencias humanitarias
- 13.16 Informes sobre los progresos realizados

Sistemas de salud e investigación

- A. Fortalecimiento de los sistemas de salud (resoluciones WHA64.9, WHA64.8, WHA63.27 y WHA62.12 y WHA60.27)
- B. Función y responsabilidades de la OMS en las investigaciones sanitarias (resolución WHA63.21)
- C. Estrategia mundial y plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual (resolución WHA61.21)

Erradicación, prevención y control de enfermedades

- D. Erradicación de la viruela: destrucción de las reservas de virus variólico (resolución WHA60.1)
- E. Erradicación de la dracunculosis (resolución WHA64.16)
- F. Enfermedad de Chagas: control y eliminación (resolución WHA63.20)
- G. Hepatitis virales (resolución WHA63.18)
- H. Prevención y control de la tuberculosis multirresistente y la tuberculosis ultrarresistente (resolución WHA62.15)
- I. Cólera: mecanismos de control y prevención (resolución WHA64.15)
- J. Control de la tripanosomiasis africana humana (resolución WHA57.2)

- K. Estrategia mundial del sector de la salud contra el VIH/sida para 2011-2015 (resolución WHA64.14)
- L. Prevención y control de las infecciones de transmisión sexual: estrategia mundial (resolución WHA59.19)
- Otros asuntos
- M. Salud reproductiva: estrategia para acelerar el avance hacia el logro de los objetivos y metas internacionales de desarrollo (resolución WHA57.12)
- N. Fomento de las iniciativas en materia de inocuidad de los alimentos (resolución WHA63.3)
- O. Cambio climático y salud (resoluciones EB124.R5 y WHA61.19)
- P. Alianzas (resolución WHA63.10)
- Q. Multilingüismo: aplicación del plan de acción (resolución WHA61.12)

COMISIÓN B

- 14. Apertura de la Comisión¹
- 15. Situación sanitaria en el territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental, y en el Golán sirio ocupado
- 16. Asuntos presupuestarios y financieros
 - 16.1 Presupuesto por programas 2010-2011: evaluación de la ejecución
 - 16.2 Informe financiero y estados financieros comprobados sobre el ejercicio 1 de enero de 2010 - 31 de diciembre de 2011
 - 16.3 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
 - 16.4 [suprimido]
 - 16.5 Contribuciones de nuevos Miembros y Miembros Asociados
- 17. Asuntos de auditoría y supervisión
 - 17.1 Informe del Comisario de Cuentas

¹ Incluida la elección de Vicepresidentes y de Relator.

ORDEN DEL DÍA

- 17.2 Informe del Auditor Interno
 - 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 Nombramiento de representantes en el Comité de la Caja de Pensiones del Personal de la OMS
 - 19. Asuntos administrativos y jurídicos
 - 19.1 Elección de Director General de la Organización Mundial de la Salud: informe del grupo de trabajo
 - 19.2 Acuerdos con organizaciones intergubernamentales
 - 20. Colaboración dentro del sistema de las Naciones Unidas y con otras organizaciones intergubernamentales
-

LISTA DE DOCUMENTOS

A65/1 Rev.1	Orden del día ¹
A65/2	Informe del Consejo Ejecutivo sobre sus 129. ^a y 130. ^a reuniones y sobre su reunión extraordinaria
A65/3	Alocución de la Dra. Margaret Chan, Directora General, a la 65. ^a Asamblea Mundial de la Salud
A65/4 Rev.1	Director General Aprobación del contrato ²
A65/5	Reforma de la OMS Informe consolidado de la Directora General
A65/5 Add.1	Proyecto de Duodécimo Programa General de Trabajo: notas explicativas
A65/5 Add.2	Informe de evaluación independiente de la primera etapa
A65/5 Add.3	Proyecto de decisión presentado por la Secretaría
A65/6 y A65/6 Add.1	Resultados de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles y de la Primera Conferencia Ministerial Mundial sobre Modos de Vida Sanos y Control de las Enfermedades No Transmisibles
A65/7	Opciones y cronograma para fortalecer y facilitar las medidas multisectoriales encaminadas a prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles mediante alianzas
A65/8	Aplicación de la estrategia mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles y del plan de acción
A65/9	Aplicación del plan de acción para la prevención de la ceguera y la discapacidad visual evitables
A65/10	Carga mundial de trastornos mentales y necesidad de que el sector de la salud y el sector social respondan de modo integral y coordinado a escala de país
A65/11 y Corr.1	Nutrición. Materna, del lactante y del niño pequeño: proyecto de plan integral de aplicación ³

¹ Véase p. ix.

² Véase el anexo 1.

³ Véanse los anexos 2 y 5.

LISTA DE DOCUMENTOS

A65/12	Nutrición de las mujeres en el periodo pregestacional, durante el embarazo y durante la lactancia
A65/13	Matrimonios precoces y embarazos en la adolescencia y la juventud
A65/14	Progresos logrados en el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud y objetivos sanitarios mundiales para después de 2015
A65/15	Aplicación de las recomendaciones de la Comisión de información y rendición de cuentas sobre la salud maternoinfantil
A65/16	Determinantes sociales de la salud: resultados de la Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud (Río de Janeiro, Brasil, octubre de 2011)
A65/17 y Corr.1	Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005)
A65/17 Add.1	Informe sobre el desarrollo de las capacidades nacionales básicas requeridas de conformidad con el Reglamento
A65/17 Add.2	Proyecto de resolución presentado por la Secretaría
A65/17 Add.3	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 ¹
A65/18	Concentraciones multitudinarias de alcance mundial: implicaciones y oportunidades para la seguridad sanitaria mundial
A65/19	Preparación para una gripe pandémica: intercambio de virus gripales y acceso a las vacunas y otros beneficios: informe sobre la labor del Grupo Asesor
A65/20	Poliomielitis: intensificación de la iniciativa de erradicación mundial
A65/21	Eliminación de la esquistosomiasis
A65/22	Proyecto de plan de acción mundial sobre vacunas ²
A65/22 Add.1	Informe sobre las repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de las resoluciones cuya adopción se ha propuesto al Consejo Ejecutivo y la Asamblea de la Salud ¹

¹ Véase el anexo 5.

² Véanse los anexos 4 y 5.

A65/23	Productos médicos de calidad subestándar, espurios, de etiquetado engañoso, falsificados o de imitación: informe del Grupo de Trabajo de Estados Miembros
A65/24 y Corr.1	Grupo consultivo de expertos en investigación y desarrollo: financiación y coordinación
A65/25	Respuesta de la OMS y función como organismo principal del Grupo de Acción Sanitaria en la atención de las crecientes demandas en materia de salud en las emergencias humanitarias
A65/26	Informes sobre los progresos realizados
A65/27 Rev.1	Situación sanitaria en el territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental, y en el Golán sirio ocupado
A65/28	Presupuesto por programas 2010-2011: evaluación de la ejecución
A65/29	Informe financiero y estados financieros comprobados sobre el ejercicio 1 de enero de 2010 - 31 de diciembre de 2011
A65/29 Add.1	Anexo: Contribuciones voluntarias, por fondo y por donante, correspondientes al ejercicio 2010-2011
A65/30	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
A65/31	[documento cancelado]
A65/32	Informe del Comisario de Cuentas
A65/33	Informe del Auditor Interno
A65/34	Recursos humanos: informe anual
A65/35	Informe de la Comisión de Administración Pública Internacional
A65/36	Modificaciones del Estatuto del Personal y del Reglamento de Personal
A65/37	Nombramiento de representantes en el Comité de la Caja de Pensiones del Personal de la OMS
A65/38	Elección de Director General de la Organización Mundial de la Salud: informe del Grupo de Trabajo
A65/39	Colaboración dentro del sistema de las Naciones Unidas y con otras organizaciones intergubernamentales

LISTA DE DOCUMENTOS

A65/40	Reforma de la OMS Informe de la Directora General
A65/41	Contribuciones de nuevos Miembros y Miembros Asociados: Sudán del Sur
A65/42	Acuerdos con organizaciones intergubernamentales Acuerdo entre la Comisión de la Unión Africana y la Organización Mundial de la Salud ¹
A65/43	Reforma de la OMS Sexto informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 65.ª Asamblea Mundial de la Salud
A65/44	Presupuesto por programas para 2010-2011: evaluación de la ejecución Primer informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 65.ª Asamblea Mundial de la Salud
A65/45	Informe financiero y estados financieros comprobados sobre el ejercicio 1 de enero de 2010 - 31 de diciembre de 2011 Segundo informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 65.ª Asamblea Mundial de la Salud
A65/46	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 y contribuciones de nuevos Miembros y Miembros Asociados: Sudán del Sur Tercer informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 65.ª Asamblea Mundial de la Salud
A65/47	Informe del Comisario de Cuentas Cuarto informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 65.ª Asamblea Mundial de la Salud
A65/48	Informe del Auditor Interno Quinto informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 65.ª Asamblea Mundial de la Salud
A65/49	Recursos humanos: informe anual Séptimo informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 65.ª Asamblea Mundial de la Salud
A65/50	Primer informe de la Comisión A

¹ Véase el anexo 3.

A65/51	Comisión de Credenciales Primer informe
A65/52	Elección de Miembros facultados para designar una persona que forme parte del Consejo Ejecutivo
A65/53	Primer informe de la Comisión B
A65/54	Segundo informe de la Comisión A
A65/55	Tercer informe de la Comisión A
A65/56	Segundo informe de la Comisión B
A65/57	Tercer informe de la Comisión B
A65/58	Cuarto informe de la Comisión A

Documentos de información

A65/INF.DOC./1	Director General Nota del Asesor Jurídico
A65/INF.DOC./2	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)
A65/INF.DOC./3	Situación sanitaria en el territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental, y en el Golán sirio ocupado (informe del Ministerio de Salud de Israel)
A65/INF.DOC./4	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)
A65/INF.DOC./5	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 2011)
A65/INF.DOC./6	Reforma de la OMS Ejecución de alto nivel y marco de seguimiento

Documentos varios

A65/DIV/1 Rev.1	Lista de delegados y otros participantes
A65/DIV/2	Guía para los delegados en la Asamblea Mundial de la Salud
A65/DIV/3	Decisiones y lista de resoluciones

LISTA DE DOCUMENTOS

A65/DIV/4	Lista de documentos
A65/DIV/5	Discurso de Su Alteza Real la Princesa Lalla Salma a la 65. ^a Asamblea Mundial de la Salud
A65/DIV/6	Alocución del Sr. Jonas Gahr Støre, Ministro de Asuntos Exteriores de Noruega, a la 65. ^a Asamblea Mundial de la Salud

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

Presidente

Profesora Thérèse Aya N'DRI-YOMAN
(Côte d'Ivoire)

Vicepresidentes

Dra. Esperanza MARTÍNEZ (Paraguay)
Dr. Andrei USATII (República
de Moldova)
Profesor ALI GHUFRON MUKTI
(Indonesia)
Dra. Suraya DALIL (Afganistán)
Sr. Charles SIGOTO (Islas Salomón)

Secretario

Dra. Margaret CHAN, Directora General

Comisión de Credenciales

La Comisión de Credenciales estuvo integrada por delegados de los Estados Miembros siguientes: Emiratos Árabes Unidos, Guyana, Islas Marshall, Kirguistán, Luxemburgo, Malawi, México, Níger, San Marino, Santo Tomé y Príncipe, Tailandia y Viet Nam.

Presidente: Dra. TRAN THI GIANG
HUONG (Viet Nam)

Vicepresidente: Dr. Robert GOERENS
(Luxemburgo)

Secretario: Sra. Françoise
MOURAIN-SCHUT, Asesora Jurídica

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: Bahamas, Camboya, Chad, China, Cuba, Dinamarca, Djibouti, Estados Unidos de América, Federación de Rusia, Francia, Kenya, Lesotho, Liberia, Mauritania, Nicaragua, Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, Turkmenistán.

Presidente: Profesora Thérèse Aya
N'DRI-YOMAN (Côte d'Ivoire)

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. Lyonpo Zangley DUKPA
(Bhután)

Vicepresidentes: Dr. Fenton FERGUSON
(Jamaica) y Sr. Herbert BARNARD
(Países Bajos)

Relator: Dr. Mohamed JIDDAWI (República
Unida de Tanzania)

Secretario: Dr. Manuel DAYRIT, Asesor,
Oficina de la Directora General

Comisión B

Presidente: Profesor Mohammad Hossein
NICKNAM (República Islámica del Irán)

Vicepresidentes: Profesor Charles Kondi
AGBA (Togo) y Dr. Enrique TAYAG
(Filipinas)

Relator: Dr. Paul GULLY (Canadá)

Secretario: Dr. Clive ONDARI, Coordinador,
Acceso a los Medicamentos y Uso Racional

RESOLUCIONES

WHA65.1 Nombramiento de Director General

La 65.^a Asamblea Mundial de la Salud,

A propuesta del Consejo Ejecutivo,

NOMBRA Directora General de la Organización Mundial de la Salud a la Dra. Margaret Chan.

(Séptima sesión plenaria, 23 de mayo de 2012)

WHA65.2 Contrato del Director General

La 65.^a Asamblea Mundial de la Salud,

I

En virtud del Artículo 31 de la Constitución y del artículo 107 del Reglamento Interior de la Asamblea Mundial de la Salud,

APRUEBA el contrato que fija los términos y condiciones del nombramiento, el sueldo y los demás emolumentos correspondientes al cargo de Director General;¹

II

En virtud del artículo 110 del Reglamento Interior de la Asamblea Mundial de la Salud,

AUTORIZA al Presidente de la 65.^a Asamblea Mundial de la Salud para que firme dicho contrato en nombre de la Organización.

(Séptima sesión plenaria, 23 de mayo de 2012)

WHA65.3 Fortalecimiento de las políticas relativas a las enfermedades no transmisibles para fomentar un envejecimiento activo²

La 65.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe sobre los resultados 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 y de la Primera Conferencia Ministerial Mundial sobre Modos de Vida Sanos y Control de las

¹ Véase el anexo 1.

² En el anexo 5 se exponen las repercusiones financieras y administrativas de esta resolución para la Secretaría.

Enfermedades No Transmisibles¹ así como el informe sobre la aplicación de la estrategia mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles y del plan de acción;²

Teniendo presentes la Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles, la Declaración de Moscú adoptada en la Primera Conferencia Ministerial Mundial sobre Modos de Vida Sanos y Control de las Enfermedades No Transmisibles (Moscú, 28 y 29 de abril de 2011), y la resolución WHA64.11 sobre los 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;

Recordando asimismo la reunión de seguimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (Tokio, 2 y 3 de junio de 2011), en la que participaron más de 110 países, alrededor de 20 organizaciones regionales o del sistema de las Naciones Unidas y organizaciones de la sociedad civil, y en la que hubo acuerdo en que las enfermedades no transmisibles no solo constituyen nuevos desafíos mundiales para los años posteriores a 2015 sino que también amenazan la consecución de los objetivos de desarrollo internacionalmente acordados, en particular los Objetivos de Desarrollo del Milenio;

Observando que, según las estimaciones, de los 57 millones de defunciones ocurridas en el mundo en 2008, 36 millones se debieron a enfermedades no transmisibles, como las enfermedades cardiovasculares, los cánceres, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes, provocadas en gran medida por cuatro factores de riesgo comunes, a saber, el consumo de tabaco, el uso nocivo del alcohol, una dieta malsana y la falta de actividad física, y que casi el 80% de esas defunciones se produjeron en países en desarrollo;

Observando asimismo que con el aumento de la prevalencia de las enfermedades no transmisibles entre las personas de edad se hace urgente la necesidad de prevenir las discapacidades relacionadas con las enfermedades no transmisibles y de planificar la atención a largo plazo;

Observando además, con honda preocupación, que el envejecimiento es uno de los importantes factores que coadyuvan al aumento de la incidencia y la prevalencia de las enfermedades no transmisibles, principales causas de morbilidad y discapacidad;

Observando también que la población de edad habría de tener acceso a una medicina asequible para reforzar el envejecimiento saludable;

Observando asimismo el cambio demográfico que supone el aumento de la población mundial de 60 años o más a un ritmo más de tres veces superior a la tasa de crecimiento demográfico general, y que esa población llegará a ser de unos 1200 millones de personas en 2025; observando también que el envejecimiento de la población tiene consecuencias económicas y de salud pública, en particular el aumento de las tasas de las enfermedades no transmisibles, y reconociendo la importancia de las actividades de fomento de la salud y prevención de la enfermedad a lo largo de la vida, capaces de prevenir o retrasar, por ejemplo, la aparición y la gravedad de las enfermedades no transmisibles y promover el envejecimiento saludable;

Recordando las resoluciones WHA52.7 y WHA58.16 relativas al envejecimiento activo, en las que se instaba a los Estados Miembros a adoptar medidas que aseguren a la rápidamente creciente población de ciudadanos de edad avanzada de los países tanto desarrollados como en desarrollo el grado máximo de salud y bienestar que se pueda lograr;

¹ Documentos A65/6 y A65/6 Add.1.

² Documento A65/8.

Recordando igualmente la resolución 57/167 de la Asamblea General de las Naciones Unidas, en la que la Asamblea General hizo suyos la Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles y el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (2002), así como otras resoluciones pertinentes sobre el envejecimiento;

Observando que en la Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles se reconoce que los trastornos mentales y neurológicos, incluida la enfermedad de Alzheimer, son una causa importante de la morbilidad y contribuyen a la carga mundial de las enfermedades no transmisibles, por lo que es necesario proporcionar un acceso equitativo a los programas e intervenciones eficaces de salud a toda la población, desde las edades tempranas;

Reconociendo la importancia de los criterios basados en el género, la solidaridad y el apoyo mutuo para el desarrollo social, así como de la realización de los derechos humanos de las personas de edad, del fomento de una buena calidad de vida, la equidad sanitaria y la prevención de la discriminación por motivos de edad, y de la promoción de la integración social de los ciudadanos de edad;

Reconociendo el valor de la Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud, en la que se expresa la determinación de lograr una equidad social y sanitaria mediante la actuación sobre los determinantes sociales de la salud y del bienestar, aplicando un enfoque intersectorial integral;

Tomando nota del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco y de las estrategias y planes de acción de la OMS conexos, en que se subraya la importancia de abordar los factores de riesgo comunes de las enfermedades no transmisibles;

Saludando la atención prioritaria que la OMS concede a la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles mediante las actividades de salud pública, un enfoque basado en la atención primaria de salud y el fortalecimiento integral de los sistemas de salud,

1. INSTA a los Estados Miembros:¹

- 1) a que preparen y pongan en práctica políticas, programas y actividades multisectoriales en materia de prevención de las enfermedades transmisibles y fomento de la salud, y los vigilen y evalúen, a fin de reforzar las políticas y programas relativos al envejecimiento saludable y lograr el grado máximo posible de salud y bienestar para las personas de edad avanzada;
- 2) a que fortalezcan los marcos normativos intersectoriales y los mecanismos institucionales, según proceda, con miras a la gestión integrada de la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, incluidos los servicios de promoción de la salud y de atención de salud y de bienestar social, a fin de subvenir a las necesidades de las personas de edad avanzada;
- 3) a que velen, cuando proceda, por que las estrategias sanitarias nacionales referentes a las enfermedades no transmisibles contribuyan a la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio;

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

4) a que fomenten, cuando proceda, las condiciones que permitan a las personas, los cuidadores, las familias y las comunidades alentar el envejecimiento saludable, con inclusión de la atención, el apoyo y la protección de las personas de edad avanzada, teniendo en cuenta los aspectos físicos y psicológicos del envejecimiento, y se centren en los planteamientos intergeneracionales;

5) a que alienten la participación activa de las personas de edad en la sociedad y en su comunidad local;

6) a que refuercen las relaciones de cooperación y asociación entre los Estados Miembros¹ en todos los niveles de gobierno, entre los interesados directos, las instituciones universitarias, las fundaciones de investigación, el sector privado y la sociedad civil con objeto de ejecutar con eficacia los planes y programas;

7) a que destaquen la importancia de aplicar un planteamiento basado en la atención primaria de salud en la planificación sanitaria nacional, en estrecha colaboración con los servicios sociales, y de posibilitar la integración de la promoción de la salud así como la prevención y el control de las enfermedades transmisibles en las políticas relativas al envejecimiento;

8) a que alienten la facilitación de medidas y recursos para promover la salud, brindar atención sanitaria y protección social a la población con miras a un envejecimiento saludable y activo, prestando especial atención al acceso a una medicina asequible y a la importancia de la formación, la educación y la creación de capacidad del personal sanitario en colaboración con la OMS y los asociados;

9) a que sigan fortaleciendo la vigilancia y evaluación de los sistemas de generación y análisis de datos sobre las enfermedades no transmisibles, desglosados por edad, sexo y nivel socioeconómico, con objeto de elaborar políticas y planes equitativos y basados en pruebas científicas en provecho de las personas de edad avanzada;

2. PIDE a la Directora General:

1) que preste apoyo a los Estados Miembros para que promuevan y faciliten el cumplimiento de los compromisos contraídos en las conferencias y cumbres pertinentes de las Naciones Unidas sobre las enfermedades no transmisibles y el envejecimiento;

2) que preste apoyo a los Estados Miembros para que hagan hincapié en la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades a lo largo de toda la vida, empezando en la fase más temprana posible, con inclusión de enfoques multilaterales del envejecimiento saludable, la atención integrada de las personas de edad y el apoyo a los prestadores de servicios formales e informales de bienestar;

3) que preste apoyo a los Estados Miembros en la elaboración de políticas y programas de acceso a una medicina asequible para las personas de edad;

4) que también preste apoyo a los Estados Miembros para que creen una mayor conciencia acerca del envejecimiento saludable y activo y acerca de los aspectos positivos del envejecimiento, por medios que comprendan políticas especialmente referidas al envejecimiento así como la incorporación del tema del envejecimiento a sus estrategias nacionales;

5) que apoye el mejoramiento de los sistemas nacionales de vigilancia de las enfermedades no transmisibles, cuando proceda, y continúe desarrollando un sistema mundial de vigilancia integral

para la prevención y el control de esas enfermedades que permita seguir de cerca las tendencias con el fin de vigilar los progresos que se hagan en la aplicación de la Declaración Política;

6) que aumente el grado de prioridad que se concede a la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en el orden del día de los foros y reuniones pertinentes de dirigentes nacionales e internacionales, en previsión de un programa mundial de desarrollo posterior a 2015;

7) que considere la posibilidad de centrar el *Informe sobre la salud en el mundo 2014* en la situación mundial respecto del envejecimiento, reconociendo la importancia de fortalecer los sistemas de información mediante la inclusión de los adultos mayores en las tareas de recolección, análisis y difusión de datos e información sobre el estado de salud y los factores de riesgo;

8) que informe a la 66.^a Asamblea Mundial de la Salud, por conducto del Consejo Ejecutivo, sobre los progresos realizados en la aplicación de la presente resolución.

(Novena sesión plenaria, 25 de mayo de 2012 -
Comisión A, primer informe)

WHA65.4 Carga mundial de trastornos mentales y necesidad de que el sector de la salud y el sector social respondan de modo integral y coordinado a escala de país¹

La 65.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe sobre la carga mundial de trastornos mentales y necesidad de que el sector de la salud y el sector social respondan de modo integral y coordinado a escala de país;²

Recordando la resolución WHA55.10, en la que, entre otras cosas, se instaba a los Estados Miembros a aumentar las inversiones en salud mental, dentro de los países y en el marco de la cooperación bilateral y multilateral, como parte integrante del bienestar de las poblaciones;

Recordando asimismo la resolución 65/95 de la Asamblea General de las Naciones Unidas, en la que se reconocía que «los problemas de salud mental tienen una gran importancia en todas las sociedades, contribuyen de forma significativa a la carga que suponen las enfermedades y a la pérdida de calidad de vida y suponen unos enormes costos económicos y sociales», y en la que también se acogía con beneplácito el informe de la Organización Mundial de la Salud sobre salud mental y desarrollo, en el que se subraya la falta de atención apropiada a la salud mental y se afirma la necesidad de que los gobiernos y los actores del desarrollo tengan en cuenta a las personas que padecen trastornos mentales en el diseño de estrategias y programas que incluyan a dichas personas en las políticas de educación, empleo, salud, protección social y lucha contra la pobreza;

Tomando nota de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles (Nueva York, 19 y 20 de septiembre de 2011), en la que se reconoció que los trastornos mentales y neurológicos, incluida la enfermedad de Alzheimer, son una causa importante de la morbilidad y contribuyen a la carga mundial de las enfermedades no transmi-

¹ En el anexo 5 se exponen las repercusiones financieras y administrativas de esta resolución para la Secretaría.

² Documento A65/10.

bles, por lo que es necesario proporcionar un acceso equitativo a los programas e intervenciones eficaces de salud;

Reconociendo que los trastornos mentales pueden causar discapacidades, como se expresa en la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, de las Naciones Unidas, en la cual también se señala que la discapacidad resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que dificultan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás, y que en el *Informe mundial sobre la discapacidad 2011* se enuncian los pasos que deben darse para mejorar la participación e inclusión de las personas con discapacidades, incluidas las que tienen discapacidades mentales;

Reconociendo asimismo que los trastornos mentales se encuadran en un abanico más amplio que incluye los trastornos neurológicos y los derivados del consumo de sustancias, que son asimismo una causa importante de discapacidad y exigen una respuesta coordinada del sector de la salud y el sector social;

Preocupada porque millones de personas en el mundo entero padecen trastornos mentales, porque en 2004 estos trastornos representaban el 13% de la carga de morbilidad mundial, en forma de muertes prematuras y años perdidos por discapacidad, y también porque, cuando solo se toma en cuenta el componente de discapacidad al calcular la carga de morbilidad, los trastornos mentales representan el 25,3% y el 33,5% de los años perdidos por discapacidad en los países de ingresos bajos y de ingresos medios, respectivamente;

Preocupada también porque la exposición a emergencias humanitarias es un poderoso factor de riesgo de problemas de salud mental y traumas psicológicos, y provoca perturbaciones de las estructuras sociales y de la atención formal e informal prestada a las personas que ya padecían trastornos mentales graves;

Reconociendo además que el déficit de tratamiento de los trastornos mentales es elevado en el mundo entero, y que en los países de ingresos bajos y medios entre el 76% y el 85% de las personas con trastornos mentales graves no reciben tratamiento alguno para esas afecciones, y que las cifras correspondientes a los países de ingresos altos, aunque inferiores, entre un 35% y un 50%, también son elevadas;

Reconociendo por añadidura que cierto número de trastornos mentales son prevenibles y que la salud mental se puede promover en el sector de la salud y en sectores ajenos al de la salud;

Preocupada porque las personas con trastornos mentales a menudo son estigmatizadas, y subrayando la necesidad de que las autoridades sanitarias colaboren con los grupos pertinentes para cambiar las actitudes respecto de los trastornos mentales;

Observando además que cada vez hay más datos sobre la eficacia y la costoeficacia de las intervenciones encaminadas a promover la salud mental y prevenir los trastornos mentales, en particular entre los niños y los adolescentes;

Observando igualmente que los trastornos mentales a menudo se asocian a enfermedades no transmisibles y a varias otras cuestiones sanitarias prioritarias tales como el VIH/sida, la salud maternoinfantil o la violencia y las lesiones, y que a menudo los trastornos mentales coexisten con otros factores médicos y sociales, como la pobreza, el abuso de sustancias, el consumo nocivo de alcohol y, en el caso de las mujeres y los niños, una mayor exposición a situaciones de violencia y malos tratos en el hogar;

Reconociendo que ciertas poblaciones viven en una situación que las hace particularmente vulnerables a contraer enfermedades mentales, con las consecuencias del caso;

Reconociendo asimismo que las consecuencias sociales y económicas de los trastornos mentales, incluidas las discapacidades mentales, son diversas y de gran alcance;

Teniendo en cuenta la labor ya realizada por la OMS en materia de salud mental, en particular por conducto del Programa de Acción Mundial en Salud Mental,

1. INSTA a los Estados Miembros:

1) a que, según las prioridades nacionales y en el marco de sus contextos específicos, elaboren y refuercen políticas y estrategias integrales referentes a la promoción de la salud mental, la prevención de los trastornos mentales, y la identificación temprana, la atención, el apoyo, el tratamiento y la recuperación de las personas con trastornos mentales;

2) a que incluyan en la formulación de políticas y estrategias la necesidad de promover los derechos humanos, luchar contra la estigmatización, otorgar plenos poderes a los usuarios de los servicios, las familias y las comunidades, luchar contra la pobreza y la carencia de vivienda, afrontar los principales riesgos modificables y, según proceda, promover la sensibilización del público, crear oportunidades para generar más ingresos, proporcionar vivienda y educación, proporcionar servicios de atención de salud e intervenciones de base comunitaria, incluida la atención sin internamiento;

3) a que desarrollen, según proceda, marcos de vigilancia que incluyan factores de riesgo así como determinantes sociales de la salud para analizar y evaluar las tendencias relativas a los trastornos mentales;

4) a que otorguen la debida prioridad a la salud mental y la racionalicen, con inclusión de su promoción, la prevención y la atención de los trastornos mentales, el apoyo y el tratamiento en los programas relativos a la salud y el desarrollo, y a que asignen recursos apropiados a este respecto;

5) a que colaboren con la Secretaría en la elaboración de un plan de acción integral sobre salud mental;

2. PIDE a la Directora General:

1) que refuerce la promoción y, en consulta con los Estados Miembros y para someterlo a su consideración, prepare un plan de acción integral sobre salud mental con resultados mensurables, basado en la determinación de las vulnerabilidades y los riesgos, que abarque los servicios, políticas, leyes, planes, estrategias y programas para proporcionar tratamiento, facilitar la recuperación y prevenir los trastornos mentales, promover la salud mental y habilite a las personas con trastornos mentales para que puedan llevar una vida plena y productiva en el seno de la comunidad;

2) que en el plan de acción integral sobre salud mental incluya disposiciones referentes a lo siguiente:

a) la determinación de las vulnerabilidades y los riesgos como base para trazar el plan de acción integral sobre salud mental;

b) la protección, la promoción y el respeto de los derechos de las personas con trastornos mentales, incluida la necesidad de afrontar su estigmatización;

- c)* el acceso equitativo a servicios de salud asequibles, de calidad e integrales que integren la salud mental en todos los niveles del sistema de atención de salud;
 - d)* el desarrollo de recursos humanos competentes, sensibles y suficientes para prestar servicios de salud mental de forma equitativa;
 - e)* la promoción de un acceso equitativo a la atención de salud mental, con inclusión de intervenciones psicosociales y de medicación y atendiendo a las necesidades de la atención de la salud física;
 - f)* el fortalecimiento de las iniciativas, incluso de carácter normativo, de promoción de la salud mental y de prevención de los trastornos mentales;
 - g)* el acceso a los servicios docentes y sociales, con inclusión de la atención sanitaria, la escolarización, la vivienda, la obtención de empleo y la participación en los programas de generación de ingresos;
 - h)* la intervención de las organizaciones de la sociedad civil, personas con trastornos mentales, familias y cuidadores en la expresión de sus opiniones en los procesos de adopción de decisiones;
 - i)* el diseño y el establecimiento de sistemas de salud mental y apoyo psicosocial que faciliten la resiliencia de la comunidad y ayuden a la población a afrontar las emergencias humanitarias;
 - j)* la participación de las personas con trastornos mentales en la vida de la familia y la comunidad y en los asuntos cívicos;
 - k)* el diseño de mecanismos para hacer partícipes a los sectores de la educación, el empleo y otros sectores pertinentes de los Estados Miembros en la aplicación del plan de acción sobre salud mental; y
 - l)* el aprovechamiento de la labor realizada y la evitación de duplicidades;
- 3) que colabore con los Estados Miembros, y, según proceda, con las organizaciones no gubernamentales internacionales, regionales y nacionales, los asociados internacionales para el desarrollo y los organismos técnicos asociados, en la elaboración del plan de acción sobre salud mental;
- 4) que trabaje con los Estados Miembros y los organismos técnicos en la promoción del intercambio académico, para contribuir por ese conducto a la formulación de políticas de salud mental;
- 5) que presente el plan de acción integral sobre salud mental a la consideración de la 66.^a Asamblea Mundial de la Salud, por conducto del Consejo Ejecutivo en su 132.^a reunión.

(Novena sesión plenaria, 25 de mayo de 2012 -
Comisión A, primer informe)

WHA65.5 Poliomielitis: intensificación de la iniciativa de erradicación mundial¹

La 65.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe titulado «Poliomielitis: intensificación de la iniciativa de erradicación mundial»;²

Recordando la resolución WHA61.1 titulada «Poliomielitis: mecanismo de gestión de los riesgos potenciales para la erradicación», en la que, entre otras cosas, se pedía a la Directora General que preparara una nueva estrategia encaminada a revigorizar la lucha para erradicar la poliomielitis de los países que figuren aún estando afectados y desarrollara estrategias y productos adecuados para gestionar el riesgo a largo plazo de reintroducción de poliovirus y de reaparición de la poliomielitis, tales como la relacionada con el cese del uso de la vacuna antipoliomielítica oral en los programas de inmunización sistemática;

Reconociendo la necesidad de movilizar rápidamente los recursos financieros necesarios para erradicar los poliovirus circulantes que quedan y reducir al mínimo el riesgo de reintroducción de poliovirus y de reaparición de la poliomielitis tras la interrupción de la transmisión de poliovirus salvajes;

Observando la conclusión de la Junta de Seguimiento Independiente de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis en su informe de octubre de 2011 de que «sencillamente no se logrará erradicar la poliomielitis si no se le concede mayor prioridad en muchos de los países afectados por la enfermedad, y en el mundo entero»³ y la recomendación que formula en su informe de abril de 2011 de que la Asamblea Mundial de la Salud «considere la posibilidad de adoptar una resolución para declarar que la persistencia de la poliomielitis representa una emergencia sanitaria mundial»;

Observando el informe de la reunión de noviembre de 2011 del Grupo de Expertos de Asesoramiento Estratégico en materia de inmunización en el que «afirma inequívocamente que el riesgo de no lograr la erradicación mundial de la poliomielitis constituye una emergencia programática de alcance mundial para la salud pública y no es aceptable bajo ninguna circunstancia»;¹

Reconociendo la necesidad de que los Estados Miembros recaben la colaboración de todos los sectores de la sociedad civil y política, de manera que se logre vacunar a todos los niños con el fin de erradicar la poliomielitis;

Habiendo observado los elevados costos y los suministros limitados actuales de la vacuna con poliovirus inactivados que están obstaculizando la introducción y la ampliación del uso de esta vacuna, lo que acarrea importantes consecuencias programáticas y financieras para los países en desarrollo;

Observando que la viabilidad técnica de la erradicación de los poliovirus ha sido demostrada con la plena aplicación de nuevos enfoques estratégicos;

Observando que la persistencia de la transmisión de poliovirus en cualquier lugar seguirá suponiendo un riesgo para las zonas libres de poliomielitis mientras no se haya interrumpido totalmente la transmisión del poliovirus en el mundo entero,

¹ En el anexo 5 se exponen las repercusiones financieras y administrativas de esta resolución para la Secretaría.

² Documento A65/20.

³ Polio eradication, *Weekly epidemiological record*, 2012, **87**(1):1-16.

1. DECLARA que lograr la erradicación de los poliovirus constituye una emergencia programática para la salud pública mundial que requiere la plena aplicación de las estrategias de erradicación actuales y nuevas, el establecimiento de mecanismos nacionales de vigilancia y rendición de cuentas robustos para todas las zonas afectadas por poliovirus, y el cumplimiento de las recomendaciones oportunas en materia de vacunación por parte de todas las personas que viajan a zonas afectadas por poliovirus o regresan de ellas;¹

2. INSTA a los Estados Miembros en que existe transmisión de poliovirus a que declaren esa transmisión «emergencia nacional de salud pública» y conviertan la erradicación de los poliovirus en un programa nacional prioritario, lo cual requiere la elaboración y aplicación cabal de planes de acción de emergencia que se actualicen cada seis meses, hasta la interrupción de la transmisión;

3. INSTA a todos los Estados Miembros:
 - 1) a que acaben con la existencia de zonas carentes de inmunización y mantengan muy alta la inmunidad de la población contra los poliovirus mediante programas de inmunización sistemática y, cuando proceda, con actividades suplementarias de inmunización;

 - 2) a que continúen vigilando las importaciones de poliovirus y la aparición de poliovirus circulantes de origen vacunal, alcanzando y manteniendo el nivel de vigilancia de los poliovirus necesario para la certificación y realizando evaluaciones periódicas del riesgo;

 - 3) a que proporcionen urgentemente los recursos financieros necesarios para que se sigan aplicando plenamente, hasta el final de 2013, los enfoques estratégicos adecuados para interrumpir la transmisión de poliovirus salvajes a nivel mundial, y a que comiencen a planificar la financiación hasta finales de 2018 de la estrategia para la fase final de la poliomiélitis;

 - 4) a que participen en la cooperación multilateral y bilateral, en particular el intercambio de información epidemiológica y de datos sobre la monitorización de laboratorio y la realización simultánea de actividades suplementarias de inmunización, según proceda;

4. PIDE a la Directora General:
 - 1) que planifique la aplicación renovada hasta 2013 de los enfoques destinados a erradicar los poliovirus salvajes que se indican en el Plan Estratégico de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomiélitis 2010-2012 y de cualquier táctica nueva que se considere necesaria para lograr la erradicación, como la mejora de la iniciativa de erradicación existente en la Organización;

 - 2) que refuerce los mecanismos de rendición de cuentas y monitorización para garantizar una aplicación óptima de las estrategias de erradicación a todos los niveles;

 - 3) que inicie y concluya en un plazo breve la elaboración y el examen científico de una estrategia integral para la erradicación y la fase final de la poliomiélitis, e informe a los Estados Miembros del posible momento para el cambio de la vacuna antipoliomiéltica oral trivalente a la vacuna bivalente en todos los programas de inmunización sistemática, y se incluyan las hipótesis presupuestarias hasta el final de 2018 en las que se tenga en cuenta la gestión de riesgos;

¹ *Viajes internacionales y salud*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, edición de 2012.

- 4) que coordine a todos los asociados pertinentes, incluidos los fabricantes de vacunas, para fomentar la investigación, la producción y el suministro de vacunas, en particular la vacuna con poliovirus inactivado, con el fin de aumentar su asequibilidad, eficacia y accesibilidad;
- 5) que siga movilizando y desplegando los recursos financieros y humanos adecuados para aplicar los enfoques estratégicos necesarios hasta 2013 con miras a la erradicación de los poliovirus salvajes y a la posible puesta en práctica de una estrategia para la fase final de la poliomielitis hasta finales de 2018;
- 6) que informe a la 66.^a Asamblea Mundial de la Salud y a las dos Asambleas de la Salud siguientes, por conducto del Consejo Ejecutivo, sobre los progresos en la aplicación de la presente resolución.

(Décima sesión plenaria, 26 de mayo de 2012 -
Comisión A, tercer informe)

WHA65.6 Plan integral de aplicación sobre nutrición de la madre, el lactante y el niño pequeño¹

La 65.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo considerado el informe sobre nutrición materna, del lactante y del niño pequeño: proyecto de plan integral de aplicación,²

1. RESPALDA el plan integral de aplicación sobre nutrición materna, del lactante y del niño pequeño;³
2. INSTA a los Estados Miembros⁴ a que pongan en práctica, según proceda, el plan integral de aplicación sobre nutrición materna, del lactante y del niño pequeño y, en particular:
 - 1) a que elaboren o fortalezcan las políticas de nutrición con el fin de que aborden integralmente la doble carga de la malnutrición, incluyan medidas nutricionales en la política de salud y desarrollo general del país y establezcan mecanismos eficaces de gobernanza intersectorial con el fin de ampliar la aplicación de medidas nutricionales, haciendo especial hincapié en el marco de la estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño;
 - 2) a que elaboren o, cuando sea necesario, fortalezcan medidas legislativas, de reglamentación y de otra índole que sean eficaces para controlar la comercialización de los sucedáneos de la leche materna;
 - 3) a que entablen un diálogo con partes nacionales e internacionales pertinentes, formen alianzas para ampliar las acciones en materia de nutrición y establezcan mecanismos adecuados de protección contra posibles conflictos de intereses;

¹ En el anexo 5 se exponen las repercusiones financieras y administrativas de esta resolución para la Secretaría.

² Documento A65/11.

³ Véase el anexo 2.

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

- 4) a que establezcan una estrategia integral de creación de capacidad que incluya el desarrollo del personal;
3. PIDE a la Directora General:
- 1) que proporcione aclaraciones y orientaciones sobre la promoción inadecuada de los alimentos para lactantes y niños pequeños, tal como se establece en la resolución WHA63.23, teniendo en cuenta la labor en marcha de la Comisión del Codex Alimentarius;
 - 2) que apoye a los Estados Miembros en la vigilancia y evaluación de políticas y programas, en particular los de la estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño, con las evidencias más recientes en materia de nutrición;
 - 3) que elabore instrumentos de evaluación, divulgación y gestión de riesgos que protejan de los posibles conflictos de intereses en la formulación de políticas y la aplicación de programas de nutrición, de manera congruente con las políticas y prácticas generales de la OMS;
 - 4) que informe a la 67.^a Asamblea Mundial de la Salud, por conducto del Consejo Ejecutivo, acerca de los progresos realizados en la aplicación del plan integral, junto con el informe sobre la aplicación del Código Internacional de Comercialización de los Sucedáneos de la Leche Materna y otras resoluciones conexas de la Asamblea de la Salud.

(Décima sesión plenaria, 26 de mayo de 2012 -
Comisión A, tercer informe)

WHA65.7 Aplicación de las recomendaciones de la Comisión de información y rendición de cuentas sobre la salud maternoinfantil¹

La 65.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo considerado el informe sobre la aplicación de las recomendaciones de la Comisión de información y rendición de cuentas sobre la salud maternoinfantil;²

Recordando las resoluciones WHA63.15, sobre el monitoreo del logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud, y WHA64.12, sobre la 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);

Expresando su profunda inquietud porque los progresos realizados hacia la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio 4 y 5, sobre la reducción de la mortalidad en la niñez y la mejora de la salud materna, respectivamente, son inadecuados;

Reconociendo lo mucho que queda por llevar a cabo para lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio, habida cuenta del desequilibrio de los progresos realizados, entre las regiones y los países y dentro de estos, pese a los significativos esfuerzos desplegados por los países en desarrollo;

¹ En el anexo 5 se exponen las repercusiones financieras y administrativas de esta resolución para la Secretaría.

² Documento A65/15.

Reconociendo las promesas y los compromisos de un gran número de Estados Miembros con respecto a la Estrategia Mundial del Secretario General de las Naciones Unidas para la Salud de la Mujer y el Niño desde su presentación en septiembre de 2010;

Acogiendo con agrado el informe definitivo de la Comisión de información y rendición de cuentas sobre la salud maternoinfantil y el conjunto de recomendaciones audaces que se formulan en él para reforzar la rendición de cuentas en lo que se refiere a los recursos y resultados en materia de salud de la madre y el niño;

Encomiando la labor y las contribuciones de la Comisión de información y rendición de cuentas sobre la salud maternoinfantil, en particular la elaboración de un marco de rendición de cuentas apoyado en tres procesos interconectados (monitoreo, revisión y actuación);

Observando que las recomendaciones clave tienen que ver con el fortalecimiento de los procesos nacionales de rendición de cuentas respecto de los recursos y del monitoreo de los resultados;

Acogiendo con agrado las medidas adoptadas para aplicar las recomendaciones de la Comisión de información y rendición de cuentas sobre la salud maternoinfantil, incluida la elaboración de un plan de trabajo para la aplicación del marco de rendición de cuentas en el que intervengan múltiples partes interesadas;

Saludando el establecimiento de un mecanismo mundial de examen que informe anualmente al Secretario General;

Reafirmando la función esencial que incumbe a la OMS en la aplicación y el seguimiento de las recomendaciones de la Comisión de información y rendición de cuentas sobre la salud maternoinfantil, y en particular la función crucial de la Directora General,

1. INSTA a los Estados Miembros a que cumplan sus compromisos con respecto a la Estrategia Mundial del Secretario General de las Naciones Unidas para la Salud de la Mujer y el Niño y que desplieguen esfuerzos adicionales para mejorar la salud maternoinfantil;

2. INSTA ASIMISMO a los Estados Miembros a que apliquen las recomendaciones de la Comisión de información y rendición de cuentas sobre la salud maternoinfantil para mejorar la rendición de cuentas sobre los resultados y los recursos, y a que con ese fin:

- 1) refuercen los mecanismos de rendición de cuentas en favor de la salud en sus países;
- 2) refuercen sus capacidades de monitorear, incluido el uso de evidencias locales, y evaluar los progresos para mejorar su propio desempeño;
- 3) contribuyan a fortalecer la armonización de los mecanismos existentes para hacer el seguimiento de todos los compromisos formulados;

3. PIDE a la Directora General:

- 1) que trabaje con los Estados Miembros, y les preste apoyo, para aplicar las recomendaciones en todo su alcance;

- 2) que vele por que la OMS participe de modo eficaz y en colaboración con todas las partes interesadas en el plan de trabajo para aplicar las recomendaciones de la Comisión de información y rendición de cuentas sobre la salud maternoinfantil;
- 3) que preste apoyo al grupo de examen integrado por expertos independientes en su labor de evaluación de los progresos realizados en relación con la Estrategia Mundial del Secretario General de las Naciones Unidas para la Salud de la Mujer y el Niño y la aplicación del marco de rendición de cuentas;
- 4) que informe anualmente, hasta 2015, a la Asamblea de la Salud, por conducto del Consejo Ejecutivo, sobre los progresos realizados en el seguimiento de las recomendaciones de la Comisión de información y rendición de cuentas sobre la salud maternoinfantil en relación con el punto del orden del día relativo a los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

(Décima sesión plenaria, 26 de mayo de 2012 -
Comisión A, tercer informe)

WHA65.8 Resultados de la Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud¹

La 65.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe «Determinantes sociales de la salud: resultados de la Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud (Río de Janeiro, Brasil, octubre de 2012)»;²

Reiterando la firme voluntad de adoptar medidas sobre los determinantes sociales de la salud conforme a lo acordado colectivamente por la Asamblea Mundial de la Salud y según lo reflejado en la resolución WHA62.14 (Reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud), en la que se toma nota de las tres recomendaciones generales de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, a saber, mejorar las condiciones de vida; luchar contra la distribución no equitativa del poder, el dinero y los recursos, y medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones;

Reconociendo la necesidad de hacer más para acelerar los progresos en la lucha contra la desigual distribución de los recursos sanitarios y las condiciones que atentan contra la salud en todos los niveles;

Reconociendo asimismo la necesidad de proteger la salud de la población con independencia de las crisis económicas mundiales;

Reconociendo también que la equidad sanitaria es un objetivo y una responsabilidad compartidos y que exige el compromiso de todos los sectores de gobierno, todos los segmentos de la sociedad, y todos los miembros de la comunidad internacional en acciones mundiales animadas por el principio de «todos por la equidad» y «salud para todos»;

¹ En el anexo 5 se exponen las repercusiones financieras y administrativas de esta resolución para la Secretaría.

² Documento A65/16.

Reconociendo los beneficios que se derivan de la cobertura sanitaria universal en términos de mejora de la equidad sanitaria y de reducción de la pobreza;

Reafirmando la voluntad política de hacer de la equidad sanitaria un objetivo de alcance nacional, regional y mundial, y de afrontar los retos actuales, como son el erradicar el hambre y la pobreza; garantizar la seguridad alimentaria y nutricional, el acceso a medicamentos asequibles, seguros, eficaces y de buena calidad, así como al agua potable y el saneamiento, el empleo y el trabajo decente y la protección social; proteger el medioambiente, y conseguir un crecimiento económico equitativo mediante una resuelta acción sobre los determinantes sociales de la salud en todos los sectores y en todos los niveles;

Acogiendo con beneplácito los debates y los resultados de la Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud (Río de Janeiro, Brasil, 19-21 de octubre de 2011),

1. HACE SUYA la Declaración política de Río sobre los determinantes sociales de la salud adoptada por la Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud,¹ que se considera fundamental para la labor de los Estados Miembros² y de la Secretaría de la OMS;

2. INSTA a los Estados Miembros:²

1) a que cumplan los compromisos contraídos en la Declaración política de Río sobre los determinantes sociales de la salud en relación con *i*) una mejor gobernanza en pro de la salud y del desarrollo, *ii*) el fomento de la participación en la formulación y aplicación de las políticas, *iii*) una mayor reorientación del sector de la salud con miras a reducir las inequidades sanitarias, *iv*) el fortalecimiento de la gobernanza y la colaboración en todo el mundo, y *v*) la vigilancia de los progresos y el refuerzo de la rendición de cuentas;

2) a que formulen y apoyen políticas, estrategias, programas y planes de acción que aborden los determinantes sociales de la salud, con objetivos, actividades y mecanismos de rendición de cuentas claramente definidos y con recursos para su aplicación;

3) a que ayuden a seguir desarrollando el enfoque de la salud en todas las políticas como manera de promover la equidad sanitaria;

4) a que creen capacidad entre los encargados de la elaboración de políticas, los gestores y los trabajadores de los programas del sector de la salud y otros sectores para facilitar la labor sobre los determinantes sociales de la salud;

5) a que presten la debida atención a los determinantes sociales de la salud en el marco de las deliberaciones sobre el desarrollo sostenible, en particular en la Conferencia de las Naciones Unidas sobre Desarrollo Sostenible (Río+20) y en otros foros de las Naciones Unidas que revisitan interés para la salud;

3. EXHORTA a la comunidad internacional a que apoye el cumplimiento de los compromisos formulados en la Declaración política de Río sobre los determinantes sociales de la salud en pro de una acción sobre los determinantes sociales de la salud, en particular mediante lo siguiente:

¹ Véase el documento EB130/2012/REC/1, anexo 3.

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

- 1) el apoyo a la función dirigente de la OMS en la gobernanza sanitaria mundial, en la promoción del alineamiento de las políticas, los planes y las actividades sobre los determinantes sociales de la salud con los de las organizaciones asociadas del sistema de las Naciones Unidas, bancos de desarrollo y otras organizaciones internacionales clave, incluidas medidas conjuntas de sensibilización, y en lo que respecta a favorecer el acceso al apoyo financiero y técnico por los países y las regiones, especialmente por los países en desarrollo;
 - 2) el fortalecimiento de la cooperación internacional con miras a promover la equidad sanitaria en todos los países, facilitando la transferencia en términos mutuamente convenidos de conocimientos especializados, tecnologías y datos científicos en el campo de los determinantes sociales de la salud, así como el intercambio de prácticas adecuadas de gestión del desarrollo de políticas intersectoriales;
 - 3) la facilitación del acceso a los recursos financieros;
4. INSTA a los países desarrollados que han prometido cumplir la meta de contribuir con el 0,7% del producto nacional bruto a la ayuda oficial para el desarrollo antes de 2015, y a aquellos países desarrollados que aún no lo han hecho, a que hagan nuevos esfuerzos concretos por cumplir sus compromisos a este respecto, e insta asimismo a los países en desarrollo a aprovechar los avances logrados para garantizar que la ayuda oficial para el desarrollo se destine efectivamente a ayudar a conseguir los objetivos y metas de desarrollo;
5. PIDE a la Directora General:
- 1) que preste la debida consideración a los determinantes sociales de la salud en la evaluación de la OMS sobre las necesidades sanitarias mundiales, en particular en el proceso de reforma de la OMS y las actividades de la OMS en el futuro;
 - 2) que preste apoyo a los Estados Miembros para poner en práctica la Declaración política de Río sobre los determinantes sociales de la salud, mediante enfoques como «la salud en todas las políticas», a fin de abordar los determinantes sociales de la salud;
 - 3) que colabore estrechamente con otras organizaciones del sistema de las Naciones Unidas en materia de promoción, investigación, creación de capacidad y prestación de apoyo técnico directo a los Estados Miembros en relación con su trabajo sobre los determinantes sociales de la salud;
 - 4) que siga difundiendo y defendiendo la importancia de la integración de la perspectiva de los determinantes sociales de la salud en las próximas reuniones de las Naciones Unidas y otras reuniones de alto nivel relacionadas con la salud o el desarrollo social;
 - 5) que informe a la 66.^a y la 68.^a reuniones de la Asamblea Mundial de la Salud, por conducto del Consejo Ejecutivo, sobre los progresos habidos en la aplicación de la presente resolución y la Declaración política de Río sobre los determinantes sociales de la salud.

(Décima sesión plenaria, 26 de mayo de 2012 -
Comisión A, tercer informe)

WHA65.9 Situación sanitaria en el territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental, y en el Golán sirio ocupado¹

La 65.^a Asamblea Mundial de la Salud,

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

Recordando todas sus resoluciones anteriores sobre la situación sanitaria en el territorio palestino ocupado y otros territorios árabes ocupados;

Tomando nota del informe de la Secretaría sobre la situación sanitaria en el territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental, y en el Golán sirio ocupado;²

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;

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

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

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

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

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

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 una grave escasez de medicamentos y suministros médicos en esa zona;

¹ En el anexo 5 se exponen las repercusiones financieras y administrativas de esta resolución para la Secretaría.

² Documento A65/27 Rev.1.

- 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 y ambulancias palestinos a los centros de salud palestinos, incluidos los situados en la Jerusalén oriental ocupada;
- 5) que mejore las condiciones de vida y de salud de los detenidos palestinos, en particular los niños, mujeres y enfermos, y dispense el tratamiento médico necesario a los detenidos que padecen enfermedades graves que empeoran cada día; y que facilite el transporte y la entrada de medicamentos y equipos médicos en el territorio palestino ocupado;
- 6) 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;¹
- 3) a que hagan un llamamiento a la comunidad internacional para que ejerza presión sobre el Gobierno de Israel, la potencia ocupante, a fin de que levante el sitio impuesto a la Franja de Gaza ocupada, con miras a evitar un profundo agravamiento de la crisis humanitaria en ese territorio; y a que contribuyan al levantamiento de las restricciones y los obstáculos impuestos al pueblo palestino, en particular de los que afectan a la libre circulación de la población y el personal médico en el territorio palestino ocupado; y a que consigan que Israel asuma sus responsabilidades jurídicas y morales y asegure el pleno ejercicio de los derechos humanos básicos a la población civil del territorio palestino ocupado, especialmente en Jerusalén oriental;
- 4) a que recuerden a Israel, la potencia ocupante, que debe respetar el Cuarto Convenio de Ginebra relativo a la protección debida a las personas civiles en tiempo de guerra, de 1949, que es de aplicación al territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental;
- 5) a que hagan un llamamiento a todas las organizaciones internacionales de derechos humanos 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

¹ Documento A62/24 Add.1.

detenidos y asegurar la inmediata liberación de personas en estado crítico con el fin de proporcionarles tratamiento en el exterior, y permitir 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 familiares y allegados, y liberar inmediatamente a todos los niños prisioneros en cárceles israelíes;

6) a que presten apoyo y asistencia al Ministerio de Salud de Palestina para que cumpla sus cometidos, en particular en lo que respecta al funcionamiento y financiación 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 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 seriamente 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, incluida la creación de capacidad;

2) 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;

3) que siga proporcionando la asistencia técnica necesaria para subvenir a las necesidades sanitarias del pueblo palestino, incluidas las personas con discapacidades y traumatismos;

4) que también preste apoyo a los servicios palestinos de salud y veterinaria en la preparación para emergencias inusuales;

5) que apoye el desarrollo del sistema de salud en el territorio palestino ocupado, con inclusión de los recursos humanos;

6) que informe sobre la aplicación de la presente resolución a la 66.^a Asamblea Mundial de la Salud.

(Décima sesión plenaria, 26 de mayo de 2012 -
Comisión B, primer informe)

WHA65.10 Informe financiero y estados financieros comprobados sobre el ejercicio 1 de enero de 2010 - 31 de diciembre de 2011

La 65.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el Informe financiero y estados financieros comprobados sobre el ejercicio 1 de enero de 2010 - 31 de diciembre de 2011;¹

Habiendo tomado nota del Informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 65.^a Asamblea Mundial de la Salud,²

ACEPTA el Informe financiero y estados financieros comprobados sobre el ejercicio 1 de enero de 2010 - 31 de diciembre de 2011, presentado por la Directora General.

(Décima sesión plenaria, 26 de mayo de 2012 -
Comisión B, primer informe)

WHA65.11 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 65.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado los informes sobre el estado de recaudación de las contribuciones señaladas,³ y Estados Miembros con atrasos de contribuciones de importancia bastante para que esté justificado aplicar el Artículo 7 de la Constitución;⁴

Observando que en el momento de la apertura de la 65.^a Asamblea Mundial de la Salud estaban suspendidos los derechos de voto de las Comoras, Guinea-Bissau, la República Centroafricana, Somalia y Tayikistán, y que dicha suspensión seguirá vigente, en la actual Asamblea de la Salud o en otras futuras, hasta que los atrasos de esos Estados Miembros se hayan reducido a un nivel inferior al que justifica la aplicación del Artículo 7 de la Constitución;

Observando que en el momento de la apertura de la 65.^a Asamblea Mundial de la Salud los derechos de voto del Afganistán, Bangladesh, la ex República Yugoslava de Macedonia, Gambia, Granada, Micronesia (Estados Federados de), Santa Lucía y el Sudán tenían atrasos de importancia bastante para que, según lo dispuesto en el Artículo 7 de la Constitución, la Asamblea Mundial de la Salud debiera examinar la procedencia de suspender o no los derechos de voto de esos países: los del Afganistán y Granada en la fecha de apertura de la 65.^a Asamblea Mundial de la Salud, y los de los otros Estados Miembros mencionados en la fecha de apertura de la 66.^a Asamblea Mundial de la Salud,

¹ Documento A65/29.

² Documento A65/45.

³ Documentos A65/30 y A65/46.

⁴ Documento A65/30.

DECIDE:

- 1) que, de acuerdo con la declaración de principios adoptada en la resolución WHA41.7, si en la fecha de apertura de la 66.^a Asamblea Mundial de la Salud, Bangladesh, la ex República Yugoslava de Macedonia, Gambia, Micronesia (Estados Federados de), Santa Lucía y el Sudán todavía tienen atrasos de contribuciones de importancia bastante para que esté justificada la aplicación del Artículo 7 de la Constitución, se les suspenderán los derechos de voto a partir de dicha apertura; y que, de acuerdo con las resoluciones WHA59.6 y WHA64.19, si en el momento de la apertura de la 65.^a Asamblea Mundial de la Salud el Afganistán y Granada todavía tuvieran atrasos en el pago de sus contribuciones reprogramadas, respectivamente, se les suspenderán automáticamente sus derechos de voto;
- 2) que toda suspensión que entre en vigor en virtud de lo dispuesto en el subpárrafo 1) *supra* se mantendrá en la 67.^a Asamblea Mundial de la Salud y en las Asambleas de la Salud subsiguientes hasta que los atrasos del Afganistán, Bangladesh, la ex República Yugoslava de Macedonia, Gambia, Granada, Micronesia (Estados Federados de), Santa Lucía y el Sudán 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, 26 de mayo de 2012 -
Comisión B, primer informe)

WHA65.12 Arreglos especiales para la liquidación de atrasos: ex-Yugoslavia

La 65.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo considerado que los atrasos de la ex-Yugoslavia desde 1991 hasta 2000 por valor de US\$ 5 532 592 ya están cubiertos en su totalidad por una provisión, y tomando nota de la resolución 63/249 de la Asamblea General de las Naciones Unidas, sobre cuotas impagadas de la ex-Yugoslavia,¹

DECIDE que, de conformidad con el párrafo 13.6 del Reglamento Financiero, aprueba la cancelación de los atrasos impagados de la ex-Yugoslavia entre 1991 y 2000 por valor de US\$ 5 532 592.

(Décima sesión plenaria, 26 de mayo de 2012 -
Comisión B, primer informe)

WHA65.13 Informe del Comisario de Cuentas

La 65.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe del Comisario de Cuentas a la Asamblea de la Salud;²

¹ Véanse los documentos A65/30 y A65/46.

² Documento A65/32.

Habiendo tomado nota del informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 65.^a Asamblea Mundial de la Salud,¹

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

(Décima sesión plenaria, 26 de mayo de 2012 -
Comisión B, primer informe)

WHA65.14 Sueldos de los titulares de puestos sin clasificar y de la Directora General

La 65.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Tomando nota de las recomendaciones del Consejo Ejecutivo acerca de la remuneración de los titulares de puestos sin clasificar y de la Directora General,²

1. FIJA en US\$ 172 071 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\$ 133 950 (con familiares a cargo) o de US\$ 121 297 (sin familiares a cargo);
2. FIJA en US\$ 189 349 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\$ 146 044 (con familiares a cargo) o de US\$ 131 432 (sin familiares a cargo);
3. FIJA en US\$ 232 859 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\$ 176 501 (con familiares a cargo) o de US\$ 156 964 (sin familiares a cargo);
4. DECIDE que todos esos ajustes salariales tengan efecto a partir del 1 de enero de 2012.

(Décima sesión plenaria, 26 de mayo de 2012 -
Comisión B, segundo informe)

WHA65.15 Elección de Director General de la Organización Mundial de la Salud: informe del Grupo de Trabajo

La 65.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Guiada por los propósitos y principios consagrados en la Carta de las Naciones Unidas, entre otras cosas el párrafo 3 de su artículo 101;

Teniendo en cuenta la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, en particular su Artículo 31;

¹ Documento A65/47.

² Documento A65/36.

Recordando la resolución EB128.R14, sobre la elección de Director General de la Organización Mundial de la Salud, en la que se establecía un grupo de trabajo de duración limitada y orientado a la obtención de resultados sobre el procedimiento y el método de elección de Director General de la Organización Mundial de la Salud con miras a aumentar la imparcialidad, transparencia y equidad entre los Estados Miembros de las seis regiones de la Organización en lo que se refiere al procedimiento de propuesta de nombramiento y de nombramiento de Director General de la Organización Mundial de la Salud;

Reafirmando que la preparación y la experiencia de los candidatos son de importancia capital en el proceso de selección y de propuesta de nombramiento de Director General, y que hay que prestar la debida atención a la importancia de contratar los futuros Directores Generales sobre una base geográfica lo más amplia posible entre los Estados Miembros de las seis regiones de la Organización;

Reafirmando la importancia decisiva de la función del Consejo Ejecutivo en el proceso de preselección y propuesta de nombramiento, y de la Asamblea Mundial de la Salud en la elección y el nombramiento de Director General, y por consiguiente de la necesidad de considerar el modo de reforzar y mejorar los componentes pertinentes de esos procedimientos;

Habiendo examinado el informe del Grupo de Trabajo de Estados Miembros sobre el procedimiento y el método de elección de Director General de la Organización Mundial de la Salud,¹

1. DECIDE:

- a) que se tenga debidamente en cuenta el principio de la representación geográfica equitativa en el conjunto del procedimiento de propuesta de nombramiento, elección y nombramiento de Director General de la Organización Mundial de la Salud, teniendo presente al mismo tiempo que hasta la fecha los candidatos nombrados para ese puesto han procedido únicamente de tres de las seis regiones de la Organización, y que se deberá mantener la consideración primordial de la necesidad de asegurar el más alto grado de eficiencia, competencia e integridad en la elección y el nombramiento de Director General;
- b) que el Consejo Ejecutivo propondrá tres candidatos a la consideración de la Asamblea de la Salud para el nombramiento de Director General de la Organización Mundial de la Salud, prestando la debida atención a que la representación geográfica sea equitativa;
- c) que en circunstancias excepcionales, si lo que precede no es viable, como ocurre cuando únicamente hay uno o dos candidatos, el Consejo Ejecutivo podrá decidir que propone menos de tres candidatos a la consideración de la Asamblea de la Salud para el nombramiento de Director General de la Organización Mundial de la Salud;
- d) que la Secretaría elabore un código de conducta, en consonancia con la recomendación 7² del informe de la Dependencia Común de Inspección sobre «Selección y condiciones de servicio de los jefes ejecutivos de las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas»,³ cuya observancia y respeto deberán prometer los candidatos al puesto de Director General de la Organi-

¹ Documento A65/38.

² Recomendación 7: «Los órganos rectores/legislativos de las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas deberían condenar y prohibir las prácticas poco éticas (como las promesas, los favores, las invitaciones o los regalos) de los candidatos al puesto de jefe ejecutivo o de los gobiernos que apoyen sus candidaturas, durante el proceso de selección/la campaña electoral, destinadas a obtener votos favorables para sus candidaturas.»

³ Documento JIU/REP/2009/8.

zación Mundial de la Salud y los Estados Miembros, que se presentará a la consideración de la 66.^a Asamblea Mundial de la Salud por conducto del Consejo Ejecutivo;

e) que se establezca un foro de los candidatos, abierto a todos los Estados Miembros,¹ con el fin de proporcionar una plataforma, sin atribuciones decisorias, en la que los candidatos se puedan presentar a los Estados Miembros y puedan dar a conocer sus visiones en pie de igualdad; la Secretaría elaborará las modalidades del foro de los candidatos, que se presentarán a la consideración de la 66.^a Asamblea Mundial de la Salud por conducto del Consejo Ejecutivo;

f) que el Consejo Ejecutivo vele por que los candidatos propuestos cumplan los criterios siguientes, subrayando sin embargo la importancia primordial de la preparación y experiencia profesional y de la integridad, y de la necesidad de que se preste la debida atención a una representación geográfica equitativa y al equilibrio de género en el procedimiento que desemboca en la propuesta de nombramiento que se transmite a la Asamblea de la Salud:

- 1) una formación técnica sólida en algún campo de la salud, y experiencia en el campo de la salud pública;
- 2) amplia experiencia en el campo de la salud internacional;
- 3) aptitudes y experiencia de liderazgo demostrables;
- 4) aptitudes excelentes de comunicación y promoción;
- 5) competencia demostrable en la gestión de organizaciones;
- 6) sensibilidad a las diferencias culturales, sociales y políticas;
- 7) firme adhesión a la misión y los objetivos de la OMS;
- 8) el buen estado de salud exigible a todo funcionario de la Organización;
- 9) dominio suficiente de por lo menos uno de los idiomas de trabajo oficiales del Consejo Ejecutivo y la Asamblea de la Salud;

g) que la Secretaría elabore instrumentos apropiados para reforzar la aplicación efectiva por el Consejo Ejecutivo de la lista de criterios revisada, que se someterán a la consideración de la 66.^a Asamblea Mundial de la Salud, por conducto del Consejo Ejecutivo;

h) que el Consejo Ejecutivo² lleve a cabo en el plazo de un año a partir del nombramiento del próximo Director General de la Organización Mundial de la Salud una evaluación, abierta a todos los Estados Miembros,³ de la eficacia del procedimiento y el método revisados con el fin de examinar la necesidad de que hubiera que seguir mejorando la imparcialidad, transparencia y equidad entre los Estados Miembros de las seis regiones de la OMS;

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

² El punto se examinará en sesión abierta, de conformidad con el párrafo 7(b) del Reglamento Interior del Consejo Ejecutivo.

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

2. PIDE al Consejo Ejecutivo que haga efectivas todas las disposiciones previstas en el párrafo 1 *supra* y que presente un informe sobre la aplicación de la presente resolución a la 66.^a Asamblea Mundial de la Salud, con la excepción del informe mencionado en el párrafo 1(h), que se presentará a una reunión ulterior de la Asamblea de la Salud;
3. PIDE ADEMÁS al Consejo Ejecutivo que, al aplicar el párrafo 2, lo haga en el entendimiento de que algunos de los procedimientos actuales del Consejo Ejecutivo y la Asamblea de la Salud tales como los relativos a la organización de votaciones secretas, la confección de listas breves y la realización de entrevistas han dado pruebas de su eficacia y se deberían conservar; asimismo, el Consejo Ejecutivo considerará que el Director General tiene que ser nombrado por una mayoría clara y robusta de la Asamblea de la Salud;
4. PIDE a la Directora General que proponga al Consejo Ejecutivo la introducción de modificaciones en el Reglamento Interior del Consejo Ejecutivo con el fin de aplicar la presente resolución.

(Décima sesión plenaria, 26 de mayo de 2012 -
Comisión B, segundo informe)

WHA65.16 Acuerdo con la Comisión de la Unión Africana

La 65.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe sobre acuerdos con organizaciones intergubernamentales;¹

Teniendo en cuenta el Artículo 70 de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud,

APRUEBA el proyecto de acuerdo entre la Comisión de la Unión Africana y la Organización Mundial de la Salud.²

(Décima sesión plenaria, 26 de mayo de 2012 -
Comisión B, segundo informe)

WHA65.17 Plan de acción mundial sobre vacunas³

La 65.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe sobre el proyecto de plan de acción sobre vacunas;⁴

Reconociendo la importancia de la inmunización como una de las intervenciones de salud pública más eficaces en relación con el costo, y que debería considerarse como un componente clave del derecho humano a la salud;

¹ Documento A65/42.

² Véase el anexo 3.

³ En el anexo 5 se exponen las repercusiones financieras y administrativas de esta resolución para la Secretaría.

⁴ Documento A65/22.

Reconociendo los progresos considerables en inmunización realizados en diversos países para asegurar que todo individuo apto para ello quede inmunizado con todas las vacunas indicadas, sin importar su ubicación geográfica, edad, sexo, discapacidad, grado educativo, nivel socioeconómico, grupo étnico o condición laboral;

Aplaudiendo la contribución de los programas de inmunización eficaces al logro de los objetivos mundiales de salud, en particular al reducir la mortalidad y morbilidad infantil, así como el potencial de estos programas para reducir la mortalidad y morbilidad a lo largo de todo el ciclo vital;

Tomando nota de que la introducción de nuevas vacunas destinadas a combatir diversas causas importantes de destacadas enfermedades mortales, tales como la neumonía, diarrea y cáncer cervicouterino, pueden servir de catalizador para agregar intervenciones complementarias y crear sinergias entre los programas de atención primaria de salud; y que más allá de las victorias sobre la mortalidad, estas nuevas vacunas prevendrán la morbilidad con los consiguientes beneficios económicos, incluso en países que ya han logrado reducir la mortalidad;

Preocupada de que, a pesar de los progresos ya realizados, los objetivos de erradicación y eliminación de enfermedades, como la erradicación de la poliomielitis o la eliminación del sarampión, de la rubéola y del tétanos materno y neonatal, no se pueden alcanzar sin lograr y mantener una cobertura alta y equitativa;

Preocupada de que los países con ingresos bajos y medianos, en donde la adopción de vacunas existentes ha sido más lenta, podrían no tener la oportunidad de acceder a las vacunas nuevas y mejoradas que se prevé estarán disponibles durante este decenio;

Alarmada por el hecho de que, a escala mundial, los servicios de inmunización sistemática no están llegando a un niño de cada cinco, y de que la cobertura de inmunización sistemática de los países continúa presentando deficiencias considerables;

Recordando las resoluciones WHA58.15 y WHA61.15 sobre la estrategia mundial de inmunización,

1. APRUEBA el Plan de acción mundial sobre vacunas;¹
2. INSTA a los Estados Miembros:
 - 1) a que apliquen la visión y las estrategias del Plan de acción mundial sobre vacunas al desarrollar los componentes sobre vacunas e inmunización de sus estrategias y planes nacionales de salud, prestando especial atención a la mejora del desempeño del Programa Ampliado de Inmunización, y en función de la situación epidemiológica de sus países respectivos;
 - 2) a que se comprometan a asignar los recursos humanos y financieros adecuados para alcanzar los objetivos de inmunización y otros hitos importantes pertinentes;
 - 3) a que cada año, durante una reunión especialmente dedicada al Decenio de las Vacunas, informen a los comités regionales sobre las lecciones extraídas, los progresos realizados, los desafíos pendientes y las medidas actualizadas para alcanzar los objetivos nacionales de inmunización;

¹ Véase el anexo 4.

3. PIDE a la Directora General:

- 1) que promueva la uniformización y la coordinación de las actividades mundiales de inmunización de todas las partes interesadas, en apoyo a la ejecución del Plan de acción mundial sobre vacunas;
- 2) que garantice que el apoyo prestado a la ejecución del Plan de acción mundial sobre vacunas a nivel regional y de país conceda especial atención al fortalecimiento de la inmunización sistemática;
- 3) que identifique recursos humanos y financieros para brindar apoyo técnico con objeto de aplicar los planes nacionales del Plan de acción mundial sobre vacunas y vigilar su impacto;
- 4) que movilice más recursos financieros para respaldar la aplicación del Plan de acción mundial sobre vacunas en los países de ingresos bajos y medios;
- 5) que vigile los progresos realizados y, por conducto del Consejo Ejecutivo, informe anualmente a la Asamblea de Salud, hasta la 71.^a Asamblea Mundial de la Salud, sobre los progresos realizados para alcanzar los objetivos mundiales de inmunización, siendo este un punto importante del orden del día y utilizando el marco de rendición de cuentas propuesto para orientar los debates y las actividades futuras.

(Décima sesión plenaria, 26 de mayo de 2012 -
Comisión B, segundo informe)

WHA65.18 Semana Mundial de la Inmunización¹

La 65.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe sobre el proyecto de plan de acción mundial sobre vacunas;²

Recordando las resoluciones WHA58.15 y WHA61.15 relativas a la estrategia mundial de inmunización y el compromiso de aprovechar el decenio 2011-2020 para alcanzar los objetivos generales y parciales en materia de investigación y desarrollo sobre vacunas;

Reconociendo la importancia de la inmunización como una de las intervenciones de salud pública más eficaces en relación con el costo;

Reconociendo los importantes logros del Programa Ampliado de Inmunización a escala mundial, entre otros la erradicación de la viruela y los importantes avances hacia la erradicación de la poliomielitis, la eliminación del sarampión y la rubéola y el control de otras enfermedades prevenibles mediante vacunas, como la difteria y el tétanos;

Tomando nota de que los buenos programas de inmunización contribuyen a una reducción significativa de la mortalidad infantil y a la mejora de la salud de las madres, y por ende al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio 4 (Reducir la mortalidad infantil) y 5 (Mejorar la salud de las madres), y a la prevención del cáncer;

¹ En el anexo 5 se exponen las repercusiones financieras y administrativas de esta resolución para la Secretaría.

² Documento A65/22.

Reconociendo que iniciativas como las semanas de inmunización regionales han contribuido a promover la inmunización, impulsar la equidad en el uso de vacunas y el acceso universal a los servicios de vacunación, y favorecer la cooperación en actividades de inmunización de ámbito transfronterizo;

Reconociendo asimismo que la iniciativa de las semanas de inmunización, un creciente movimiento mundial que se introdujo por primera vez en la Región de las Américas en 2003, se ha celebrado de manera simultánea en las seis regiones de la OMS en abril de 2012, con la participación de más de 180 Estados Miembros, territorios y zonas;

Reconociendo asimismo el alto grado de apoyo político y de visibilidad internacional que hasta ahora han recibido las iniciativas regionales sobre semanas de vacunación, y tomando nota de que la flexibilidad del marco de las semanas de vacunación permite a los distintos Estados Miembros y regiones adaptar su participación con arreglo a las prioridades nacionales y regionales en materia de salud pública;

Preocupada por que, a pesar de todos los logros de las iniciativas de inmunización, aún persisten numerosos retos, entre otros mantener la inmunización como uno de los elementos fundamentales de la atención primaria de salud, administrar vacunas a todas las poblaciones vulnerables con independencia de su localización, proteger los programas de inmunización nacionales contra la amenaza creciente de la información errónea sobre las vacunas y la inmunización, y asegurar que la financiación de los programas nacionales sea considerada prioritaria para los Estados Miembros,

1. PIDE a los Estados Miembros que, cuando corresponda, designen Semana Mundial de la Inmunización a la última semana del mes de abril;
2. PIDE a la Directora General:
 - 1) que respalde la celebración anual de la Semana Mundial de la Inmunización como marco general de todas las iniciativas regionales dedicadas a promover la importancia de la vacunación a lo largo de la vida y a asegurar el acceso universal de las personas de todas las edades y todos los países a este servicio preventivo indispensable;
 - 2) que apoye a los Estados Miembros en la movilización de los recursos necesarios para financiar la Semana Mundial de la Inmunización, y aliente a las organizaciones de la sociedad civil y otros interesados a que respalden la iniciativa.

(Décima sesión plenaria, 26 de mayo de 2012 -
Comisión B, segundo informe)

WHA65.19 Productos médicos de calidad subestándar, espurios, de etiquetado engañoso, falsificados o de imitación¹

La 65.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe y las recomendaciones del grupo de trabajo de Estados Miembros sobre productos médicos de calidad subestándar, espurios, de etiquetado engañoso, falsificados o de imitación;¹

¹ En el anexo 5 se exponen las repercusiones financieras y administrativas de esta resolución para la Secretaría.

Acogiendo con beneplácito los resultados de las reuniones del grupo de trabajo de Estados Miembros sobre productos médicos de calidad subestándar, espurios, de etiquetado engañoso, falsificados o de imitación;

Reafirmando la función fundamental de la OMS como garante de la disponibilidad de productos médicos de calidad, seguros y eficaces;

Reconociendo que en el mundo hay muchas personas que no tienen acceso a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles y que dicho acceso es parte importante de los sistemas de salud;

Reconociendo la importancia de asegurar que la lucha contra los «productos médicos de calidad subestándar, espurios, de etiquetado engañoso, falsificados o de imitación» no menoscabe la disponibilidad de medicamentos genéricos legítimos;

Reconociendo la necesidad manifestada en la Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud (2011)² de fomentar el acceso a medicamentos asequibles, seguros, eficaces y de calidad, en particular a través de la aplicación plena de la Estrategia mundial y plan de acción de la OMS sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual;

Reconociendo la necesidad de mejorar el acceso a medicamentos asequibles, de calidad, seguros y eficaces como elemento importante de los esfuerzos por prevenir y controlar los medicamentos con problemas de calidad, seguridad y eficacia, así como por reducir los «productos médicos de calidad subestándar, espurios, de etiquetado engañoso, falsificados o de imitación»;

Tomando nota de la resolución 20/6 de la Comisión de Prevención del Delito y Justicia Penal de las Naciones Unidas titulada «Lucha contra los medicamentos fraudulentos y, en particular, contra su tráfico»;

Manifestando su preocupación por la falta de financiación suficiente para la labor de la OMS en el área de la calidad, la seguridad y la eficacia de los medicamentos;

Reconociendo la necesidad de mejorar el apoyo a los organismos de reglamentación nacionales y regionales para fomentar la disponibilidad de productos médicos de calidad, seguros y eficaces,

1. REAFIRMA la función fundamental que desempeña la OMS para velar por la calidad, seguridad y eficacia de los productos médicos; fomentar el acceso a medicamentos asequibles, de calidad, seguros y eficaces; y apoyar a los organismos nacionales de reglamentación farmacéutica en esta materia, en especial en los países en desarrollo y en los países menos adelantados;

2. REITERA que la OMS debe seguir centrándose en la intensificación de sus medidas para lograr que los productos médicos sean más asequibles, fortaleciendo los organismos nacionales de reglamentación y los sistemas nacionales de salud, lo cual incluye las políticas farmacéuticas nacionales, los sistemas de gestión de los riesgos sanitarios, la financiación sostenible, el desarrollo de los recursos humanos y los sistemas de adquisición y suministro fiables; y mejorando y prestando apoyo a la labor de precalificación y promoción de los genéricos, así como a las medidas para lograr una selección y uso racionales de los productos médicos. En cada una de estas áreas, las funciones de la OMS deberían consistir en: sensibilizar e intercambiar información; proporcionar normas, criterios y asistencia técnica a los países para que evalúen la situación en la que se encuentran; respaldar el desarrollo de políticas nacionales; crear capacidad, y prestar apoyo al desarrollo de productos y la producción nacional;

¹ Documento A65/23.

² Véase el subpárrafo 11.2(xii).

3. REITERA ASIMISMO que la OMS debe aumentar sus esfuerzos para prestar apoyo a los Estados Miembros en el fortalecimiento de la infraestructura y la capacidad de reglamentación nacional y regional;
4. DECIDE establecer un nuevo mecanismo de Estados Miembros¹ para la colaboración internacional entre estos, desde la perspectiva de la salud pública y con exclusión de consideraciones relacionadas con el comercio y la propiedad intelectual, con respecto a los «productos médicos de calidad subestándar, espurios, de etiquetado engañoso, falsificados o de imitación», de conformidad con las metas, objetivos y mandato anexos a la presente resolución;
5. DECIDE ASIMISMO examinar al cabo de tres años de funcionamiento el mecanismo de Estados Miembros al que se hace referencia en el párrafo dispositivo 4;
6. INSTA a los Estados Miembros:¹
 - 1) a que, con carácter voluntario, participen en el mecanismo de Estados Miembros al que se hace referencia en el párrafo 4 y a que colaboren con él;
 - 2) a que aporten recursos financieros suficientes para reforzar la labor de la Secretaría en esta área;
7. PIDE a la Directora General:
 - 1) que preste apoyo al mecanismo de Estados Miembros al que se hace referencia en el párrafo 4;
 - 2) que ayude a los Estados Miembros a crear capacidad para prevenir y controlar los «productos médicos de calidad subestándar, espurios, de etiquetado engañoso, falsificados o de imitación».

ANEXO

Mecanismo de Estados Miembros sobre productos médicos de calidad subestándar, espurios, de etiquetado engañoso, falsificados o de imitación

Meta, objetivos y mandato

Meta general

Promover la prevención y el control de los productos médicos de calidad subestándar, espurios, de etiquetado engañoso, falsificados o de imitación² y las actividades conexas mediante una colaboración efectiva entre los Estados Miembros y la Secretaría con el fin de proteger la salud pública y fomentar el acceso a productos médicos asequibles, seguros, eficaces y de calidad.

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

² El mecanismo de Estados Miembros utilizará la expresión «productos médicos de calidad subestándar, espurios, de etiquetado engañoso, falsificados o de imitación» hasta que los órganos deliberantes de la OMS hayan aprobado una definición.

Objetivos

- 1) Identificar las principales necesidades y obstáculos, formular recomendaciones de política y crear instrumentos en el área de la prevención, los métodos de detección y el control de los «productos médicos de calidad subestándar, espurios, de etiquetado engañoso, falsificados o de imitación» con el fin de fortalecer las capacidades nacionales y regionales.
- 2) Fortalecer las capacidades nacionales y regionales con miras a garantizar la integridad de la cadena de suministro.
- 3) Intercambiar experiencias, enseñanzas, prácticas óptimas e información sobre las actividades en curso a nivel nacional, regional y mundial.
- 4) Identificar medidas, actividades y comportamientos que originan «productos médicos de calidad subestándar, espurios, de etiquetado engañoso, falsificados o de imitación», y formular recomendaciones, entre otras cosas para mejorar la calidad, seguridad y eficacia de los productos médicos.
- 5) Fortalecer la capacidad de reglamentación y los laboratorios de control de la calidad a nivel nacional y regional, en particular en los países en desarrollo y en los países menos adelantados.
- 6) Colaborar y hacer aportaciones a la labor de otras áreas de la OMS que se ocupan del acceso a productos médicos de calidad, seguros, eficaces y asequibles, tales como el suministro y el uso de productos médicos genéricos, que deberían complementar las medidas de prevención y control de los «productos médicos de calidad subestándar, espurios, de etiquetado engañoso, falsificados o de imitación».
- 7) Facilitar de forma transparente y coordinada las consultas, la cooperación y la colaboración con las partes interesadas pertinentes, en particular los esfuerzos regionales y mundiales, desde una perspectiva de salud pública.
- 8) Fomentar la cooperación y la colaboración en materia de vigilancia y seguimiento de los «productos médicos de calidad subestándar, espurios, de etiquetado engañoso, falsificados o de imitación».
- 9) Seguir elaborando las definiciones de «productos médicos de calidad subestándar, espurios, de etiquetado engañoso, falsificados o de imitación» centradas en la protección de la salud pública.

Estructura

- 1) El mecanismo de Estados Miembros estará abierto a todos los Estados Miembros,¹ y debería contar con conocimientos especializados en materia de salud nacional y reglamentación de productos médicos.
- 2) El mecanismo de Estados Miembros podrá establecer con sus miembros grupos de trabajo subsidiarios que examinen cuestiones específicas y formulen recomendaciones al respecto.
- 3) Los grupos regionales harán aportaciones al mecanismo de Estados Miembros, según proceda.
- 4) El mecanismo de Estados Miembros utilizará las estructuras de la OMS ya existentes.

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

Reuniones

- 1) El mecanismo de Estados Miembros se reunirá al menos una vez al año, y celebrará otras reuniones según sea necesario.
- 2) En principio, las reuniones del mecanismo de Estados Miembros y de sus grupos de trabajo subsidiarios se celebrarán en Ginebra. No obstante, también podrán celebrarse esporádicamente fuera de Ginebra, teniendo en cuenta la distribución regional, el costo total y su prorrateo, y el interés para el orden del día.

Relaciones con otras partes interesadas y los expertos

- 1) Según las necesidades, el mecanismo de Estados Miembros buscará el asesoramiento de expertos sobre determinados temas, siguiendo los procedimientos normalizados de la OMS con respecto a los grupos de expertos.
- 2) Según las necesidades, el mecanismo de Estados Miembros invitará a otras partes interesadas a que colaboren y consulten con el grupo acerca de temas específicos.

Presentación de informes y exámenes

- 1) El funcionamiento del mecanismo de Estados Miembros será examinado por la Asamblea Mundial de la Salud cuando lleve tres años en marcha.
- 2) El mecanismo de Estados Miembros presentará a la Asamblea de la Salud, por conducto del Consejo Ejecutivo y como punto sustantivo del orden del día, un informe sobre los progresos y las recomendaciones con una periodicidad anual durante los tres primeros años, y bienal a partir de entonces.

Transparencia y conflictos de intereses

- 1) El mecanismo de Estados Miembros, incluidos todos los expertos invitados, deberán funcionar de forma plenamente incluyente y transparente.
- 2) Se darán a conocer los posibles conflictos de intereses, que se gestionarán de acuerdo con las políticas y las prácticas de la OMS.

(Décima sesión plenaria, 26 de mayo de 2012 -
Comisión B, tercer informe)

WHA65.20 Respuesta de la OMS y función como organismo principal del Grupo de Acción Sanitaria en la atención de las crecientes demandas en materia de salud en las emergencias humanitarias¹

La 65.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo considerado el informe sobre la respuesta de la OMS y su función como organismo principal del Grupo de Acción Sanitaria en la atención de las crecientes demandas en materia de salud en las emergencias humanitarias;²

Reconociendo que las emergencias humanitarias producen sufrimientos humanos y pérdidas de vidas evitables, debilitan la capacidad de los sistemas de salud para prestar servicios de salud esenciales que salvan vidas, entorpecen el desarrollo sanitario y dificultan la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio;

Reafirmando los principios de neutralidad, humanidad, imparcialidad e independencia en la prestación de asistencia humanitaria, así como la necesidad de que todas las partes implicadas en la prestación de dicha asistencia en situaciones de emergencia humanitarias complejas y desastres naturales fomenten y respeten plenamente esos principios;

Recordando el Artículo 2(d) de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud sobre el mandato de la OMS en las emergencias, así como las resoluciones WHA58.1 sobre la acción sanitaria en relación con las crisis y los desastres y WHA59.22 sobre preparación y respuesta frente a emergencias;³

Recordando la resolución 46/182 de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el fortalecimiento de la coordinación de la asistencia humanitaria de emergencia de las Naciones Unidas y los principios rectores asentados en ella, que confirman el papel central y singular de las Naciones Unidas en la tarea de proporcionar liderazgo y coordinar los esfuerzos de la comunidad internacional en apoyo de los países afectados por emergencias humanitarias y establece, entre otras cosas, el Comité Permanente entre Organismos, presidido por el Coordinador del Socorro de Emergencia, que habría de ser apoyado por la Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios de las Naciones Unidas;

Tomando nota del examen de la respuesta humanitaria liderado en 2005 por el Coordinador del Socorro de Emergencia y los directores de los organismos miembros del Comité Permanente entre Organismos, cuya finalidad fue mejorar la urgencia, la puntualidad, la rendición de cuentas, el liderazgo y la capacidad para hacer frente a grandes aumentos de la demanda, y en el que se recomendó que se fortaleciera el liderazgo en materia de acción humanitaria, se mejoraran los mecanismos de financiación de dicha acción y se introdujeran los grupos de acción como medio de coordinación sectorial;

Tomando nota del programa de reforma 2011-2012 de los directores de los organismos miembros del Comité Permanente entre Organismos para mejorar la respuesta humanitaria internacional mediante el fortalecimiento del liderazgo, la coordinación, la rendición de cuentas, la creación de capacidad mundial de preparación y el aumento de las actividades de promoción y comunicación;

¹ En el anexo 5 se exponen las repercusiones financieras y administrativas de esta resolución para la Secretaría.

² Documento A65/25.

³ Véanse también las resoluciones WHA34.26, WHA46.6 y WHA48.2.

Reconociendo la resolución 60/124 de la Asamblea General de las Naciones Unidas, sobre el fortalecimiento de la coordinación de la asistencia humanitaria de emergencia de las Naciones Unidas, y tomando nota del subsiguiente compromiso de la OMS de respaldar el programa de transformación de la acción humanitaria del Comité Permanente entre Organismos y de contribuir a la aplicación de las medidas prioritarias definidas por los directores de los organismos miembros con el fin de reforzar la respuesta humanitaria internacional a las poblaciones afectadas;

Reafirmando que son las autoridades nacionales las principales responsables de atender a las víctimas de desastres naturales y otras emergencias que se produzcan en su territorio y que es el Estado afectado el que tiene el papel principal en la iniciación, organización, coordinación y ejecución de la asistencia humanitaria dentro de su territorio;

Observando la nota de orientación emitida por el Comité Permanente entre Organismos en 2011 acerca de la colaboración con las autoridades nacionales, según la cual los grupos de acción deberían apoyar y/o complementar los mecanismos de coordinación nacionales de la respuesta y la preparación ya existentes y, cuando proceda, alentar activamente a los gobiernos u otras entidades nacionales apropiadas a que, junto con el organismo principal de los grupos de acción, asuman la copresidencia de las reuniones de estos;

Recordando la resolución WHA64.10 sobre fortalecimiento de la capacidad nacional de manejo de las emergencias sanitarias y los desastres y resiliencia de los sistemas de salud, en la que se insta a los Estados Miembros a que, entre otras cosas, refuercen los programas de manejo de las emergencias sanitarias y del riesgo de desastres que abarquen todos los peligros;

Reafirmando también que los países son los responsables de asegurar la protección de la salud, la seguridad y el bienestar de sus pueblos, así como la resiliencia y la autosuficiencia del sistema de salud, cruciales para minimizar los peligros para la salud y la vulnerabilidad y para brindar una respuesta y una recuperación eficaces en las emergencias y los desastres;

Reconociendo la ventaja comparativa de que goza la Secretaría de la OMS por su presencia en los Estados Miembros y su relación con ellos, por su capacidad para proporcionar conocimientos técnicos independientes en una amplia gama de disciplinas relacionadas con la salud, por su historia como prestadora del asesoramiento basado en evidencias necesario para priorizar intervenciones sanitarias eficaces, y por su posición singular, como organismo principal del grupo de acción sanitaria mundial, para prestar apoyo a los ministerios de salud y a los asociados en la coordinación de la preparación y la respuesta ante las emergencias humanitarias y la recuperación de estas;

Recordando el programa de reforma de la OMS y el informe presentado en 2011 por la Directora General sobre reformas para un futuro saludable,¹ que llevaron a la creación del nuevo grupo orgánico Poliomielitis, Emergencias y Colaboración con los Países, del que tomó nota la 64.ª Asamblea Mundial de la Salud y cuyo objetivo es prestar apoyo a las oficinas regionales y a las oficinas en los países para mejorar los resultados y aumentar la eficacia de la Organización en los países mediante la redefinición de su compromiso con las labores relacionadas con las emergencias y una mayor sostenibilidad de la base presupuestaria del grupo orgánico;

Acogiendo con agrado la reforma de 2011 que convirtió el grupo orgánico de Acción Sanitaria en las Crisis en el Departamento de Gestión del Riesgo en las Emergencias y Respuesta Humanitaria como forma de ejecutar reformas que garanticen una mayor rapidez, eficacia y previsibilidad de la Organización en la prestación de una respuesta sanitaria de mayor calidad, así como la responsabilización de la Organización por su desempeño;

¹ Documentos A64/4 y WHA64/2011/REC/3, acta resumida de la tercera sesión de la Comisión A.

Recordando las resoluciones WHA46.39 sobre servicios médicos y de salud en tiempos de conflicto armado; WHA55.13 sobre protección de las misiones médicas durante los conflictos armados, y la resolución 65/132 de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre seguridad del personal de asistencia humanitaria y protección del personal de las Naciones Unidas, en la que se considera necesaria la recopilación sistemática de datos sobre los ataques y la falta de respeto por los pacientes y/o el personal, los centros y los transportes sanitarios en las emergencias humanitarias complejas,

1. EXHORTA a los Estados Miembros¹ y los donantes:

1) a que asignen recursos para las actividades del sector de la salud durante las emergencias humanitarias por conducto del Procedimiento de Llamamientos Unificados de las Naciones Unidas y los llamamientos urgentes, y para fortalecer la capacidad institucional de la OMS con miras a cumplir su función como organismo principal del grupo de acción sanitaria mundial y asumir la dirección del grupo de acción sanitaria sobre el terreno;

2) a que velen por que las actividades humanitarias se realicen en consulta con el país interesado para lograr una respuesta eficaz a las necesidades humanitarias, y alienten a todos los asociados humanitarios, en particular las organizaciones no gubernamentales, a participar activamente en la coordinación del grupo de acción sanitaria;

3) a que fortalezcan los procesos de gestión de riesgos, preparación para emergencias sanitarias y planificación para imprevistos en el plano nacional, así como los servicios de manejo de desastres del ministerio de salud, como se describe en la resolución WHA64.10, y, en este contexto, como parte de la planificación nacional sobre preparación, conjuntamente con la Oficina de las Naciones Unidas para la Coordinación de la Asistencia Humanitaria cuando corresponda, y a que determinen de antemano la mejor forma de lograr que la coordinación entre los asociados humanitarios internacionales y los mecanismos nacionales de coordinación existentes se produzca en forma complementaria para garantizar una respuesta humanitaria eficaz y bien coordinada;

4) a que creen la capacidad de las autoridades nacionales a todos los niveles para gestionar el proceso de recuperación en sinergia con las estrategias de fortalecimiento y reforma del sistema de salud a más largo plazo, según corresponda, en colaboración con la OMS y el grupo de acción sanitaria;

5) a que establezcan equipos de respuesta humanitaria de carácter voluntario y creen un mecanismo para desplegarlos en caso de emergencias humanitarias, según lo que decida cada Estado Miembro;

2. PIDE a la Directora General:

1) que implante las políticas, directrices, estructuras y procesos administrativos adecuados de la OMS que se necesitan para la acción humanitaria eficaz y exitosa en los países, así como la capacidad y los recursos institucionales que le permitan desempeñar su función como organismo principal del grupo de acción sanitaria mundial, de conformidad con los acuerdos a que hayan llegado los coordinadores del Comité Permanente entre Organismos, y para asumir el papel de organismo principal del grupo de acción sanitaria sobre el terreno;

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

- 2) que fortalezca la capacidad de la OMS de atender un aumento repentino de la demanda, junto con los asociados del grupo de acción sanitaria mundial y los Estados Miembros, con inclusión del establecimiento de acuerdos permanentes y mecanismos de respuesta rápida para desplegar y sostener equipos de respuesta con recursos apropiados para atender emergencias humanitarias;
- 3) que procure que en las crisis humanitarias la Secretaría de la OMS ofrezca a los Estados Miembros y los asociados humanitarios un apoyo previsible mediante la coordinación de la evaluación y el análisis rápidos de las necesidades humanitarias, incluyendo como parte de la respuesta del Comité Permanente entre Organismos la preparación de una estrategia y un plan de acción con bases científicas, el monitoreo de la situación sanitaria y la respuesta del sector de la salud, la detección de deficiencias, la movilización de recursos y la aplicación de las medidas necesarias de promoción para la acción sanitaria en crisis humanitarias;
- 4) que defina los compromisos y las funciones básicos, así como las normas de desempeño de la Organización en las emergencias humanitarias, incluida su función como organismo principal del grupo de acción sanitaria mundial y organismo principal del grupo de acción sanitaria sobre el terreno, y vele por la implicación completa de los niveles de país, regional y mundial de la Organización para su ejecución de conformidad con los puntos de comparación establecidos, teniendo en cuenta el trabajo en marcha del programa humanitario transformador del Comité Permanente entre Organismos;
- 5) que ofrezca una respuesta humanitaria más rápida, eficaz y previsible poniendo en marcha el nuevo marco de respuesta a las emergencias, cuyos puntos de comparación deben ser acordes con la reforma de la ayuda humanitaria, y que responda de su desempeño por comparación con dichos estándares;
- 6) que establezca los mecanismos necesarios para movilizar la capacidad técnica especializada de la OMS en todas las disciplinas y todos los niveles para ofrecer la orientación y el apoyo necesarios a los Estados Miembros, así como a los asociados del grupo de acción sanitaria en las crisis humanitarias;
- 7) que apoye a los Estados Miembros y los asociados en el proceso de recuperación, alineando la planificación de la recuperación, incluida la gestión de riesgos en situaciones de emergencia así como la reducción de riesgos y la preparación para las situaciones de desastre, con las políticas nacionales de desarrollo y las reformas sanitarias en marcha, y que aproveche las oportunidades que presenta la planificación de la recuperación posterior a un desastre o conflicto;
- 8) que proporcione liderazgo a escala mundial en la elaboración de métodos para la recopilación y distribución sistemáticas de datos sobre los ataques a los establecimientos de salud, el personal sanitario, los vehículos sanitarios y los pacientes en emergencias sanitarias complejas, coordinándose con otros organismos pertinentes de las Naciones Unidas, otros agentes pertinentes y organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales, evitando la duplicación de esfuerzos;
- 9) que, por conducto del Consejo Ejecutivo, presente un informe sobre los progresos realizados en la aplicación de la presente resolución a la 67.^a Asamblea Mundial de la Salud y, en lo sucesivo, cada dos años.

(Décima sesión plenaria, 26 de mayo de 2012 -
Comisión B, tercer informe)

WHA65.21 Eliminación de la esquistosomiasis¹

La 65.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe sobre la eliminación de la esquistosomiasis;²

Recordando las resoluciones WHA3.26, WHA28.53, WHA29.58 y WHA54.19 sobre la esquistosomiasis;

Vista la resolución EM/RC54/R.3 sobre enfermedades tropicales desatendidas: un problema de salud pública emergente en la Región del Mediterráneo Oriental, adoptada por el Comité Regional para el Mediterráneo Oriental, en la que se pide a los Estados Miembros que, entre otras cosas, mantengan en las zonas de baja transmisión actividades eficaces de control con el fin de eliminar la esquistosomiasis;

Manifestando su preocupación por el hecho de que la esquistosomiasis siga siendo un importante problema de salud pública en los países en los que es endémica y de que no se haya logrado en 2010 el objetivo fijado en la resolución WHA54.19 de alcanzar la meta mínima consistente en administrar periódicamente quimioterapia a por lo menos el 75% de los niños en edad escolar en riesgo de contraer la enfermedad;

Vista la ampliación de la cobertura del tratamiento de la esquistosomiasis de 12 millones de personas en 2006 a 32,6 millones en 2010, y el aumento del acceso al prazicuantel gracias a las donaciones del medicamento y al mayor apoyo prestado por los asociados al control de las enfermedades tropicales desatendidas en los países en los que la enfermedad es endémica;

Felicitando a los Estados Miembros, a la Secretaría y a los asociados por el aumento del acceso al prazicuantel, así como de los recursos para ampliar el control de la esquistosomiasis;

Alentada por la interrupción de la transmisión en algunos países en los que la esquistosomiasis es endémica;

Felicitando a los países con esquistosomiasis endémica que, gracias al fortalecimiento de los programas y de la vigilancia, no han notificado nuevos casos autóctonos,

1. PIDE a todos los países en los que la esquistosomiasis es endémica:
 - 1) que concedan importancia a la prevención y el control de la esquistosomiasis, analicen y preparen planes viables con metas progresivas, intensifiquen las intervenciones de control y refuerzen la vigilancia;
 - 2) que aprovechen plenamente los programas que no sean de salud para mejorar el medio ambiente, con el fin de interrumpir la transmisión de la esquistosomiasis y acelerar la eliminación del huésped intermediario;
 - 3) que aseguren el abastecimiento de medicamentos esenciales;

¹ En el anexo 5 se exponen las repercusiones financieras y administrativas de esta resolución para la Secretaría.

² Documento A65/21.

2. INSTA a los Estados Miembros, a la Secretaría y a los asociados a que presten apoyo a los países en los que la esquistosomiasis es endémica para que amplíen los programas de control;
3. PIDE a la Directora General:
 - 1) que aliente a los Estados Miembros y a la comunidad internacional a que faciliten los medios y recursos necesarios y suficientes, en particular medicamentos, agua, saneamiento e intervenciones de higiene para intensificar los programas de control en la mayoría de los países endémicos e iniciar campañas de eliminación donde sea apropiado;
 - 2) que prepare orientaciones para los Estados Miembros con el fin de determinar cuándo iniciar campañas de eliminación, junto con métodos para la ejecución de los programas y la manera de documentar que han tenido éxito;
 - 3) que evalúe, a petición de los interesados, la interrupción de la transmisión en los Estados Miembros apropiados, con el fin de analizar la situación mundial de la prevención y el control de la esquistosomiasis, el modelo epidémico y las dificultades principales, a efectos de ofrecer recomendaciones y orientación focalizados;
 - 4) que elabore un procedimiento para evaluar la interrupción de la transmisión de la esquistosomiasis en los países interesados con miras a certificar que la transmisión se ha eliminado en ellos;
 - 5) que durante la fase siguiente a la eliminación ayude a los países certificados como exentos de esquistosomiasis a poner en práctica medidas preventivas a efectos de evitar que se vuelva a introducir la transmisión;
 - 6) que, por conducto del Consejo Ejecutivo, informe cada tres años a la Asamblea Mundial de la Salud acerca de los progresos realizados en la aplicación de la presente resolución.

(Décima sesión plenaria, 26 de mayo de 2012 -
Comisión B, tercer informe)

WHA65.22 Seguimiento del informe del Grupo consultivo de expertos en investigación y desarrollo: financiación y coordinación¹

La 65.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe del Grupo consultivo de expertos en investigación y desarrollo: financiación y coordinación;²

Recordando la resolución WHA63.28, en la que se pedía a la Directora General, entre otras cosas, que estableciera un grupo consultivo de expertos con el fin de hacer avanzar la labor del Grupo de Expertos establecido anteriormente en virtud de la resolución WHA61.21, y que presentara el informe final a la 65.^a Asamblea Mundial de la Salud;

Recordando asimismo las resoluciones WHA59.24, WHA61.21 y WHA62.16,

¹ En el anexo 5 se exponen las repercusiones financieras y administrativas de esta resolución para la Secretaría.

² Documento A65/24, anexo y Corr.1.

1. ACOGE CON SATISFACCIÓN el análisis realizado en el informe del Grupo consultivo de expertos en investigación y desarrollo: financiación y coordinación y expresa su reconocimiento al Presidente, el Vicepresidente y todos los miembros del Grupo consultivo por la labor realizada;
2. INSTA a los Estados Miembros:¹
 - 1) a que lleven a cabo consultas de ámbito nacional entre todas las partes interesadas pertinentes a fin de examinar el informe del Grupo consultivo de expertos y otros análisis relacionados que se traduzcan en propuestas y medidas concretas;
 - 2) a que participen activamente en las reuniones de nivel regional y mundial mencionadas en esta resolución;
 - 3) a que, cuando sea posible, apliquen en sus respectivos países las propuestas y medidas determinadas en las consultas nacionales;
 - 4) a que establezcan mecanismos, o refuercen los existentes, para mejorar la coordinación de la investigación y el desarrollo,² en colaboración con la OMS y con otros asociados pertinentes, según corresponda;
3. EXHORTA a los Estados Miembros,³ el sector privado, instituciones académicas y organizaciones no gubernamentales a que aumenten sus inversiones en investigación y desarrollo sanitarios en relación con las enfermedades de tipo II y tipo III y las necesidades específicas de investigación y desarrollo de los países en desarrollo en relación con las enfermedades de tipo I;
4. PIDE a los comités regionales que debatan en sus reuniones de 2012 el informe del Grupo consultivo de expertos en el contexto de la aplicación de la estrategia mundial y plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual³ a fin de contribuir con propuestas y medidas concretas;
5. PIDE a la Directora General que celebre una reunión abierta de Estados Miembros⁴ en la que se analizará a fondo el informe y la viabilidad de las recomendaciones propuestas por el Grupo consultivo de expertos, teniendo en cuenta cuando proceda otros estudios conexos, así como los resultados de las consultas nacionales y los debates de los comités regionales, y se elaborarán propuestas y opciones en relación con 1) la coordinación de las investigaciones, 2) la financiación y 3) la vigilancia de los gastos en investigación y desarrollo,⁵ que se habrán de presentar, como parte de un punto sustantivo dedicado al seguimiento del informe del Grupo consultivo de expertos, a la 66.^a Asamblea Mundial de la Salud por conducto del Consejo Ejecutivo en su 132.^a reunión.

(Décima sesión plenaria, 26 de mayo de 2012 -
Comisión A, cuarto informe)

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

² En el contexto de la presente resolución, investigación y desarrollo designa la investigación y el desarrollo sanitarios relacionados con las enfermedades de tipo II y de tipo III y las necesidades específicas de investigación y desarrollo de los países en desarrollo en relación con las enfermedades de tipo I.

³ Resoluciones WHA61.21 y WHA62.16.

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

⁵ Según se establece en la Estrategia mundial y plan de acción de la OMS sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual.

WHA65.23 Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005)¹

La 65.ª Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo considerado los informes sobre la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005);²

Recordando la resolución WHA58.3 sobre la revisión del Reglamento Sanitario Internacional, que subrayó la continua importancia del Reglamento Sanitario Internacional como el instrumento neurálgico para protegerse de la propagación internacional de enfermedades, y que entre otras cosas insta a los Estados Miembros a que creen, refuercen y mantengan las capacidades prescritas en el Reglamento Sanitario Internacional (2005), y movilicen los recursos necesarios a tal efecto;

Recordando que el párrafo 1 del artículo 5 y el párrafo 1 del artículo 13 del Reglamento Sanitario Internacional (2005) disponen que cada Estado Parte desarrollará, reforzará y mantendrá, lo antes posible, pero a más tardar cinco años después de la fecha de entrada en vigor del presente Reglamento para ese Estado Parte, la capacidad de detectar, evaluar y notificar eventos de conformidad con el presente Reglamento, y presentar informes sobre ellos, según lo previsto en el anexo 1, y responder con prontitud y eficacia a los riesgos para la salud pública y las emergencias de salud pública de importancia internacional según lo establecido en dicho anexo, y que el plazo para contar con estas capacidades básicas de salud pública se cumple en junio de 2012, pero un número reducido de Estados Parte podrá hacerlo más tarde;³

Recordando asimismo la resolución WHA61.2 sobre la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005), que instó a los Estados Miembros a que adoptaran medidas para velar por que la capacidad nacional básica especificada en el anexo 1 del Reglamento se desarrolle, se refuerce y se mantenga, de conformidad con los artículos 5 y 13 del Reglamento Sanitario Internacional (2005);

Reconociendo que siguen existiendo dificultades en la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005), especialmente en lo que se refiere a los puntos de entrada, incluso respecto de la comprensión operativa del Reglamento Sanitario Internacional, lo que hace necesario reforzar las capacidades relativas al anexo 1B;

Reconociendo la importancia de que se disponga de instrumentos y procedimientos para efectuar un seguimiento continuo de las capacidades básicas relativas a las secciones A y B del anexo 1 del Reglamento Sanitario Internacional (2005);

Recordando igualmente la resolución WHA64.1 sobre la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005), que instó a los Estados Miembros a que prestaran 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) 2009,⁴

¹ En el anexo 5 se exponen las repercusiones financieras y administrativas de esta resolución para la Secretaría.

² Documento A65/17 y A65/17 Add.1.

³ Los plazos de los Estados Parte que formularon reservas al Reglamento Sanitario Internacional (2005) (los Estados Unidos de América y la India) se cumplen un poco después (la entrada en vigor para el primero fue el 18 de julio de 2007, y para el segundo el 8 de agosto de 2007). Lo mismo sucede con Montenegro (entrada en vigor el 5 de febrero de 2008), que pasó a ser Estado Parte después de la entrada en vigor del reglamento el 15 de junio de 2007; e igualmente para Liechtenstein (que pasó a ser Estado Parte el 28 de marzo de 2012).

⁴ Documento A64/10.

que en su primera recomendación señalaba la necesidad de acelerar la puesta en práctica de las necesidades básicas requeridas por el Reglamento;

Reconociendo la necesidad de fortalecer la función y la capacidad de los Estados Partes y las organizaciones internacionales en la aplicación efectiva del Reglamento Sanitario Internacional (2005), lo que exige el compromiso constructivo de las partes interesadas, del sector de la salud y de sectores ajenos a ella, así como de las redes regionales y transregionales de Estados Partes;

Reconociendo que, según lo dispuesto en el Reglamento Sanitario Internacional (2005), los Estados Partes pueden avisar a la OMS y obtener, sobre la base de una necesidad justificada acompañada de un plan de aplicación, una prórroga de dos años para cumplir con sus obligaciones, y reconociendo en particular la decisión de muchos Estados Miembros de la OMS de obtener esa prórroga,

1. AFIRMA su renovado compromiso de aplicar cabalmente el Reglamento Sanitario Internacional (2005);
2. INSTA a los Estados Partes:¹
 - 1) a que procuren reconocer las deficiencias restantes, incluso institucionales, humanas y de recursos financieros, en el desarrollo, fortalecimiento y mantenimiento de las capacidades básicas de salud pública requeridas por el Reglamento Sanitario Internacional (2005), en particular por los artículos 5 y 13 y el anexo 1, de acuerdo con sus planes nacionales de aplicación;
 - 2) a que adopten las medidas necesarias para preparar y poner en efecto planes nacionales de aplicación apropiados con el fin de lograr el fortalecimiento, desarrollo y mantenimiento de las capacidades básicas de salud pública que prescribe el Reglamento Sanitario Internacional (2005);
 - 3) a que respeten los plazos estipulados en los artículos 5 y 13 y el anexo 1 del Reglamento Sanitario Internacional (2005) para emprender y ultimar las actividades y comunicaciones relativas al cumplimiento de los requisitos de capacidad básica y los procedimientos para las prórrogas correspondientes;
 - 4) a que fortalezcan la coordinación y colaboración, tanto intersectorial como multisectorial, de los Estados Partes y dentro de ellos para desarrollar, e implantar y mantener las capacidades básicas de salud pública y las funciones operativas requeridas de conformidad con el Reglamento Sanitario Internacional (2005);
 - 5) a que refuercen aún más la colaboración activa entre los Estados Partes, la OMS y otras organizaciones y asociados pertinentes, según proceda, con medidas que incluyan la movilización de apoyo técnico, financiero y logístico para la creación de capacidades básicas de salud pública, con el fin de garantizar la aplicación plena del Reglamento Sanitario Internacional (2005);
 - 6) a que confirmen de nuevo su apoyo a los países en desarrollo y los países con economías en transición que lo soliciten en la creación, el fortalecimiento y el mantenimiento de las capacidades básicas de salud pública requeridas en virtud del Reglamento Sanitario Internacional (2005);

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

3. PIDE a la Directora General:

- 1) que cree y refuerce las capacidades de la Secretaría para desempeñar plena y efectivamente las funciones que se le encomiendan en el Reglamento Sanitario Internacional (2005), en particular mediante operaciones sanitarias estratégicas para prestar apoyo a los países y las redes regionales y transregionales de Estados Partes en la detección, notificación y evaluación de emergencias de salud pública y la adopción de las correspondientes medidas de respuesta y de fortalecimiento de la capacidad;
- 2) que colabore con los Estados Partes y les preste asistencia a través de los ministerios de salud y de todos los demás ministerios y sectores pertinentes en la movilización de apoyo técnico y de recursos económicos para respaldar la creación, fortalecimiento y mantenimiento de las capacidades básicas exigidas en virtud del Reglamento Sanitario Internacional (2005), en particular las relativas al anexo 1B en relación con las capacidades básicas en los puntos de entrada, incluido el apoyo técnico necesario para ayudar a los países interesados a evaluar sus propias necesidades y a reforzar los argumentos para invertir en la aplicación del Reglamento, de conformidad con los planes nacionales;
- 3) que promueva el compromiso de las organizaciones internacionales pertinentes y las partes interesadas para fortalecer su contribución a una aplicación efectiva del Reglamento Sanitario Internacional (2005);
- 4) que asegure el intercambio transparente de información sobre los progresos realizados por los Estados Partes en la implantación plena de las capacidades básicas nacionales exigidas en virtud del Reglamento Sanitario Internacional (2005), a fin de facilitar la prestación del apoyo apropiado que sea necesario, incluso proporcionando orientaciones y capacitación, publicando para ello en el sitio de acceso restringido de la OMS para los Centros Nacionales de Enlace para el RSI la lista de los Estados Partes que hayan solicitado y recibido prórrogas del plazo establecido inicialmente;
- 5) que facilite la prestación entre Estados Partes del apoyo apropiado para que se establezcan las capacidades básicas nacionales exigidas en virtud del Reglamento Sanitario Internacional (2005), publicando para ello en el sitio de acceso restringido de la OMS para los Centros Nacionales de Enlace para el RSI un resumen pertinente de la información de los países recopilada mediante el marco de seguimiento de las capacidades nacionales del RSI;
- 6) que haga un seguimiento de los progresos de cada Estado Parte al que se le haya prorrogado el plazo establecido inicialmente, utilizando para ello los planes presentados con la solicitud de prórroga y los informes anuales que, de conformidad con los artículos 5.2 y 13.2 del Reglamento Sanitario Internacional (2005), se le exigen a todos los Estados Partes que hayan recibido prórrogas;
- 7) que siga de cerca el mantenimiento de las capacidades básicas nacionales exigidas en virtud del Reglamento Sanitario Internacional (2005) en todos los Estados Partes que no hayan solicitado prórrogas del plazo, mediante la elaboración de métodos de evaluación apropiados del funcionamiento efectivo de las capacidades básicas establecidas;
- 8) que formule y publique los criterios que utilizará en 2014 la Directora General, con el asesoramiento del Comité de Examen del Reglamento Sanitario Internacional (2005), cuando tome decisiones acerca de la concesión de nuevas prórrogas al plazo para el establecimiento de las capacidades básicas nacionales, según lo estipulado en los artículos 5.2 y 13.2;

- 9) que presente a la 66.^a Asamblea Mundial de la Salud, por conducto del Consejo Ejecutivo en su 132.^a reunión, un informe interino sobre los progresos realizados;
- 10) que informe a la 67.^a Asamblea Mundial de la Salud, por conducto del Consejo Ejecutivo en su 134.^a reunión, de los progresos realizados por los Estados Partes y por la Secretaría en la ejecución de la presente resolución.

(Décima sesión plenaria, 26 de mayo de 2012 -
Comisión A, cuarto informe)

DECISIONES

WHA65(1) Composición de la Comisión de Credenciales

La 65.^a Asamblea Mundial de la Salud estableció una Comisión de Credenciales integrada por delegados de los Estados Miembros siguientes: Emiratos Árabes Unidos, Guyana, Islas Marshall, Kirguistán, Luxemburgo, Malawi, México, Níger, San Marino, Santo Tomé y Príncipe, Tailandia y Viet Nam.

(Primera sesión plenaria, 21 de mayo de 2012)

WHA65(2) Elección del Presidente y de los Vicepresidentes de la 65.^a Asamblea Mundial de la Salud

La 65.^a Asamblea Mundial de la Salud eligió al Presidente y a los Vicepresidentes:

Presidente: Profesora Thérèse N'Dri-Yoman (Côte d'Ivoire)

Vicepresidentes: Dra. Esperanza Martínez (Paraguay)
Sr. Andrei Usatii (República de Moldova)
Profesor Ali Ghufron Mukti (Indonesia)
Dra. Suraya Dalil (Afganistán)
Sr. Charles Sigoto (Islas Salomón)

(Primera sesión plenaria, 21 de mayo de 2012)

WHA65(3) Constitución de la Mesa de la Asamblea

La 65.^a Asamblea Mundial de la Salud eligió a los delegados de los 17 países siguientes para formar parte de la Mesa de la Asamblea: Bahamas, Camboya, Chad, China, Cuba, Dinamarca, Djibouti, Estados Unidos de América, Federación de Rusia, Francia, Kenya, Lesotho, Liberia, Mauritania, Nicaragua, Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, Turkmenistán.

(Primera sesión plenaria, 21 de mayo de 2012)

WHA65(4) Elección de la Mesa de las comisiones principales

La 65.^a Asamblea Mundial de la Salud eligió a los Presidentes de las comisiones principales:

Comisión A: Presidente Dr. Lyonpo Zangley Dukpa (Bhután)

Comisión B: Presidente Profesor Mohammad Hossein Nicknam
(República Islámica del Irán)

(Primera sesión plenaria, 21 de mayo de 2012)

Las comisiones principales eligieron después a los Vicepresidentes y Relatores:

Comisión A:	Vicepresidentes	Dr. Fenton Ferguson (Jamaica) Sr. Herbert Barnard (Países Bajos)
	Relator	Dr. Mohamed Jiddawi (República Unida de Tanzania)
Comisión B:	Vicepresidentes	Profesor Charles Kondi Agba (Togo) Dr. Enrique Tayag (Filipinas)
	Relator	Dr. Paul Gully (Canadá)

(Primeras sesiones de las Comisiones A y B, 21 y 23 de mayo de 2012, respectivamente)

WHA65(5) Adopción del orden del día

La 65.^a Asamblea Mundial de la Salud adoptó el orden del día provisional preparado por el Consejo Ejecutivo en su 130.^a reunión, después de suprimir dos puntos.

(Segunda sesión plenaria, 21 de mayo de 2012)

WHA65(6) Verificación de credenciales

La 65.^a 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, Dominica, Ecuador, Egipto, El Salvador, Emiratos Árabes Unidos, Eritrea, Eslovaquia, Eslovenia, España, Estados Unidos de América, Estonia, Etiopía, Ex República Yugoslava de Macedonia, Federación de Rusia, Fiji, Filipinas, Finlandia, Francia, Gabón, Gambia, Georgia, Ghana, Grecia, Guatemala, Guinea, Guinea Ecuatorial, Guyana, Haití, Honduras, Hungría, India, Indonesia, Irán (República Islámica del), Iraq, Irlanda, Islandia, Islas Cook, Islas Marshall, Islas Salomón, Israel, Italia, Jamaica, Japón, Jordania, Kazajstán, Kenya, Kirguistán, Kiribati, Kuwait, Lesotho, Letonia, Líbano, Liberia, Libia, 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 Zelandia, Omán, Países Bajos, Pakistán, Palau, Panamá, Papua Nueva Guinea, Paraguay, Perú, Polonia, Portugal, Qatar, Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, República Árabe Siria, República Centroafricana, República Checa, República de Corea, República Democrática del Congo, República Democrática Popular Lao, República de Moldova, República Dominicana, República Popular Democrática de Corea, República Unida de Tanzania, Rumania, Rwanda, Saint Kitts y Nevis, Samoa, San Marino, Santo Tomé y Príncipe, Senegal, Serbia, Seychelles, Sierra Leona, Singapur, Somalia, Sri Lanka, Sudáfrica, Sudán, Sudán del Sur, 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, Zimbabwe.

(Sexta sesión plenaria, 23 de mayo de 2012)

WHA65(7) Elección de Miembros facultados para designar una persona que forme parte del Consejo Ejecutivo

La 65.^a Asamblea Mundial de la Salud, después de examinar las recomendaciones de la Mesa de la Asamblea, eligió a los siguientes países como Miembros facultados para designar una persona que forme parte del Consejo Ejecutivo: Australia, Azerbaiyán, Bélgica, Chad, Croacia, Cuba, Líbano, Lituania, Malasia, Maldivas, Panamá y República Islámica del Irán.

(Novena sesión plenaria, 25 de mayo de 2012)

WHA65(8) Prevención y control de las enfermedades no transmisibles: resultados de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles

La 65.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Recordando la Declaración Política 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,¹ en particular el párrafo 62, que llama a preparar recomendaciones para establecer, antes de fines de 2012, un conjunto de objetivos mundiales de aplicación voluntaria para prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles, así como los compromisos contraídos para abordar las enfermedades no transmisibles, principalmente las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes y los factores de riesgo comunes subyacentes, a saber, el consumo de tabaco, las dietas malsanas, la inactividad física y el uso nocivo del alcohol;

Reafirmando el papel rector de la OMS como principal organismo especializado en el sector de la salud, según reconoce la Asamblea General de las Naciones Unidas en la Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles, y su responsabilidad con la plena participación de los Estados Miembros² en aplicación de los párrafos 61 y 62 de la Declaración Política en la creación de un marco mundial de vigilancia integral, que comprenda un conjunto de indicadores y sea aplicable a una amplia gama de situaciones regionales y nacionales, y un conjunto de metas mundiales de aplicación voluntaria para prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles, antes del final de 2012;

Recordando el compromiso contraído en la resolución WHA60.23 para alcanzar la meta de reducir las tasas de mortalidad por ENT en un 2% anualmente durante el periodo 2006-2015,

- 1) Acogió con agrado los informes sobre prevención y control de las enfermedades no transmisibles,³ y reconoció los importantes progresos realizados en estrecha colaboración con los Estados Miembros en aplicación de los párrafos 61 y 62 de la Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles;
- 2) Decidió adoptar una meta mundial de una reducción del 25% de la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles para 2025;

¹ Resolución 66/2 de la Asamblea General de las Naciones Unidas.

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

³ Documentos A65/6 y A65/6 Add.1.

- 3) Expresó su firme apoyo a las actividades adicionales orientadas a propiciar un consenso en torno a metas relacionadas con los cuatro factores de riesgo principales, esto es, el consumo de tabaco, las dietas poco saludables, la inactividad física y el uso nocivo del alcohol;
- 4) Tomó nota del amplio respaldo expresado por los Estados Miembros¹ y otras partes interesadas en torno a las metas de aplicación voluntaria consideradas hasta la fecha, en particular las relacionadas con la hipertensión arterial, el consumo de tabaco, sal y sodio, y la inactividad física;
- 5) Tomó nota asimismo de que las consultas realizadas hasta la fecha, incluidos los debates habidos en la 65.^a Asamblea Mundial de la Salud, han puesto de manifiesto el apoyo de los Estados Miembros¹ y otras partes interesadas al desarrollo de metas relacionadas con la obesidad, la ingesta de grasas, el alcohol, el colesterol y las respuestas del sistema de salud, tal como la disponibilidad de medicamentos esenciales para las enfermedades no transmisibles;
- 6) Tomó nota de que durante el proceso de seguimiento de las enfermedades no transmisibles establecido en virtud de la resolución EB130.R7 pueden surgir otros indicadores y metas;
- 7) Instó a todos los Estados Miembros¹ a que participen plenamente en todas las etapas restantes del proceso de seguimiento de las enfermedades no transmisibles descrito en la resolución EB130.R7, incluidas las consultas a escala regional y mundial;
- 8) Pidió a la Directora General:
 - 1) que emprendiera nuevas actividades técnicas sobre las metas y los indicadores y preparara una versión revisada del documento de debate sobre el marco mundial de vigilancia integral, en el que queden reflejadas las deliberaciones y comunicaciones habidas hasta la fecha, y que tenga en cuenta la mensurabilidad, la viabilidad, las posibilidades de consecución y las estrategias de la OMS existentes en esa esfera;
 - 2) que consultara a los Estados Miembros,¹ por conducto de los comités regionales si fuera preciso, y, cuando procediera, a los grupos de trabajo regionales de técnicos y expertos que informan a los comités regionales a través de la Secretaría, acerca de este documento de debate revisado;
 - 3) que siguiera consultando a todas las partes interesadas pertinentes de manera transparente acerca del documento de debate revisado mencionado en el párrafo 8(1);
 - 4) que preparara un informe en el que se resuman los resultados de las deliberaciones de cada uno de los comités regionales y las aportaciones de los diálogos mantenidos con las partes interesadas que se mencionan en el párrafo 8(3);
 - 5) que convocara una reunión oficial de Estados Miembros,² que se celebraría antes del final de octubre de 2012, para ultimar los trabajos sobre el marco mundial de vigilancia integral, incluidos indicadores y un conjunto de metas voluntarias mundiales para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles;

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

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

6) que presentara a la 66.^a Asamblea de la Salud, por conducto del Consejo Ejecutivo en su 132.^a reunión, un informe sustantivo sobre las recomendaciones relacionadas con los párrafos 61 y 62 de la Declaración Política 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

(Décima sesión plenaria, 26 de mayo de 2012)

WHA65(9) Reforma de la OMS

La 65.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado los documentos sobre la reforma de la OMS presentados a la Asamblea Mundial de la Salud;¹

Habiendo tenido en cuenta los debates celebrados y las decisiones adoptadas sobre la reforma de la OMS por el Consejo Ejecutivo durante su 129.^a reunión, en mayo de 2011, la reunión extraordinaria sobre la reforma que celebró en noviembre de 2011, su 130.^a reunión, en enero de 2012, y la reunión de los Estados Miembros sobre los programas y el establecimiento de prioridades, en febrero de 2012,

DECIDIÓ:

Reformas programáticas

- 1) *a)* acoger agrado el informe del Presidente del Consejo Ejecutivo sobre la reunión de los Estados Miembros acerca de los programas y el establecimiento de prioridades, así como los criterios, las categorías y los plazos establecidos en sus tres apéndices;²
b) pedir a la Directora General que utilizara el marco acordado³ y la orientación proporcionada por la 65.^a Asamblea Mundial de la Salud, especialmente en lo concerniente a los determinantes de la salud y la equidad, para elaborar el proyecto de Duodécimo Programa General de Trabajo y el proyecto de presupuesto por programas 2014-2015;

Reformas de la gobernanza

- 2) respaldar la decisión adoptada por el Consejo Ejecutivo en su reunión extraordinaria de noviembre de 2011⁴ de fortalecer, simplificar y mejorar los métodos de trabajo y las funciones de los órganos deliberantes;
- 3) mantener el actual cronograma de las reuniones de los órganos deliberantes y volver a abordar el tema en la reunión que celebre el Consejo Ejecutivo en enero de 2013 y, a modo de preparativo, presentar un estudio de viabilidad sobre la posibilidad de desplazar el ejercicio financiero;

¹ Documentos A65/5, A65/5 Add.1, A65/5 Add.2, A65/40, A65/43 y A65/INF.DOC./6.

² Véase el documento A65/40.

³ Véase el documento A65/5 Add.1.

⁴ Decisión EBSS2(2).

- 4) hacer suyas las siguientes propuestas de mejora del alineamiento entre los comités regionales y el Consejo Ejecutivo:
- a) que se pida a los comités regionales que formulen observaciones y hagan aportaciones para todas las estrategias, políticas e instrumentos jurídicos mundiales, tales como convenciones, reglamentos y códigos;
 - b) que la Asamblea de la Salud remita puntos específicos a los comités regionales con el fin de beneficiarse de las diversas perspectivas regionales;
 - c) que los comités regionales adapten y apliquen estrategias mundiales según proceda;
 - d) que los presidentes de los comités regionales presenten regularmente al Consejo un informe resumido sobre las deliberaciones de los Comités;
- 5) respaldar las siguientes propuestas destinadas a mejorar la armonización entre los comités regionales en relación con el proceso de propuesta de nombramiento de directores regionales, el examen de las credenciales y la participación de observadores;

Propuestas de nombramiento de directores regionales

- a) que los comités regionales que aún no lo han hecho, en consonancia con los principios de equidad, rendición de cuentas y transparencia, establezcan:
 - i) criterios para la selección de candidatos; y
 - ii) un procedimiento de evaluación de las cualificaciones de todos los candidatos;

Examen de las credenciales de los Estados Miembros

- b) que los comités regionales que aún no lo han hecho designen comisiones de credenciales o confíen la tarea de examinar las credenciales a la mesa del comité regional;

Participación de observadores

- c) que los comités regionales que aún no lo han hecho se aseguren de que en su reglamento interior figuren disposiciones que hagan posible invitar a observadores a asistir a las reuniones, incluidos, cuando proceda, los Estados Miembros de otras regiones y las organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales;
- 6) tomar nota de que el mandato revisado del Comité de Programa, Presupuesto y Administración será presentado al Consejo Ejecutivo en su 131.^a reunión;
- 7) respaldar las siguientes propuestas tendentes a agilizar la adopción de decisiones y mejorar las reuniones de los órganos deliberantes:
- a) que la Mesa del Consejo, al examinar los puntos a incluir en el orden del día del Consejo, aplique criterios, incluidos los empleados para establecer las prioridades en el programa general de trabajo;
 - b) que el Consejo estudie la posibilidad de modificar su Reglamento Interior a fin de gestionar la presentación tardía de proyectos de resolución;

- c)* que los órganos deliberantes hagan un mejor uso de los resúmenes del Presidente consignados en las actas oficiales, en el entendimiento de que no reemplazan a las resoluciones oficiales;
- 8) pedir a la Directora General que, en consulta con los Estados Miembros:
- a)* proponga opciones sobre los posibles cambios que sería necesario introducir en los reglamentos interiores de los órganos deliberantes para limitar el número de puntos incluidos en el orden del día y de resoluciones;
- b)* proponga opciones sobre la manera de racionalizar la presentación de informes y la comunicación con los Estados Miembros;
- 9) pedir a la Directora General:
- a)* que presente al Consejo Ejecutivo en su 132.^a reunión, en enero de 2013, un proyecto de documento de política sobre el compromiso de la OMS con las organizaciones no gubernamentales;
- b)* que presente al Consejo Ejecutivo en su 133.^a reunión, en mayo de 2013, un proyecto de documento de política sobre las relaciones con entidades comerciales privadas;
- c)* que presente al Consejo Ejecutivo en su 132.^a reunión un informe sobre los acuerdos de acogida de alianzas en pro de la salud por la OMS y sobre las propuestas de armonización de las actividades con las alianzas acogidas;

y además, en apoyo de la preparación de los documentos descritos en los subpárrafos 9(*a*), *b*) y *c*), que la Directora General oriente su actuación basándose en los siguientes principios:

- i)* el carácter intergubernamental de la adopción de decisiones en la OMS sigue teniendo una importancia capital;
- ii)* la formulación de normas, patrones, políticas y estrategias, que forma el núcleo del trabajo de la OMS, tiene que seguir basándose en el uso sistemático de datos probatorios y debe protegerse de la influencia de cualquier forma de intereses creados;
- iii)* la necesidad de realizar las debidas consultas con todas las partes pertinentes teniendo en cuenta los principios y directrices establecidos para los contactos de la OMS con los Estados Miembros y otras partes;
- iv)* toda iniciativa nueva tendrá que ofrecer beneficios claros y agregar valor en el sentido de enriquecer las políticas o acrecentar la capacidad nacional desde la perspectiva de la salud pública;
- v)* el aprovechamiento de los mecanismos existentes es preferible a la organización de foros, reuniones o estructuras nuevas, y debe hacerse un análisis que demuestre claramente que cualquier costo adicional se traducirá en mejores resultados;

Reformas de la gestión

- 10) tomar nota de los progresos realizados en relación con el fortalecimiento del apoyo técnico y normativo a todos los Estados Miembros;
- 11) tomar nota de los progresos realizados en el ámbito de las políticas y prácticas relativas al personal;
- 12) pedir a la Directora General que, basándose en las orientaciones recibidas de la 65.^a Asamblea Mundial de la Salud, siga elaborando las propuestas tendentes a aumentar la transparencia, previsibilidad y flexibilidad de la financiación de la OMS para presentarlas al Consejo Ejecutivo en su 132.^a reunión;
- 13) tomar nota de los progresos del desarrollo del marco de control interno de la OMS;
- 14) tomar nota de los progresos realizados en las áreas de la rendición de cuentas, la gestión de riesgos, los conflictos de intereses y la creación de una oficina de ética;
- 15) tomar nota de que el proyecto de política de evaluación de la OMS se presentará al Consejo Ejecutivo en su 131.^a reunión;
- 16)
 - a) tomar nota de las conclusiones y recomendaciones consignados en el informe sobre la primera etapa de la evaluación presentado por el Comisario de Cuentas;¹
 - b) tomar nota del mandato propuesto de la segunda etapa de la evaluación independiente conforme a lo expuesto en el informe del Comisario de Cuentas y pedir a la Directora General que proporcione un documento sobre las modalidades específicas de esa evaluación para someterlo a la consideración del Consejo Ejecutivo en su 132.^a reunión;
- 17) tomar nota de los progresos realizados en el área de las comunicaciones estratégicas;
- 18) respaldar las decisiones y conclusiones emanadas de la reunión extraordinaria sobre la reforma que celebró el Consejo en lo que se refiere a la eficacia, alineamiento y eficiencia institucionales; la financiación de la Organización; las políticas y gestión de recursos humanos; la planificación, gestión y rendición de cuentas basadas en resultados, y las comunicaciones estratégicas;²
- 19) pedir a la Directora General que, por conducto del Consejo Ejecutivo en su 132.^a reunión, informe a la 66.^a Asamblea Mundial de la Salud sobre los progresos realizados en la aplicación de la reforma de la OMS sobre la base de un marco de vigilancia y aplicación.

(Décima sesión plenaria, 26 de mayo de 2012)

¹ Documento A65/5 Add.2.

² Decisión EBSS2(3).

**WHA65(10) 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 65.^a Asamblea Mundial de la Salud nombró miembro del Comité de la Caja de Pensiones del Personal de la OMS al Dr. Ali Jaffer Mohamed, miembro de la delegación de Omán, y miembro suplente al Dr. Michel Tailhades, miembro de la delegación de Suiza, en ambos casos por un mandato de tres años, es decir, hasta mayo de 2015.

(Décima sesión plenaria, 26 de mayo de 2012)

**WHA65(11) Designación del país o la zona en que se ha de reunir la 66.^a Asamblea
Mundial de la Salud**

De conformidad con lo dispuesto en el Artículo 14 de la Constitución, la 65.^a Asamblea Mundial de la Salud decidió que la 66.^a Asamblea Mundial de la Salud se celebrase en Suiza.

(Décima sesión plenaria, 26 de mayo de 2012)

ANEXOS

ANEXO 1

Contrato del Director General¹

[A65/4 Rev.1 – 26 de abril de 2012]

En el día de hoy, veintitrés de mayo del año dos mil doce, la Organización Mundial de la Salud (denominada en adelante la Organización), de una parte, y la Dra. Margaret Fu Chun Chan Fung (denominada en adelante la Directora General), de otra,

POR CUANTO

1) Según lo dispuesto en el Artículo 31 de la Constitución de la Organización, la Directora General de la Organización debe ser nombrada por la Asamblea Mundial de la Salud (denominada en adelante la Asamblea de la Salud) a propuesta del Consejo Ejecutivo (denominado en adelante el Consejo) y en las condiciones que la Asamblea de la Salud determine; y

2) La Directora General ha sido debidamente propuesta por el Consejo y nombrada por la Asamblea de la Salud en su sesión del día veintitrés de mayo del año dos mil doce por un periodo de cinco años,

ESTIPULAN POR EL PRESENTE CONTRATO lo que sigue:

I. 1) La Directora General desempeñará las funciones de su cargo desde el día primero de julio del año dos mil doce hasta el día treinta de junio del año dos mil diecisiete, fecha de expiración del nombramiento y del presente Contrato.

2) Bajo la autoridad del Consejo, la Directora General desempeñará las funciones de jefe de los servicios técnicos y administrativos de la Organización, con las atribuciones que se expresan en la Constitución y en los reglamentos de la Organización y con las que puedan señalarle la Asamblea de la Salud o el Consejo.

3) La Directora General estará sujeta a las disposiciones del Estatuto del Personal de la Organización en la medida en que le sean aplicables. En particular, no podrá ocupar ningún otro puesto administrativo ni recibir emolumentos de ninguna entidad ajena a la Organización por actividades relacionadas con la Organización. No tendrá ninguna ocupación mercantil ni aceptará ningún empleo o actividad incompatibles con sus funciones en la Organización.

4) La Directora General gozará, durante el ejercicio de sus funciones, de todas las prerrogativas e inmunidades que corresponden a su cargo en virtud de la Constitución de la Organización y de todos los acuerdos pertinentes que estén en vigor o que puedan concertarse ulteriormente.

¹ Véase la resolución WHA65.1.

5) La Directora General podrá en cualquier momento, avisando con seis meses de antelación, presentar por escrito su dimisión al Consejo, el cual está facultado para aceptarla en nombre de la Asamblea de la Salud; en ese caso, a la expiración del plazo indicado, la Directora General cesará en sus funciones y el presente Contrato dejará de surtir efecto.

6) La Asamblea de la Salud, a propuesta del Consejo y después de oír a la Directora General, tendrá derecho, por razones de gravedad excepcional que puedan redundar en perjuicio de los intereses de la Organización, a rescindir el presente Contrato dando el oportuno aviso por escrito con una antelación mínima de seis meses.

II. 1) Desde el día primero de julio del año dos mil doce, la Directora General percibirá de la Organización un sueldo anual de doscientos treinta y dos mil ochocientos cincuenta y nueve dólares de los Estados Unidos de América que, una vez deducidos los impuestos del personal, dejará una retribución líquida anual, pagadera por meses, de ciento setenta y seis mil quinientos y un dólares de los Estados Unidos de América (con familiares a cargo) o de ciento cincuenta y seis mil novecientos sesenta y cuatro dólares de los Estados Unidos de América (sin familiares a cargo), o de su equivalente en cualquier otra moneda que las partes en el presente Contrato elijan de común acuerdo.

2) Además de los reajustes y subsidios que normalmente perciben los funcionarios de la Organización en aplicación del Reglamento de Personal, la Directora General recibirá una gratificación anual para gastos de representación de veintiún mil dólares de los Estados Unidos de América, o su equivalente en cualquier otra moneda que las partes en el presente Contrato elijan de común acuerdo, suma que será pagadera por meses a partir del día primero de julio del año dos mil doce. El uso de esa gratificación quedará a la entera discreción de la Directora General, que la empleará para atender los gastos de representación que ocasione el ejercicio de sus funciones oficiales. La Directora General tendrá derecho al reembolso de ciertos gastos, como los de viaje y mudanza que ocasionen su nombramiento, los cambios posteriores de su lugar de destino, su cese, los viajes en comisión de servicio y los viajes por licencia al país de origen.

III. La Asamblea de la Salud, a propuesta del Consejo y previa consulta con la Directora General, podrá revisar y modificar las cláusulas del presente Contrato relativas al sueldo y a la gratificación para gastos de representación, para ponerlas en consonancia con las disposiciones cuya aplicación decida la Asamblea de la Salud respecto de las condiciones de empleo de los miembros del personal en funciones.

IV. Cualquier discrepancia de interpretación o cualquier litigio a que pueda dar lugar el presente Contrato y que no se resuelvan por vía de negociación o de amigable composición, se someterán en última instancia al tribunal competente de conformidad con el Reglamento de Personal.

EN FE DE LO CUAL firmamos de nuestro puño y letra el presente documento en la fecha que antes se indica.

Dra. Margaret Chan
[firma] Directora General

Profesora Thérèse N'Dri-Yoman
[firma] Presidenta de la Asamblea Mundial de la Salud

ANEXO 2

Plan de aplicación integral sobre nutrición materna, del lactante y del niño pequeño¹

[A65/11 - 26 de abril de 2012, y Corr.1 – 11 de mayo de 2012]

FUNDAMENTO

Los problemas de nutrición mundiales son multifacéticos

1. El suministro suficiente de nutrientes, desde las primeras etapas de la vida, es decisivo para un buen desarrollo físico y mental y para gozar de buena salud durante mucho tiempo. La escasa disponibilidad o el acceso insuficiente a alimentos de adecuada calidad nutricional o la exposición a condiciones que perjudican la absorción y el uso de los nutrientes ha llevado a grandes sectores de la población mundial a la desnutrición, a padecer un déficit de vitaminas y minerales, o bien al sobrepeso y la obesidad, apreciándose grandes diferencias entre los grupos de población. Estos problemas suelen presentarse simultáneamente y están interconectados.

2. En lo concerniente a las mujeres, los bajos índices de masa corporal y la baja estatura tienen elevada prevalencia en los países de ingresos bajos, lo que provoca un mal desarrollo fetal, aumenta el riesgo de complicaciones durante el embarazo y entraña la necesidad de un parto asistido.² En algunos países de Asia centromeridional, más del 10% de las mujeres de entre 15 y 49 años miden menos de 145 cm. En el África subsahariana y Asia centromeridional y sudoriental, más del 20% de las mujeres tienen un índice de masa corporal inferior a 18,5 kg/m², y la proporción se eleva hasta el 40% en Bangladesh, Eritrea y la India. A la inversa, una crecida proporción de mujeres comienza el embarazo con un índice de masa corporal superior a 30 kg/m², lo que acrecienta el riesgo de complicaciones durante el embarazo y en el parto, hace aumentar el peso al nacer y aumenta el riesgo de obesidad infantil.

3. La anemia ferropénica afecta al 30% de las mujeres en edad fecunda (468 millones), y al 42% de las embarazadas (56 millones). La anemia materna se asocia al menor peso al nacer y al aumento del riesgo de la mortalidad materna. Las tasas de anemia no han mejorado de manera apreciable en los dos últimos decenios.³

¹ Respaldo por la 65.ª Asamblea Mundial de la Salud en su resolución WHA65.6.

² Black RE et al. Maternal and Child Undernutrition Study Group. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. *Lancet*, 2008; **371**:243-260. También se extrajeron datos del proyecto Monitoring and Evaluation to Assess and Use Results Demographic and Health Surveys (MEASURE DHS) (<http://www.measuredhs.com/Data/>, consultado el 27 de marzo de 2012).

³ Comité Permanente de Nutrición del Sistema de las Naciones Unidas. *Progress in nutrition: Sixth report on the world nutrition situation*. Ginebra, Secretaría del Comité Permanente de Nutrición del Sistema de las Naciones Unidas, 2010.

4. Según las estimaciones, cada año nacen 13 millones de niños afectados de retraso del crecimiento intrauterino¹ y unos 20 millones con insuficiencia ponderal.² Un niño nacido con insuficiencia ponderal está expuesto a un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad y también es más probable que padezca ulteriormente enfermedades no transmisibles, como diabetes e hipertensión.

5. En 2010, alrededor de 115 millones de niños de todo el mundo presentaban insuficiencia ponderal, 55 millones tenían bajo peso en relación a la talla, y 171 millones de niños menores de cinco años sufrían retrasos del crecimiento.³ Se estima que en los países en desarrollo la proporción de menores de cinco años con insuficiencia ponderal descendió del 29% al 18% entre 1990 y 2010, tasa esta que sigue siendo inadecuada para cumplir la meta 1.C del primero de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, a saber, reducir a la mitad los niveles de insuficiencia ponderal entre 1990 y 2015. Se registró una disminución suficiente en Asia y América Latina, pero se requieren aún considerables esfuerzos en África. Además, en 2010, 43 millones de preescolares de países tanto desarrollados como en desarrollo padecían sobrepeso u obesidad.⁴ La prevalencia de la obesidad infantil en los países de ingresos bajos y medios se ha acelerado en los últimos 10 años; la OMS estima que en 2015 la tasa llegará al 11%, cercana a la prevalencia en los países de ingresos medios altos (12%). Es probable que los niños obesos se conviertan en adultos obesos, que corran un mayor riesgo de padecer diabetes de tipo 2 así como trastornos hepáticos y trastornos respiratorios ligados al sueño, y que vean disminuidas sus posibilidades de buen desempeño social y económico en la vida adulta.

6. La anemia afecta al 47,4% (293 millones de niños) de la población en edad preescolar,⁵ y el 33,3% (190 millones) de esa población en el mundo entero padece avitaminosis A.⁶

7. También influyen en el estado nutricional varios factores ambientales. En países en que la prevalencia de la infección por el VIH es alta, esta infección tiene un impacto directo en el estado nutricional de las mujeres y los niños infectados, así como un efecto indirecto por la alteración de la seguridad alimentaria de los hogares y la elección inadecuada de prácticas de alimentación de los lactantes para prevenir la transmisión del VIH de la madre al niño. La deficiente seguridad alimentaria también aumenta las conductas de riesgo de las mujeres, lo que acrecienta su riesgo de contraer la infección. El consumo de tabaco (tanto el fumar como el tabaco sin humo) durante el embarazo afecta adversamente la salud del feto. El tabaquismo materno así como la exposición al humo de tabaco ambiental durante el embarazo aumenta el riesgo de complicaciones en este periodo, incluidos la insuficiencia ponderal al nacer y los nacimientos prematuros. En muchos países de ingresos bajos y medios está aumentando el número de fumadores, particularmente chicas y mujeres en edad fecunda. Aunque en muchos países la proporción de mujeres que fuman es baja, las mujeres y su prole siguen corriendo riesgos importantes de que el embarazo entrañe

¹ de Onís M, Blössner M, Villar J. Levels and patterns of intrauterine growth retardation in developing countries. *European Journal of Clinical Nutrition*, 1998; **52**(Suppl.1):S5-S15.

² Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y Organización Mundial de la Salud. *Low birthweight: country, regional and global estimates*. Nueva York, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2004.

³ Insuficiencia ponderal y retraso del crecimiento en: *Estadísticas sanitarias mundiales 2010*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2010.

⁴ de Onís M, Blössner M, Borghi E. Global prevalence and trends of overweight and obesity among preschool children. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 2010; **92**:1257-64.

⁵ De Benoist B, McLean E, Egli I, Cogswell M (Eds). *Worldwide prevalence of anaemia 1993-2005. WHO global database on anaemia*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008, pp.1-40.

⁶ *Global prevalence of vitamin A deficiency in populations at risk 1995-2005: WHO global database on vitamin A deficiency*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2009.

efectos perjudiciales a causa de su exposición al humo ajeno. Por el consumo de tabaco se transmiten los contaminantes del tabaco al feto a través de la placenta y a los neonatos a través de la leche materna. El gasto en tabaco también limita la capacidad de las familias para proporcionar una mejor nutrición a las embarazadas y los hijos.

8. La malnutrición infantil es la causa subyacente de un 35% de las defunciones de menores de cinco años. Más de dos millones de niños mueren cada año por haber padecido desnutrición antes de los cinco años, y se estima que la anemia ferropénica contribuye a un número significativo de defunciones maternas cada año en los países de ingresos bajos y medios. La desnutrición materna e infantil representa el 11% de la carga mundial de morbilidad.¹

9. La malnutrición influye negativamente en el desarrollo cognitivo, el rendimiento escolar y la productividad. El retraso del crecimiento y la carencia de yodo y de hierro, combinados con una insuficiente estimulación cognitiva, están entre los principales factores de riesgo responsables de que alrededor de 200 millones de niños, según las estimaciones, no logren desarrollarse al máximo de su potencial. Por cada incremento del 1% en la estatura de la población adulta, los salarios agrícolas suben un 4%.² La eliminación de la anemia, por otra parte, traería consigo un aumento de entre el 5% y el 17% de la productividad de los adultos. La malnutrición obstaculiza el progreso hacia la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio 1 (Erradicar la pobreza extrema y el hambre), 2 (Lograr la enseñanza primaria universal), 3 (Promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer), 4 (Reducir la mortalidad infantil), 5 (Mejorar la salud materna) y 6 (Combatir el VIH/sida, el paludismo y otras enfermedades).

Aunque existen medidas nutricionales eficaces, no se aplican a una escala lo bastante grande

10. Un examen y análisis de políticas de los Estados Miembros realizados en 2009 y 2010,³ indicó que la mayoría de los países disponen de una batería de políticas y programas de nutrición, que sin embargo suelen ser insuficientes ante la complejidad de los problemas ligados a la nutrición de la madre, el lactante y el niño pequeño, por lo que no tienen la repercusión esperada.

11. Incluso cuando existen políticas de nutrición, no siempre han sido adoptadas oficialmente. Además, rara vez se concretan en planes operativos y programas de trabajo con metas y objetivos, plazos y resultados claramente definidos, en ellas no se especifican las funciones y responsabilidades de las distintas partes ni se determinan las necesidades en materia de personal y medios de acción, y tampoco incorporan un mecanismo para evaluar el proceso y sus resultados.

12. En el mencionado estudio sobre políticas se afirma que corregir la desnutrición de las madres no es un objetivo prioritario en los países con una carga elevada de mortalidad materna. De los 36 países con mayor carga de desnutrición, pocos son los que aplican a escala nacional el arsenal completo de intervenciones eficaces para prevenir la insuficiencia ponderal en los niños y la desnutrición en las madres y potenciar el desarrollo en la primera infancia.

¹ Black RE et al. Maternal and Child Undernutrition Study Group. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. *Lancet*. 2008; **371**:243-260.

² Haddad L, Bouis HE. *The impact of nutritional status on agricultural productivity: wage evidence from the Philippines*. Warwick (Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte), Development Economics Research Centre. Papers, No. 97. 1989.

³ *A review of food and nutrition policies*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2012.

13. Faltan orientaciones detalladas para aplicar las intervenciones que se pueden gestionar directamente desde el sector de la salud, y allí donde los sistemas de salud son frágiles esas intervenciones se aplican solo parcialmente. Muchos países han adoptado estrategias integradas de salud de la madre, el recién nacido y el niño en las que se prevén intervenciones nutricionales, pero en la práctica el apoyo en temas de nutrición que se presta desde los servicios de salud suele ser insuficiente, y existen pocos indicadores para medir la cobertura.

14. En las estrategias nacionales de desarrollo no se tiene debidamente en cuenta la nutrición. Las políticas nacionales de alimentos y nutrición suelen girar en torno a modelos de información y elección con conocimiento de causa, dejando algo de lado eventuales medidas estructurales, fiscales y normativas para modificar las desfavorables condiciones en que tiene lugar el suministro de alimentos.

15. Se observa escasa coordinación entre los distintos interlocutores en la ejecución de los programas. En todas las regiones, los ministerios de salud centralizan la mayor parte de las labores de coordinación y gestión de políticas, con aportaciones variables de los ministerios de educación, agricultura, alimentación y protección social. A menudo la ejecución de políticas y programas depende de fondos externos y no resulta por ello sostenible. No se lleva a cabo, o se hace de forma deficiente, un seguimiento sistemático de las actividades.

16. No hay coherencia entre los países a la hora de aplicar el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y las ulteriores resoluciones conexas de la Asamblea de la Salud. Se han implantado reglamentaciones estatutarias en 103 Estados Miembros, y en otros nueve están en la fase de proyecto. En 37 Estados Miembros rigen disposiciones de cumplimiento voluntario por parte de los fabricantes de preparaciones para lactantes, y 25 Estados Miembros no han adoptado medida alguna para hacer aplicar el Código. No se dispone de información sobre 20 Estados Miembros.¹

17. Entre los 103 Estados Miembros que han legislado en la materia, la mayoría tiene disposiciones que prohíben la promoción de determinados productos entre la población y el personal sanitario, y en los centros de atención de salud, así como disposiciones en materia de etiquetado. Menos numerosos son los Estados Miembros donde hay disposiciones sobre las advertencias de contaminación y donde están prohibidas las declaraciones sobre propiedades nutricionales y beneficiosas para la salud.

18. En menos de la mitad de los países que han adoptado medidas legislativas existen también disposiciones relativas al seguimiento de la aplicación del Código. Solo 37 de esos países han implantado un seguimiento efectivo y/o mecanismos para hacer cumplir el Código. No obstante, se dispone de escasa información sobre las características, el mandato y las funciones de esos mecanismos.

19. Las oficinas regionales siguen actualizando la información sobre la aplicación del Código. En un reciente estudio de la OPS sobre la aplicación del Código en el periodo 1981–2011² se indica que 16 países cuentan con medidas legislativas y seis de ellos reglamentan la aplicación de la ley correspondiente.

¹ Información del UNICEF; estos países comprenden también todos los Estados Miembros que presentaron informes sobre la aplicación del Código conforme a lo dispuesto en los artículos 11.6 y 11.7. Se enviaron cuestionarios a los Estados Miembros en 2007 y 2009, y los resultados se resumieron en los documentos A61/17 Add.1, sección F, y A63/9.

² Sokol E, Aguayo V, Clark D. *Protecting breastfeeding in West and Central Africa: 25 years implementing the International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes*. Dakar, Oficina Regional de UNICEF para África Occidental y Central, 2007.

En 2007, un examen de 24 países de África occidental y central realizado por el UNICEF¹ daba cuenta de que la mitad de esos países habían implantado amplias medidas legislativas en la materia.

OBJETIVO, METAS Y PLAZOS

20. El plan tiene por ambición aliviar la doble carga que supone la malnutrición infantil, empezando desde las primeras etapas del desarrollo. Concentrando esfuerzos en el periodo que va desde la concepción hasta los dos años se pueden obtener resultados notables, aunque a la vez conviene tener en cuenta la totalidad del ciclo vital para que el buen estado nutricional se mantenga de forma duradera.

21. Es posible lograr progresos en poco tiempo. La mayoría de los problemas nutricionales pueden resolverse durante la presente generación. Las intervenciones nutricionales actualmente disponibles, por ejemplo, deberían bastar para evitar a corto plazo al menos un tercio de los casos de retraso del crecimiento.² Sin embargo, quizá se requieran plazos más largos para eliminar completamente ciertas enfermedades. Por ello es necesario el compromiso de invertir durante un decenio para potenciar las intervenciones nutricionales y evitar así la muerte de un millón de niños al año. Dada la necesidad de alinear la ejecución del plan con otros programas de desarrollo que también tengan en cuenta la nutrición, se propone que el presente plan tenga una duración de 13 años (2012-2025). Se presentarán informes con una periodicidad bienal hasta 2022 y el último informe se elaborará en 2025.

22. Las metas mundiales son importantes para definir las áreas prioritarias y propiciar el cambio a nivel mundial. Pueden inspirar a los países a la hora de establecer sus prioridades y definir sus ambiciones, pero no pretenden dictar las decisiones de ningún país o región. Las metas mundiales pueden utilizarse para medir los logros y establecer marcos de rendición de cuentas. Hay que fijar metas en relación con las enfermedades nutricionales que provocan una carga importante de morbilidad y mortalidad ligadas a la nutrición desde el momento de la concepción hasta los dos años, a saber: retraso del crecimiento, anemia materna e insuficiencia ponderal del recién nacido.³ La insuficiencia ponderal en la niñez (de la que el retraso del crecimiento representa la mayor fracción) es la principal causa de muerte y de años de vida ajustados en función de la discapacidad en los menores de cinco años. La carencia de hierro, por su parte, contribuye a la mortalidad materna en los países de ingresos bajos y medios. Estas metas vendrían a completar y reforzar la meta 1.C del primer Objetivo de Desarrollo del Milenio, que apunta a reducir la prevalencia de niños con insuficiencia ponderal. Como parte de esa meta, también parece justificado definir una cuarta meta relativa al sobrepeso infantil, habida cuenta del rápido incremento de la prevalencia de esta patología observado en todo el mundo. Las metas propuestas se basan en la experiencia de los países y en la existencia de intervenciones eficaces.

23. **Meta mundial 1: de aquí a 2025, reducir en un 40% el número de niños menores de cinco años en el mundo que sufre retraso en el crecimiento.** Esta meta supone una reducción relativa del 40% para el año 2025 en el número de niños que padece retraso en el crecimiento, tomando los datos

¹ 30 años del Código en América Latina: Un recorrido sobre diversas experiencias de aplicación del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna en la Región entre 1981 y 2011. Washington DC., OPS, 2011.

² Bhutta ZA et al. for the Maternal and Child Undernutrition Study Group. What works? Interventions for maternal and child undernutrition and survival. *Lancet*, 2008; **371**:417-440.

³ El establecimiento de metas mundiales fue una petición formulada por los Estados Miembros en el curso de la consulta regional. En las consultas regionales celebradas en la Región de las Américas y la Región del Mediterráneo Oriental se definieron una serie de metas provisionales, pero se requiere un debate más amplio con los Estados Miembros en el Consejo Ejecutivo y por medio de consultas electrónicas.

de 2010 como punto de partida. Esto se podría traducir en una reducción relativa anual del 3,9% entre 2012 y 2025,¹ e implica reducir el número de niños con retraso en el crecimiento de 171 millones en 2010 a aproximadamente 100 millones, es decir, unos 25 millones menos de lo que sería esa cifra si se mantuviera la tendencia actual.² Un análisis de 110 países respecto de los que se dispone de datos sobre la prevalencia del retraso en el crecimiento de al menos dos ocasiones durante el periodo 1995-2010,³ revela que el retraso en el crecimiento a nivel mundial está disminuyendo a un ritmo del 1,8% anual (2,6% en países con una prevalencia superior al 30%). En ese periodo, el 20% de los países han reducido el retraso en el crecimiento a un ritmo del 3,9% o más.

24. Meta mundial 2: de aquí a 2025, reducir a la mitad las tasas de anemia en mujeres en edad fecunda. Esta meta supone una reducción relativa del 50% de aquí a 2025 en el número de mujeres no embarazadas en edad fecunda (de 15 a 49 años) aquejadas de anemia, con relación a una línea base establecida en el periodo 1993-2005, utilizada como referencia y punto de partida. Esto se traduciría en una reducción relativa del 5,3% anual entre 2012 y 2025, e implica reducir el número de mujeres no embarazadas aquejadas de anemia hasta aproximadamente 230 millones. Tal y como indican las reiteradas encuestas nacionales mencionadas en el sexto informe sobre la situación de la nutrición en el mundo del Comité Permanente de Nutrición del Sistema de las Naciones Unidas, varios países han registrado una reducción de la prevalencia de anemia en mujeres no embarazadas,⁴ a saber: China, del 50% al 19,9% en un periodo de 21 años (1981-2002); Nepal, del 65% al 34% en un periodo de 8 años (1998-2006); Sri Lanka, del 59,8% al 31,9% en un periodo de 13 años (1988-2001); Camboya, del 56,2% al 44,4% en un periodo de 6 años (2000-2006), Viet Nam, del 40% al 24,3% en un periodo de 14 años (1987-2001), y Guatemala, del 35% al 20,2% en un periodo de 7 años (1995-2002). Esas estimaciones apuntan a una reducción relativa anual del 4% al 8%.

25. Meta mundial 3: de aquí a 2025, reducir en un 30% la insuficiencia ponderal al nacer. Esta meta supone una reducción relativa del 30% para el año 2025 del número de niños nacidos con menos de 2500 gramos, con relación a una línea base establecida en el periodo 2006-2010, utilizada como referencia y punto de partida. Esto se traduciría en una reducción relativa anual del 3,9% entre 2012 y 2025. En Bangladesh y la India, donde vienen al mundo alrededor de la mitad de los niños del planeta aquejados de insuficiencia ponderal al nacer, la prevalencia de este problema pasó, respectivamente, del 30,0% al 21,6% (entre 1998 y 2006) y del 30,4% al 28,0% (entre 1999 y 2005). También se han observado caídas de la prevalencia de la insuficiencia ponderal del recién nacido en El Salvador (del 13,0% al 7% entre 1998 y 2003), Sudáfrica (del 15,1% al 9,9% entre 1998 y 2003) y la República Unida de Tanzania (del 13,0% al 9,5% entre 1999 y 2005). En estos tres casos las tasas de reducción registradas son del orden del 1% al 12% al año. Las mayores tasas de reducción se han registrado en los países donde un gran porcentaje de los casos de insuficiencia ponderal al nacer se debe al retraso del crecimiento intrauterino, que es más fácil de reducir que los partos prematuros.

26. Meta mundial 4: de aquí a 2025, lograr que no aumenten los niveles de sobrepeso en la niñez. Esta meta supone que la prevalencia mundial del 6,7% (correspondiente a un intervalo de confianza del 95% (CI) 5,6-7,7) estimada para 2010 no debería llegar al 10,8% (en 2025), con arreglo a las tendencias

¹ $r = \ln(P1/P2)/t$.

² de Onís M, Blössner M, Borghi E. Prevalence and trends of stunting among pre-school children, 1990–2020. *Public Health Nutrition*, 2012, 15:142–148.

³ Obtenido mediante 430 puntos de medición.

⁴ Comité Permanente de Nutrición del Sistema de las Naciones Unidas. *Sixth report on the world nutrition situation*. Ginebra, 2010.

actuales,¹ y que el número de niños con sobrepeso menores de cinco años no debería pasar de 43 millones a aproximadamente 70 millones, tal y como podría preverse. Las tasas de aumento varían entre las distintas partes del mundo, con incrementos más rápidos en los países cuyos sistemas alimentarios están en plena expansión, como por ejemplo en el norte de África. En los países de ingresos más altos, la información nacional y regional de que se dispone indica que los grupos con un nivel socioeconómico más alto registran un menor incremento de la obesidad infantil. Las intervenciones relacionadas con el modo de vida y el medio ambiente acometidas en tales circunstancias pueden utilizarse como ejemplos de buenas prácticas. En los países de ingresos bajos y medios hay poca experiencia en materia de programas. Los programas destinados a reducir la obesidad infantil se han dirigido principalmente a niños en edad escolar.² También sería importante prevenir el aumento del sobrepeso infantil en los países que están tratando de reducir el retraso en el crecimiento.

27. Meta mundial 5: de aquí a 2025, aumentar las tasas de lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida hasta un 50% como mínimo. Esta meta implica que la media mundial actual, estimada en el 37% para el periodo 2006-2010, deberá aumentar hasta el 50% de aquí a 2025. Ello supone un incremento relativo anual del 2,3%, lo que significa que aproximadamente 10 millones de niños más se alimentarán exclusivamente de leche materna hasta los seis meses de edad. A escala mundial, las tasas de lactancia materna exclusiva aumentaron de un 14% en 1985 a un 38% en 1995, pero después descendieron en casi todas las regiones. No obstante, se han producido aumentos rápidos y considerables de las tasas de lactancia materna exclusiva, que a menudo sobrepasan la meta mundial propuesta, en determinados países de todas las regiones, como Camboya (de un 12% al 60% entre 2000 y 2005), Malí (de un 8% a un 38% entre 1996 y 2006) y el Perú (de un 33% al 64% entre 1992 y 2007).

28. Meta mundial 6: de aquí a 2025, reducir la emaciación en la niñez y mantenerla por debajo del 5%. Esta meta implica que la prevalencia mundial de la emaciación en la niñez, estimada en el 8,6% para 2010, se deberá reducir a menos del 5% para 2025 y se deberá mantener por debajo de ese nivel.³ En el periodo 2005-2010, 53 países han notificado tasas de emaciación en la niñez superiores al 5% por lo menos una vez. La reducción de la emaciación requiere la aplicación de intervenciones preventivas tales como la mejora del acceso a alimentos de alta calidad y a la atención de salud; la mejora de los conocimientos y las prácticas sobre nutrición y salud; la promoción de la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses y la promoción de las prácticas mejoradas de alimentación complementaria para todos los niños de 6 a 24 meses de edad; y el mejoramiento de los sistemas de agua y saneamiento y las prácticas en materia de higiene para proteger a los niños frente a las enfermedades transmisibles. Se puede tratar a un gran número de niños con emaciación grave en sus propias comunidades sin necesidad de ingresarlos en un establecimiento sanitario o un centro de alimentación terapéutica.⁴ En el caso de la malnutrición aguda moderada, el tratamiento se deberá basar en el uso óptimo de los alimentos disponibles localmente, complementados, cuando sea necesario, con suplementos alimenticios formulados específicamente.

¹ de Onís M, Blössner M, Borghi E. Global prevalence and trends of overweight and obesity among preschool children. *American Journal of Clinical Nutrition*, 2010, 92:1257–1264.

² Population-based prevention strategies for childhood obesity: report of a WHO forum and technical meeting, Ginebra, 15–17 de diciembre de 2009.

³ Estimaciones de la OMS de la tendencia mundial y regional de la malnutrición en la niñez.

⁴ Community-based management of severe acute malnutrition. A Joint Statement by the World Health Organization, the World Food Programme, the United Nations System Standing Committee on Nutrition and the United Nations Children's Fund. OMS, Ginebra, 2007.

ACCIONES

29. Este plan de acción ilustra una serie de acciones prioritarias que deben ser realizadas conjuntamente por los Estados Miembros y los asociados internacionales. Habrá que adaptarlas a cada región y país, lo que estará a cargo de las instituciones regionales y nacionales competentes.

ACCIÓN 1: Crear un entorno propicio para la aplicación de políticas integrales de alimentación y nutrición

30. Para alcanzar las metas de nutrición hacen falta un apoyo político de alto nivel y un apoyo social amplio. Las políticas vigentes sobre alimentación y nutrición tendrán que ser revisadas para que atiendan integralmente los principales problemas de nutrición y aborden su distribución dentro de la sociedad. Otra finalidad es lograr que la nutrición ocupe un lugar central en las políticas de otros sectores y en la política de desarrollo general. La ejecución satisfactoria de estas políticas depende de varios factores de importancia decisiva: *a)* la adopción oficial por los órganos gubernamentales competentes; *b)* el establecimiento de un mecanismo de gobernanza intersectorial; *c)* la implicación de los asociados para el desarrollo; y *d)* la participación de las comunidades locales. El sector privado también puede contribuir a mejorar el suministro de alimentos y aumentar el empleo y, en consecuencia, los ingresos. Deberán adoptarse medidas de protección adecuadas para evitar posibles conflictos de intereses.

31. Actividades que se proponen a los Estados Miembros

- a)* Revisar las políticas de nutrición con el fin de que aborden integralmente la doble carga de la malnutrición con un enfoque de derechos humanos y el respaldo oficial del poder legislativo o el gobierno.
- b)* Incluir la nutrición en la política de desarrollo general del país, los documentos de estrategia de lucha contra la pobreza y las estrategias sectoriales pertinentes.
- c)* Establecer mecanismos eficaces de gobernanza intersectorial para la ejecución de las políticas de nutrición en el plano nacional y local que contribuyan a la integración de las políticas de los distintos sectores.
- d)* Involucrar a los gobiernos y las comunidades locales en el diseño de los planes para ampliar las acciones en materia de nutrición y lograr que se integren en los programas comunitarios existentes.
- e)* Entablar un diálogo con partes nacionales e internacionales pertinentes y formar alianzas para ampliar las acciones en materia de nutrición, mediante el establecimiento de mecanismos adecuados de protección contra posibles conflictos de intereses.

32. Actividades que se proponen a la Secretaría

- a)* Brindar apoyo a los Estados Miembros que lo soliciten para fortalecer las políticas y estrategias nacionales en materia de nutrición, así como los componentes sobre este tema de las políticas de otros sectores, en particular las políticas de desarrollo nacional y los documentos de estrategia de lucha contra la pobreza.

b) Mejorar el acceso a directrices normativas y de políticas, productos informativos, instrumentos y redes de expertos.

33. Actividades que se proponen a los asociados internacionales

a) Llevar a cabo iniciativas de promoción a escala mundial que aumenten la conciencia del público acerca de la necesidad de ampliar las acciones en materia de nutrición.

b) Fortalecer la cooperación internacional en materia de nutrición con el fin de armonizar las normas, políticas y acciones mediante mecanismos y órganos intergubernamentales apropiados, como la Asamblea Mundial de la Salud, el Comité de Seguridad Alimentaria Mundial y el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas.

c) Implicarse en mecanismos o alianzas de coordinación internacional, en particular la Iniciativa SUN para el fomento de la nutrición y el Comité Permanente de Nutrición de las Naciones Unidas.

ACCIÓN 2: Incluir en los planes nacionales de nutrición todas las intervenciones sanitarias eficaces que tengan efectos en la nutrición
--

34. Muchas intervenciones dirigidas a cambiar comportamientos, brindar apoyo nutricional y reducir la exposición a varios factores de riesgo ambiental son eficaces y deberían tenerse en cuenta para aplicarlas a escala nacional. En un documento de antecedentes que acompaña a este plan¹ y que se comunicó a la Biblioteca electrónica de la OMS de datos para la adopción de medidas nutricionales, se enumeran intervenciones nutricionales directas e intervenciones de asistencia sanitaria que tienen repercusiones en la nutrición y pueden ser brindadas por el sistema de salud. En las listas figuran intervenciones que deben considerarse para determinados grupos de población o en circunstancias especiales, en particular las emergencias. El proceso de elaboración de las directrices de la OMS garantiza que los datos científicos se actualicen continuamente y que se señalen las lagunas en la investigación. Esas intervenciones han sido concebidas como opciones que podrían aplicarse en función de las necesidades del país.

35. Los mayores beneficios se obtienen cuando la nutrición se mejora en las etapas iniciales de la vida. Aun así, para mejorar la nutrición también se necesita un método que tenga en cuenta todas las etapas de la vida e incluya actividades dirigidas a niños mayores y adolescentes además de los lactantes y los niños pequeños, con el fin de lograr el mejor entorno posible para las madres antes de la concepción que permita disminuir la incidencia de peso bajo al nacer y rompa el ciclo intergeneracional de la malnutrición. El tratamiento del sobrepeso infantil también requeriría medidas durante los años escolares.²

36. En la medida de lo posible, las intervenciones deben integrarse en los sistemas de asistencia sanitaria. Deben además vincularse con los programas existentes y aplicarse en conjunto para mejorar la costoeficacia. Será esencial la aplicación de los métodos e intervenciones de la OMS, como la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, la Atención Integrada a las Enfermedades de los Adolescentes y los Adultos, y la Atención Integrada del Embarazo y el Parto. Además, el fortalecimiento de los sistemas de salud es un elemento central para que una estrategia nutricional dé buen resultado.

¹ *Essential nutrition actions. Improving maternal-newborn-infant and young child health and nutrition.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2012.

² *Population-based prevention strategies for childhood obesity: report of a WHO forum and technical meeting, Geneva, 15-17 December 2009.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2010.

37. La composición del conjunto de intervenciones se puede basar en las necesidades del país y en la cuantía de las inversiones. Por su costoeficacia, deben ser prioritarios los programas comunitarios que integran a la atención primaria diferentes intervenciones nutricionales directas, acompañados de sistemas que brindan acceso universal. Un grupo de organizaciones del sistema de las Naciones Unidas ha elaborado el instrumento de cálculo de costos denominado OneHealth; es un programa informático que se puede adaptar fácilmente al contexto de los distintos países.

38. Actividades que se proponen a los Estados Miembros

- a)* Incluir en los servicios de salud materna, del niño y del adolescente todas las intervenciones nutricionales de eficacia comprobada que respondan a las necesidades del país, y garantizar el acceso universal.
- b)* Dar cabida en las políticas nacionales a la estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño, la estrategia mundial OMS sobre régimen alimentario, actividad física y salud, y las directrices de la OMS sobre nutrición.
- c)* Fortalecer los sistemas de salud, promover la cobertura universal y los principios de la atención primaria de salud.
- d)* Elaborar o, si es necesario, fortalecer medidas legislativas, de reglamentación y de otra índole que sean eficaces para controlar la comercialización de los sucedáneos de la leche materna a fin de velar por el cumplimiento del Código Internacional de Comercialización de Sucesáneos de la Leche Materna y las resoluciones conexas adoptadas por la Asamblea de la Salud.
- e)* Acometer un intenso programa de campañas para promover la lactancia materna a nivel local.

39. Actividades que se proponen a la Secretaría

- a)* Examinar, actualizar y ampliar las orientaciones e instrumentos de la OMS para realizar acciones eficaces en materia de nutrición, poner de relieve las buenas prácticas de los mecanismos de aplicación, y divulgar la información.
- b)* Someter al análisis de costoeficacia las intervenciones sanitarias que tienen efectos en la nutrición.
- c)* Brindar apoyo a los Estados Miembros que lo soliciten para ejecutar políticas y programas dirigidos a mejorar los resultados nutricionales.
- d)* Brindar apoyo a los Estados Miembros que lo soliciten en sus esfuerzos para elaborar o, si es necesario, fortalecer y vigilar medidas legislativas, de reglamentación y de otra índole que sean eficaces para controlar la comercialización de los sucedáneos de la leche materna.
- e)* Convocar una reunión con los asociados del medio académico para preparar un programa de investigaciones prioritarias.

40. Actividades que se proponen a los asociados internacionales

- a)* Armonizar los planes de ayuda para el desarrollo con las acciones en materia de nutrición que sean eficaces.

- b) Apoyar los componentes relativos a la nutrición de las estrategias de salud maternoinfantil, como la Estrategia integrada de salud de la madre, del recién nacido y del niño.

ACCIÓN 3: Estimular la elaboración de políticas y programas fuera del sector de la salud que reconozcan e incluyan la nutrición

41. Para reducir la doble carga de la desnutrición y el sobrepeso hacen falta estrategias sectoriales de desarrollo que tengan en cuenta los problemas de nutrición; deben dirigirse a promover la demanda y la oferta de alimentos sanos y eliminar las restricciones que dificultan su acceso y el consumo de alimentos más sanos. Han de intervenir muchos sectores, pero deben ser principalmente el agropecuario, el de alimentos elaborados, el de comercio, el de protección social, el de educación, el de trabajo y el de información pública. Se deben considerar también los asuntos comunes, como la igualdad entre hombres y mujeres, la calidad de la gobernanza y las instituciones, y la paz y la seguridad. Estos asuntos se deben tener en cuenta al elaborar y poner en práctica un marco afín al Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, que ha dado un impulso considerable a la lucha antitabáquica.

42. El Comité sobre la Seguridad Alimentaria Mundial está preparando un marco estratégico mundial sobre la seguridad alimentaria y la nutrición. Entre tanto, se puede extraer una serie de principios generales de los marcos de política existentes, las experiencias de los países y el análisis de los datos científicos. Por ejemplo, la malnutrición crónica se ha reducido con éxito en algunos países de Asia Sudoriental y América Latina gracias a la ejecución simultánea de políticas y programas enderezados a mejorar la seguridad alimentaria, reducir la pobreza y las desigualdades sociales y mejorar la educación de las madres.

43. Por lo que toca a la seguridad alimentaria, se debe lograr un mayor acceso a alimentos de buena calidad nutritiva¹ en todos los mercados locales a un precio asequible durante todo el año, particularmente mediante el apoyo a la agricultura de pequeños propietarios y con participación de las mujeres; sin embargo, se deben tener en cuenta las posibles repercusiones negativas de la mecanización que desplaza la mano de obra y la producción de cultivos comerciales que impongan presión al tiempo de las mujeres. En lo que respecta a la fabricación de alimentos, se debe mejorar el perfil nutritivo, lo que entraña mejorar el contenido de micronutrientes y reducir el contenido de sal, azúcar, grasas saturadas y grasas *trans*. En el ámbito de la educación, una mejor educación de las mujeres y las mejoras del abastecimiento de agua y el saneamiento se relacionan con una mejor nutrición de los niños.

44. Las políticas sobre el empleo tienen una importancia decisiva para la seguridad alimentaria de las familias, pero las políticas laborales deben también proporcionar suficiente protección a la maternidad y propiciar que las empleadas puedan trabajar en un entorno mejor, que incluya la protección del humo de tabaco ajeno y el acceso a alimentos sanos. En el lugar de trabajo debe crearse un ambiente apropiado para las madres lactantes. La protección social es necesaria para corregir desigualdades y tiene que llegar a los más vulnerables. Las transferencias de efectivo a los pobres se utilizan para satisfacer las necesidades de alimentos. Las transferencias monetarias condicionadas, por las cuales el dinero se entrega a cambio de llevar a los niños a los centros de salud y hacer que asistan a la escuela, pueden tener un efecto positivo en el estado nutricional de los niños, en particular un aumento de la talla y el peso al nacer.

¹ Alimentos con gran densidad de nutrientes y concentraciones bajas de nutrientes que entrañan un aumento del riesgo de enfermedades no transmisibles.

45. Las medidas comerciales, los impuestos y los subsidios son medios importantes de garantizar el acceso y favorecer elecciones alimentarias saludables. Pueden ser instrumentos poderosos cuando se acompañan de información suficiente para los consumidores por medio del rotulado nutricional y la comercialización responsable de los alimentos, así como el mercadeo social y la promoción de regímenes alimentarios y modos de vida saludables.

46. Entre las medidas de política que interesan a diferentes sectores y podrían ser objeto de consideración figuran las siguientes: inversión en la agricultura de pequeña escala y promoción de la producción de frutas y verduras y de variedades ricas en micronutrientes (agricultura); promoción del enriquecimiento de los alimentos con micronutrientes y de la reducción del contenido de sal, azúcares, grasas saturadas y ácidos grasos *trans* (producción de alimentos); mejoras en materia de agua y saneamiento (infraestructuras); inversión en políticas docentes de educación primaria y secundaria de las mujeres y de nutrición en las escuelas (educación); protección de la maternidad en el lugar de trabajo y la seguridad en el lugar de trabajo (trabajo); transferencias monetarias y ayuda alimentaria (protección social); entornos urbanizados saludables (planificación urbana); reglamentación de la publicidad de alimentos y bebidas para niños, planes de etiquetado de los alimentos, medidas de regulación de los precios de los alimentos, aplicación del Código Internacional de Comercialización de los Sucedáneos de la Leche Materna (comercio); aplicación de impuestos especiales sobre el tabaco y el alcohol para financiar la expansión de los programas de nutrición (finanzas); mercadotecnia social para fomentar la lactancia materna, el consumo de alimentos enriquecidos, las dietas saludables y la actividad física (información y movilización social).

47. **Actividades que se proponen a los Estados Miembros**

a) Examinar las políticas en los sectores de agricultura y ganadería, protección social, educación, trabajo y comercio para determinar su efecto en la nutrición e incluir indicadores nutricionales en sus marcos de evaluación.

b) Establecer un diálogo entre el sector de la salud y otros sectores gubernamentales con el fin de considerar medidas de política que podrían mejorar el estado nutricional de la población y abordar posibles conflictos entre las políticas vigentes de los distintos sectores y las políticas sanitarias dirigidas a mejorar la nutrición.

c) Aplicar las recomendaciones sobre promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños (resolución WHA63.14).

48. **Actividades que se proponen a la Secretaría**

a) Elaborar directrices metodológicas sobre el análisis de las repercusiones de las políticas sectoriales sobre la salud y la nutrición, en particular con respecto a los diferentes grupos socioeconómicos y otros grupos vulnerables (por ejemplo, pueblos indígenas).

b) Recabar y dar a conocer ejemplos de buenas prácticas con respecto a las medidas de política sectoriales que benefician a la nutrición.

49. **Actividades que se proponen a los asociados internacionales**

a) Participar en consultas para analizar las implicaciones para la salud y la nutrición de las políticas vigentes sobre comercio, agricultura y ganadería, trabajo, educación y protección social, con miras a conocer y describir opciones de política para mejorar los resultados nutricionales.

- b) Analizar los datos científicos acerca de la eficacia de las intervenciones dirigidas a mejorar la seguridad alimentaria, el bienestar social y la educación en los países de ingresos bajos.

ACCIÓN 4: Proporcionar recursos humanos y económicos suficientes para la aplicación de las intervenciones nutricionales

50. Se necesitan capacidades técnicas y de gestión para poner en práctica los programas de nutrición a escala completa y para idear y ejecutar políticas multisectoriales. La creación de capacidad debería ser parte integral de los planes para ampliar las intervenciones nutricionales. La ampliación de las acciones en materia de nutrición se ve limitada por la cantidad de recursos humanos, y la relación entre el número de agentes de atención primaria y el número de habitantes es un determinante importante de la eficacia de los programas. La creación de capacidad en materia de nutrición es necesaria tanto en el sector de la salud a todos los niveles como en otros sectores.

51. Se necesitan más recursos económicos para aumentar la cobertura de las intervenciones nutricionales. Actualmente, los programas de nutrición reciben menos de un 1% del total de la ayuda para el desarrollo. El Banco Mundial ha calculado que se necesitarían US\$ 10 500 millones cada año para aplicar intervenciones nutricionales prioritarias a escala nacional en los países que sobrellevan la carga más onerosa de desnutrición materna e infantil.¹ Por lo demás, saber con qué recursos se cuenta resulta esencial para sostener un aumento de la ejecución de los programas.

52. Son necesarios esfuerzos colectivos de los gobiernos y los donantes. El aumento de los recursos puede proceder de mecanismos de financiación innovadores, como los debatidos en el contexto de la salud materno-infantil.

53. Los gobiernos han de establecer una partida presupuestaria para los programas de nutrición e identificar las metas de financiación de dichos programas. Pueden utilizarse los impuestos especiales (por ejemplo, sobre el tabaco y el alcohol) para crear fondos nacionales destinados a ampliar las intervenciones nutricionales.

54. A nivel internacional, los mecanismos tomados en consideración para fomentar la salud materno-infantil han sido un servicio financiero internacional, compromisos anticipados de mercado para financiar la investigación y el desarrollo, un mecanismo «De-Tax» para destinar al desarrollo una parte del impuesto sobre el valor añadido de bienes y servicios, y las contribuciones solidarias voluntarias a través de la venta de billetes electrónicos de avión o de los contratos de telefonía móvil. Asimismo, los donantes han considerado la posibilidad de una financiación basada en los resultados como incentivo para alcanzar las metas.

55. Por el lado de los gastos, hay que buscar una mayor eficiencia de los programas de financiación, en particular una mayor armonización de las inversiones de los donantes con las prioridades nacionales, y adoptar medidas para reducir el costo de los suplementos de micronutrientes y de los alimentos terapéuticos listos para el consumo, también mediante la reducción de los derechos de patente.

56. Para mejorar la rendición de cuentas y aumentar la eficiencia será necesario un seguimiento financiero y transparencia en el uso de los recursos.

¹ Horton S. et al. *Scaling up nutrition. What will it cost?* Washington, DC, Banco Mundial, 2010.

57. Actividades que se proponen a los Estados Miembros

- a)* Identificar y cartografiar las necesidades en materia de capacidad e incluir el desarrollo de la capacidad en los planes para ampliar las medidas nutricionales.
- b)* Poner en práctica una estrategia integral de creación de capacidad que incluya tanto el desarrollo del personal como la formación de los líderes, el fortalecimiento de las instituciones académicas, el desarrollo institucional y las alianzas.
- c)* Calcular los costos del plan de expansión y cuantificar los beneficios previstos, con inclusión de la proporción necesaria para el desarrollo de las capacidades y el fortalecimiento de la prestación de servicios.
- d)* Prestar apoyo a las comunidades locales para que pongan en marcha medidas nutricionales a nivel comunitario.
- e)* Establecer una partida presupuestaria y metas nacionales de financiación con respecto a la nutrición.
- f)* Canalizar hacia las intervenciones nutricionales los fondos obtenidos con los impuestos especiales.

58. Actividades que se proponen a la Secretaría

- a)* Apoyar el desarrollo del personal, el liderazgo y las capacidades técnicas y de gestión en materia de nutrición en los Estados Miembros mediante talleres, enseñanza a distancia y comunidades de prácticas, y distribución de materiales de formación.
- b)* Poner a disposición instrumentos perfeccionados para la creación de capacidad y prestar apoyo a los esfuerzos de los Estados Miembros en materia de creación de capacidad.
- c)* Proporcionar instrumentos para calcular los costos de las intervenciones nutricionales.

59. Actividades que se proponen a los asociados internacionales

- a)* Seguir los principios de la Declaración de París sobre la Eficacia de la Ayuda al Desarrollo y del Programa de Acción de Accra, y armonizar el apoyo de los donantes en el ámbito nacional.
- b)* Establecer normas internacionales de competencia específicas para el desarrollo del personal de salud pública en materia de nutrición en las que se reconozcan diferentes niveles de trabajadores (primera línea, gestores y especialistas) y diferentes contextos de las políticas (por ejemplo, capacidades para la acción intersectorial) y prácticas (por ejemplo, la doble carga de la malnutrición), y prestar apoyo a la revisión de los planes de estudios para la formación previa al servicio y en el servicio de los profesionales sanitarios de todos los niveles.
- c)* Establecer alianzas académicas destinadas a proporcionar apoyo institucional al desarrollo de la capacidad en los Estados Miembros.
- d)* Explorar instrumentos financieros innovadores para financiar la expansión de los programas de nutrición.

ACCIÓN 5: Efectuar un seguimiento y una evaluación de la aplicación de las políticas y programas

60. Es necesario un marco de seguimiento bien definido para evaluar los progresos realizados hacia la consecución de los objetivos del plan integral de aplicación. Dicho marco tiene que posibilitar la rendición de cuentas con respecto a las medidas puestas en práctica, a los recursos y a los resultados, y comprende indicadores en relación con los insumos (marcos normativos y jurídicos y recursos humanos), los productos y resultados (aplicación del programa de nutrición y seguridad alimentaria), y las repercusiones (estado nutricional y mortalidad).

61. En el documento de antecedentes preparado por la OMS durante la elaboración del plan¹ se propone una serie de indicadores, que se tienen que adaptar al contexto y a las prioridades de cada país, pero que se mantendrán en la evaluación a escala mundial. Podrían tomarse en consideración otros indicadores para proceder al seguimiento de los progresos en las acciones intersectoriales.

62. Habría que establecer sistemas de vigilancia que garanticen el flujo regular de información hacia las instancias normativas. Los plazos para la presentación de informes deben ajustarse a las prioridades nacionales y a las exigencias de los órganos deliberantes.²

63. Actividades que se proponen a los Estados Miembros

a) Crear o reforzar sistemas de vigilancia para recopilar información sobre determinados indicadores de insumos, productos/resultados y repercusiones.

b) Aplicar los patrones de crecimiento infantil de la OMS con el fin de vigilar las pautas de crecimiento individuales y los niveles de retraso en el crecimiento, emaciación y sobrepeso de la población.

c) Velar por que los indicadores sobre la nutrición se comuniquen adecuadamente en el proceso de examen anual recomendado por la Comisión de Información y Rendición de Cuentas sobre la Salud de la Madre y el Niño en los países con menores ingresos y mayor mortalidad materna e infantil, y por que los diferenciales sociales queden adecuadamente destacados.

64. Actividades que se proponen a la Secretaría

a) Prestar apoyo metodológico para la recopilación de los indicadores seleccionados de insumos, productos y resultados, y repercusiones, tales como la elaboración de protocolos o el diseño de sistemas de vigilancia.

b) Establecer una base de datos de los indicadores de insumos, de productos y resultados, y de repercusiones.

¹ *Indicators to monitor the implementation and achievements of initiatives to scale up nutrition actions*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2012.

² El informe sobre la aplicación del plan podría combinarse con la notificación bienal a la Asamblea de la Salud dispuesta en el párrafo 11.7 del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, adoptado por la Asamblea de la Salud mediante la resolución WHA34.22.

c) Informar sobre los progresos mundiales en materia de elaboración, fortalecimiento y aplicación de planes, políticas y programas nacionales sobre nutrición.

d) Apoyar a los Estados miembros en la aplicación de los patrones de crecimiento infantil de la OMS.

65. Actividades que se proponen a los asociados internacionales

a) Adoptar el marco propuesto con respecto a los indicadores como instrumento de seguimiento de la ejecución de las actividades de desarrollo.

b) Prestar apoyo a la recopilación de información y a su intercambio entre organizaciones con el objetivo de garantizar la cobertura mundial de las bases de datos de los indicadores de insumos, productos y resultados, y repercusiones.

ANEXO 3

Acuerdo entre la Comisión de la Unión Africana y la Organización Mundial de la Salud

[A65/42, anexo – 23 de mayo de 2012]

La Comisión de la Unión Africana (en adelante denominada Comisión de la UA), y

La Organización Mundial de la Salud (en adelante denominada OMS),

denominadas en adelante, de forma individual y colectiva, respectivamente, la Parte y las Partes

Considerando que uno de los objetivos de la Unión Africana (UA), (en adelante denominada UA), tal como se establece en el Acta Constitutiva de la UA, de 11 de julio de 2000, es el logro de una mayor unidad y solidaridad entre los países africanos y entre los pueblos de África; el fomento de la cooperación en todos los ámbitos de la actividad humana; mejorar el nivel de vida de los pueblos africanos, y a este respecto colaborar con los asociados internacionales pertinentes para alcanzar los objetivos comunes;

Considerando que el objetivo de la Organización Mundial de la Salud es alcanzar para todos los pueblos el grado más alto posible de salud, y que para alcanzar ese objetivo la OMS actúa como autoridad directiva y coordinadora en asuntos de sanidad internacional;

Considerando que la UA está llamada a desempeñar determinadas tareas de alcance continental, en armonía con las que la OMS realiza a escala mundial;

Considerando los acuerdos regionales concertados por la OMS con arreglo a lo dispuesto en el capítulo XI de su Constitución y en particular el Artículo 50(d) de la misma;

Recordando la cooperación entre la OMS y la antigua Organización de la Unidad Africana en el marco del Acuerdo entre la Organización Mundial de la Salud y la antigua Organización de la Unidad Africana, de 24 de septiembre de 1969, y los Arreglos para la aplicación práctica de la cooperación entre la Organización Mundial de la Salud y la antigua Organización de la Unidad Africana, de 11 de mayo de 1982, pero reconociendo la necesidad de reemplazar estos instrumentos a raíz del establecimiento de la UA,

Acuerdan lo siguiente:

Artículo I - Naturaleza del presente Acuerdo

El presente Acuerdo regirá las relaciones entre la Comisión de la UA y la OMS.

Artículo II - Objetivos y principios

1. El objetivo del presente Acuerdo consiste en reforzar la cooperación entre la Comisión de la UA y la OMS.
2. A fin de promover este objetivo, la Comisión de la UA y la OMS cooperarán en todas las cuestiones que se planteen en la esfera de la salud y guarden relación con las actividades y los compromisos de ambas

Organizaciones, con inclusión de la promoción y el mejoramiento de la salud, la reducción de la mortalidad y las discapacidades evitables, la prevención de las enfermedades, la lucha contra las posibles amenazas para la salud, la realización de contribuciones para garantizar un alto nivel de protección sanitaria y la inclusión de la salud entre las prioridades del programa internacional de desarrollo en el contexto de la lucha contra la pobreza, la protección del medio ambiente, la promoción del desarrollo social y el mejoramiento de las condiciones de vida y de trabajo.

3. La Comisión de la UA y la OMS reafirman, de conformidad con sus respectivos mandatos, sus compromisos complementarios de atender las necesidades de sus Estados Miembros y países asociados respectivos por todos los medios apropiados, incluidos los siguientes:

- a) el suministro de ayuda para la elaboración y el mantenimiento de intervenciones y sistemas sanitarios eficaces;
- b) la participación de los diversos actores y partes interesadas en la promoción del desarrollo sanitario y el pleno bienestar, así como en la formación de asociaciones de colaboración destinadas a mejorar la salud y llevar a cabo intervenciones relacionadas con la salud;
- c) la contención de las crisis y los brotes epidémicos y la transmisión de conocimientos teóricos y prácticos;
- d) el aprovechamiento de los conocimientos especializados y los recursos de cada Organización y de sus Estados Miembros para añadir valor a sus actividades y coordinar el diseño y la aplicación de las políticas sanitarias y relacionadas con la salud, y
- e) el establecimiento de relaciones armoniosas y la evitación de la duplicación de esfuerzos en la consecución de los objetivos comunes.

4. En la cooperación entre las Partes se respetarán las diferencias entre los arreglos institucionales y operativos por los que se rigen sus actividades, así como sus respectivas competencias básicas y ventajas comparativas a fin de que su colaboración en la esfera de la salud resulte complementaria y sus funciones se refuercen mutuamente.

Artículo III - Esferas de cooperación

1. La cooperación entre la Comisión de la UA y la OMS abarcará todas las cuestiones relacionadas con la salud y esferas conexas que pertenezcan al ámbito de competencia de las Partes, con inclusión, según sea necesario y apropiado, de lo siguiente:

- a) producir, reunir, elaborar y difundir información y datos autorizados para su utilización por las administraciones nacionales, los profesionales de la salud y otras partes competentes en la esfera de la salud, respetando las prescripciones relativas a la protección de datos;
- b) elaborar metodologías e instrumentos para el seguimiento de la situación sanitaria y la vigilancia de las enfermedades, el análisis y la adopción de medidas específicas para abordar determinados problemas sanitarios y relacionados con la salud, la evaluación de las intervenciones sanitarias, el establecimiento de las prioridades pertinentes, y el apoyo al desarrollo y fortalecimiento de los sistemas de salud;
- c) promover las investigaciones y el desarrollo tecnológico relacionados con la salud, hacer un balance de sus resultados y prestar asesoramiento sobre aplicaciones tanto en la esfera sanitaria como en esferas relacionadas con la salud;

- d) movilizar, administrar y coordinar, según proceda, recursos destinados a financiar intervenciones sanitarias en colaboración con actores reconocidos en esta esfera, y cooperar en situaciones de emergencia, como las resultantes de disturbios civiles, guerras y catástrofes naturales;
 - e) destacar personal para fomentar el intercambio de conocimientos especializados.
2. En los casos en que esa cooperación acarree gastos, se celebrarán consultas para determinar la viabilidad y/o la manera de sufragar esos gastos.

Artículo IV - Prioridades

Sin perjuicio de las prioridades de la Comisión de la UA y de la OMS que puedan tener precedencia sobre las esferas de cooperación destacadas en el presente Acuerdo, y con sujeción a los resultados de los exámenes periódicos conjuntos, las actividades de cooperación responderán, entre otras, a las siguientes prioridades:

1. El fortalecimiento de la capacidad de los sistemas de salud y de los recursos humanos;
2. La promoción del acceso a la prevención de las enfermedades, tanto transmisibles como no transmisibles, así como a su tratamiento y atención, y al apoyo correspondiente, incluido el acceso geográfico y financiero en el caso de la población pobre y vulnerable;
3. La elaboración de políticas sólidas y de sistemas eficientes orientados al logro de un desarrollo sanitario sostenible, con inclusión del alivio de la pobreza, la adopción de medidas de preparación y respuesta eficaces para afrontar amenazas y flagelos sanitarios de importancia prioritaria, y la conjunción de esfuerzos para ayudar a los países en desarrollo y a los países menos adelantados;
4. La elaboración de metodologías y normas para el análisis y la presentación de informes, así como el suministro de asesoramiento sobre las respuestas, en particular, a las amenazas planteadas por el paludismo, el VIH/sida, la tuberculosis, las enfermedades emergentes y la resistencia a los antimicrobianos, respetando al mismo tiempo los derechos humanos de las personas afectadas por esas dolencias;
5. El fortalecimiento de la vigilancia de las enfermedades transmisibles y de las redes de seguimiento de la situación sanitaria, y el establecimiento de estrategias en materia de preparación y respuesta de emergencia ante epidemias;
6. La elaboración de indicadores sanitarios y la reunión y difusión de datos tanto sobre la situación sanitaria como sobre la política y los sistemas de salud mediante la promoción de enfoques basados en pruebas científicas.

Artículo V - Privilegios e inmunidades y franquicias

Ninguna de las disposiciones del presente Acuerdo debe ser leída o interpretada como una exención o modificación de los privilegios, inmunidades y franquicias de los que disfrutaban la Comisión de la UA y la OMS en virtud de los acuerdos internacionales y leyes nacionales aplicables a las organizaciones.

Artículo VI - Intercambio de información

1. La Comisión de la UA y la OMS intercambiarán información acerca de las actividades relacionadas con asuntos de interés común, con sujeción a cualquier medida que pueda ser necesario adoptar para satisfacer las prescripciones en materia de confidencialidad o prerrogativas.

2. Ese intercambio tendrá por complemento, en la medida necesaria, consultas periódicas entre miembros de la Comisión de la UA y de la Secretaría de la OMS sobre informaciones o actividades de interés común.

Artículo VII - Procedimientos

La Comisión de la UA y la OMS convienen en establecer y aplicar, de conformidad con sus respectivos reglamentos, los siguientes acuerdos de reciprocidad:

1. Se podrá invitar a representantes de la OMS a asistir a las sesiones de la Asamblea y del Consejo Ejecutivo de la UA, así como a conferencias o reuniones de la Unión, en que se traten asuntos de interés para la OMS, y a participar sin derecho de voto en las deliberaciones de dichos órganos relativas a puntos de sus órdenes del día que revistan interés para la OMS.

2. Se podrá invitar a representantes de la UA a asistir a las reuniones de la Asamblea Mundial de la Salud y de sus comisiones, así como del Consejo Ejecutivo y de los comités regionales pertinentes, y también a conferencias o reuniones de la OMS en las que se aborden cuestiones de interés para la UA, y a participar, sin derecho de voto, en las deliberaciones de dichos órganos sobre puntos de sus órdenes del día que revistan interés para la UA.

3. Con respecto a las relaciones entre la Comisión de la UA y la Secretaría de la OMS:

a) el Presidente de la Comisión de la UA y el Director General de la OMS celebrarán, cuando sea necesario, consultas sobre asuntos de interés común. Estas consultas tendrán por objeto lograr el mayor grado posible de coordinación y aplicación de los instrumentos y otros documentos pertinentes que adopte cada una de las Partes;

b) se adoptarán medidas adecuadas para garantizar una vinculación y una cooperación estrechas entre funcionarios de las Partes. A tal efecto, cada Organización podrá designar un funcionario encargado de llevar a cabo un seguimiento de los progresos realizados en la cooperación, que actuará como centro de contacto y coordinación a este respecto;

4. Arreglos complementarios y prácticos:

a) se celebrarán reuniones, por lo general anuales, entre los funcionarios que corresponda de la Comisión de la UA y la OMS. Esas reuniones se dedicarán a examinar los progresos realizados en las esferas de cooperación prioritarias, intercambiar información y examinar proyectos de colaboración para el futuro, además de señalar reuniones y acontecimientos que requieran la adopción de medidas de cooperación y coordinación;

b) se podrán celebrar reuniones ordinarias y especiales entre funcionarios de las Partes, con notificación a los funcionarios de enlace designados y, en la medida de lo posible, la participación de los mismos en los niveles pertinentes, para abordar aspectos prácticos de la cooperación, en particular la ejecución de proyectos y la participación tanto en comités y grupos, incluidos grupos de trabajo, como en la preparación de documentos.

5. Cooperación financiera:

La cooperación financiera entre la Comisión de la UA y la OMS estará sujeta a sus respectivos reglamentos y procedimientos. La Comisión de la UA y la OMS examinarán, según proceda, los progresos realizados en relación con proyectos en materia de cooperación financiera. Los fondos que la Comisión de la UA y la OMS reciban de donantes para financiar actividades específicas de colaboración se administra-

rán de conformidad con el reglamento financiero, las normas y las prácticas administrativas de la Parte receptora.

Artículo VIII - Solución de controversias conforme a derecho

Cualquier diferencia, controversia o reclamación que pueda surgir en torno a la interpretación o aplicación del presente Acuerdo será resuelta de forma amistosa mediante negociación entre las Partes. Si los intentos de negociación amistosa fracasaran, las diferencias, a petición de cualquiera de las Partes, se someterán a arbitraje de conformidad con el Reglamento de Arbitraje de la Comisión de las Naciones Unidas para el Derecho Mercantil Internacional (CNUDMI) en vigor.

Artículo IX - Modificación o revisión y denuncia

1. Ninguna de las disposiciones de este Acuerdo podrá ser modificada o revisada sin el consentimiento de las Partes, y a condición de que cada Parte envíe a la otra Parte una notificación escrita de la modificación propuesta. Dicha modificación surtirá efecto tres (3) meses después de que la otra Parte haya dado su consentimiento por escrito.

2. Cualquiera de las Partes podrá denunciar el presente Acuerdo dando aviso por escrito a la otra Parte con un (1) año de antelación. En caso de denuncia, las Partes acordarán la adopción de disposiciones para finalizar las actividades en curso, en interés de las poblaciones de sus Estados Miembros respectivos.

Artículo X - Reemplazamiento y entrada en vigor

1. El presente Acuerdo entrará en vigor el día en que lo firmen los representantes debidamente autorizados de las Partes, de conformidad con sus respectivos principios constitucionales y las normas y reglamentos pertinentes.

2. En la fecha de su entrada en vigor, el presente Acuerdo anulará y reemplazará al Acuerdo firmado por la Organización Mundial de la Salud y la Organización de la Unidad Africana de 24 de septiembre de 1969, y a los Arreglos para la aplicación práctica de la cooperación entre las dos Partes firmados el 11 de mayo de 1982.

EN FE DE LO CUAL los dos representantes debidamente autorizados cuyos nombres figuran más abajo suscriben el presente Acuerdo en las fechas que figuran debajo de las firmas.

Hecho por duplicado en árabe, francés, inglés y portugués, siendo los textos originales en estos cuatro idiomas igualmente auténticos.

Por la Comisión de la Unión Africana

Por la Organización Mundial de la Salud

[Firmado]
Excma. Abogada Bience Philomina Gawanas
Comisaria de Asuntos Sociales
6 de julio de 2012

[Firmado]
Dra. Margaret Chan
Directora General
6 de julio de 2012

ANEXO 4¹

Plan de acción mundial sobre vacunas

[A65/22 – 11 de mayo de 2012]

INTRODUCCIÓN

1. El plan de acción mundial sobre vacunas tiene como punto de partida los buenos resultados obtenidos con la Visión y Estrategia Mundial de Inmunización para 2006-2015, que se estableció en 2005 como un primer marco estratégico decenal encaminado a materializar las posibilidades de la inmunización. La preparación del plan ha contado con la participación de múltiples partes interesadas en la inmunización, entre otras, gobiernos y funcionarios elegidos, profesionales de la salud, comunidades académicas, industriales, organismos mundiales y asociados para el desarrollo, así como la sociedad civil y el sector privado, que han definido colectivamente los objetivos que querrían alcanzar durante el próximo decenio las instancias profesionales relacionadas con la inmunización. Al final, se ha llevado a cabo un proceso de consultas a escala mundial entre 1100 personas que representaban más de 140 países y 290 organizaciones, y se han celebrado dos reuniones extraordinarias para informar a los representantes de las Misiones Permanentes ante las oficinas de las Naciones Unidas y otras organizaciones intergubernamentales en Ginebra y Nueva York.

2. La inmunización es componente esencial del derecho humano a la salud además de responsabilidad de individuos, comunidades y gobiernos, y debe considerarse como tal. Se estima que gracias a la vacunación se previenen unos 2,5 millones de fallecimientos cada año. Los niños inmunizados y protegidos de la amenaza de enfermedades prevenibles mediante la vacunación tienen la oportunidad de desarrollarse y más posibilidades de aprovechar todo su potencial. Esas ventajas se ven además reforzadas por la vacunación de adolescentes y adultos. Como parte de un conjunto exhaustivo de intervenciones para prevenir y controlar enfermedades, las vacunas y la inmunización son una inversión esencial para el futuro de un país, e incluso del mundo.

3. Es hora de cumplir con un compromiso que permita aprovechar todas las posibilidades que ofrece la inmunización. El reconocimiento colectivo de esta oportunidad ha llevado a la comunidad sanitaria mundial a reclamar un Decenio de las Vacunas, en consonancia con las peticiones que figuran en la resolución WHA61.15, relativa a la estrategia mundial de inmunización. La visión del Decenio de las Vacunas (2011-2020) es la de un mundo en donde todos los individuos y comunidades pudieran disfrutar de una vida libre de enfermedades prevenibles mediante la vacunación. La misión correspondiente consiste en que, de aquí a 2020 y más allá, todo el mundo pueda beneficiarse plenamente de la inmunización sin importar dónde hayan nacido, quienes sean o dónde vivan.

4. El plan de acción mundial sobre vacunas reitera los objetivos generales existentes y establece unos nuevos, propone seis objetivos estratégicos y las acciones correspondientes para lograrlos, y facilita una estimación inicial de los recursos necesarios y de la rentabilidad de la inversión. En el apéndice figura un

¹ Véase la resolución WHA65.17.

resumen de los indicadores recomendados para seguir y evaluar los progresos. Más allá del plan de acción, las partes interesadas del ámbito nacional, regional y mundial deben encargarse de emprender acciones concretas, reflejar el plan de acción en planes operacionales detallados (actualizando tanto el plan de acción como los planes operacionales según se vaya recabando nueva información), completar la formulación de un marco de rendición de cuentas para el Decenio de las Vacunas (2011-2020) y movilizar los recursos necesarios para garantizar que la visión del Decenio de las Vacunas sea una realidad. Para llevar a cabo estas tareas, las instituciones mundiales y nacionales deberán innovar y cambiar su forma de trabajar. En el apéndice figura un resumen de las responsabilidades de los participantes.

5. En muchos aspectos, el siglo pasado fue el siglo del tratamiento y tuvo como resultado una reducción considerable de la morbilidad y mortalidad gracias al descubrimiento y a la utilización de los antibióticos, uno de los más importantes factores de cambio en materia de salud. Este siglo promete ser el de las vacunas, con la posibilidad de erradicar, eliminar o controlar numerosas enfermedades infecciosas graves, potencialmente mortales o debilitantes y con la inmunización como núcleo de las estrategias de prevención. Un importante paso en esa dirección consiste en asegurarse de que la visión del Decenio de las Vacunas se haga realidad.

EL PANORAMA ACTUAL DE LA INMUNIZACIÓN

Importantes progresos durante el último decenio

6. En el transcurso de los 10 últimos años se han realizado importantes progresos en materia de desarrollo e introducción de nuevas vacunas así como de expansión del alcance de los programas de inmunización. Se han vacunado más personas que nunca y se está extendiendo el acceso y utilización de vacunas entre grupos de edad distintos del de los lactantes. Gracias a la combinación de la inmunización y de otros cuidados de la salud así como de intervenciones para el desarrollo (tales como un mejor acceso a agua salubre y saneamiento, y una mejor higiene y educación) el número anual de decesos de niños de menos de cinco años ha disminuido, pasando de unos 9,6 millones en 2000 a 7,6 millones en 2010, a pesar de que cada año los nacimientos aumenten.

7. La inmunización ha contribuido a esta reducción de la mortalidad infantil: ha aumentado la cobertura de las vacunas utilizadas desde el inicio del Programa Ampliado de Inmunización, y se han introducido nuevas vacunas. Las vacunas contra la hepatitis B y contra el *Haemophilus influenzae* tipo b han pasado a formar parte de los programas nacionales de inmunización en 179 y 173 países, respectivamente; la poliomielitis está casi erradicada; y cada año se ha evitado un gran número de fallecimientos debidos al sarampión. El número de defunciones causadas por las tradicionales enfermedades prevenibles mediante la vacunación (difteria, sarampión, tétanos neonatal, tos ferina y poliomelitis) ha disminuido, pasando de unos 0,9 millones en 2000 a 0,4 millones en 2010.¹

8. Durante el último decenio se han ido produciendo nuevas vacunas cada vez más perfeccionadas, tales como la vacuna antineumocócica conjugada y vacunas contra la infección de rotavirus y el virus del papiloma humano, que se están distribuyendo actualmente en todo el mundo. Se ha hecho un esfuerzo para reducir el desfase entre países de ingresos altos e ingresos bajos que históricamente ha existido en

¹ Fuentes de las estimaciones: sarampión y tétanos neonatal, en *Estadísticas sanitarias mundiales 2012*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2012; difteria y poliomelitis, para 2000, en: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates_regional_2000_v3/en/index.html (consultado el 5 abril de 2012); para 2008 en <http://apps.who.int/ghodata/> (consultado el 5 de abril de 2012); tos ferina, datos provisionales de la Secretaría de la OMS.

cuanto a la introducción de nuevas vacunas. Por ejemplo, la vacuna antineumocócica conjugada 13-valente se introdujo en un país de ingresos bajos poco más de un año después de que lo fuera en un país de ingresos altos.

9. Gracias a una colaboración internacional innovadora, se ha desarrollado una vacuna conjugada aseptible contra la *Neisseria meningitidis* serogrupo A, que se está utilizando ahora en el cinturón africano de la meningitis. Existen actualmente vacunas autorizadas que se utilizan para prevenir 25 infecciones prevenibles mediante la vacunación, o para contribuir a la prevención y control de las mismas (cuadro 1).

Cuadro 1: Agentes o enfermedades infecciosas prevenibles mediante la vacunación

- | | | |
|--|---------------------------------|--|
| • Carbunco | • Sarampión | • Rubeola |
| • Cólera | • Enfermedad meningocócica | • Gripe |
| • Difteria | • Parotiditis | • Tétanos |
| • Hepatitis A | • Tos ferina | • Tuberculosis |
| • Hepatitis B | • Enfermedad neumocócica | • Fiebre tifoidea |
| • Hepatitis E | • Poliomielitis | • Encefalitis transmitida por garrapatas |
| • <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b | • Rabia | • Varicela y herpes zóster (culebrilla) |
| • Virus del papiloma humano | • Gastroenteritis por rotavirus | • Fiebre amarilla |
| • Encefalitis japonesa | | |

10. Se han conseguido incrementar las tasas de cobertura de inmunización gracias a que los países han reforzado sus programas nacionales y a que los participantes locales, nacionales, regionales e internacionales han aportado su ayuda mediante un mayor apoyo y una mejor coordinación. Durante el último decenio, han aumentado tanto la financiación procedente de presupuestos nacionales como el flujo de recursos internacionales dedicados a programas de inmunización. Según los datos sobre el programa de inmunización para 2010,¹ 154 de los 193 Estados Miembros informan disponer de una partida en su línea de presupuesto concretamente dedicada a la inmunización, y 147 han establecido planes nacionales multianuales para conservar los logros alcanzados, mejorar el desempeño con miras a conseguir los objetivos generales deseados e introducir adecuadamente nuevas vacunas.

11. Los países han contado con el apoyo de iniciativas de inmunización mundiales y regionales para poner en marcha sus sistemas de vacunación e introducir nuevas vacunas. Los objetivos mundiales generales y parciales establecidos en la visión y estrategia mundial de inmunización para el periodo 2006-2015, la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, la Cumbre Mundial en favor de la Infancia, el periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la infancia y, más recientemente, la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer y el Niño del Secretario General de las Naciones Unidas, han estimulado la expansión de programas nacionales de inmunización. Para ello, los países con

¹ http://www.who.int/immunization_monitoring/data/en/ (consultado el 13 de abril de 2012).

ingresos bajos y medianos, han contado con el apoyo de iniciativas tales como la Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización (Alianza GAVI), la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis, la Iniciativa de Lucha contra el Sarampión, los servicios de compra de vacunas de UNICEF y el Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas de la OPS.

Todavía existen importantes necesidades insatisfechas

12. A pesar de estos avances, las enfermedades prevenibles con vacunas siguen siendo una de las causas principales de morbilidad y mortalidad. La adopción de nuevas vacunas por parte de los países con ingresos medianos y bajos (donde la carga por enfermedades suele ser la más alta) ha sido más lenta que en los países con ingresos altos. Por ejemplo, en 2010 únicamente el 13% del total de la cohorte de nacimientos de los países con ingresos altos vivía en países cuyos programas de vacunación no incluían vacunas anti-neumocócicas conjugadas, frente a un 98% de la cohorte de nacimientos de los países con ingresos bajos.

13. Las diferencias de cobertura persisten entre los países, al igual que en el interior de los países. En los países con ingresos bajos, la cobertura media de la vacuna triple contra la difteria, el tétanos y la tos ferina y de la vacuna antisarampión fue, respectivamente, un 16% y 15% inferior a la de los países con ingresos altos en 2010. Ello representa sin embargo para ambas vacunas una tendencia positiva en comparación con la diferencia del 30% que existía en el año 2000.

14. En las áreas rurales de algunos países, la cobertura de la vacuna antisarampión es un 33% inferior a la de las áreas urbanas. Asimismo la tasa de cobertura de la vacuna antisarampión para el 20% más rico de la población en algunos países es hasta un 58% mayor que para el 20% más pobre. La cobertura también puede ser muy baja en asentamientos urbanos pobres, en particular en ciudades con poblaciones migrantes transitorias y en comunidades indígenas.

15. La distancia geográfica de los centros de salud no es el único determinante de la baja cobertura; las desigualdades también se asocian a otros determinantes socioeconómicos, tales como los niveles de ingresos y el grado de educación de la madre. Es preciso centrarse especialmente en los países con ingresos medianos bajos, muy poblados, en donde viven la mayoría de los que no están vacunados. Será particularmente difícil llegar hasta las poblaciones desatendidas, pero hay que abordar esas inequidades ya que estas poblaciones soportan a menudo una mayor carga de enfermedad y pueden carecer de acceso a la atención médica y servicios básicos, con las consiguientes graves consecuencias para la salud que repercuten en la frágil economía de los individuos y de sus familias.

Nuevas oportunidades y desafíos en el Decenio de las Vacunas (2011-2020)

16. Individuos y comunidades, gobiernos y profesionales de la salud son los máximos responsables de explotar las oportunidades y enfrentarse a los desafíos que aportará este decenio. Se espera que durante este decenio se pueda disponer de vacunas nuevas y mejoradas, debido a la sólida cantera de vacunas que incluye varios productos para enfermedades que, por ahora, no pueden prevenirse mediante vacunación. La introducción de nuevas vacunas para luchar contra algunas de las causas responsables de las enfermedades más mortales tales como la neumonía, la diarrea y el cáncer cervicouterino, puede servir de catalizador para agregar intervenciones complementarias. Además de reducir la mortalidad, estas nuevas vacunas prevendrán la morbilidad, con los consiguientes beneficios económicos, incluso en los países que ya han conseguido mejorar las tasas de mortalidad. Las innovaciones en las vacunas existentes traerán beneficios añadidos, tales como mayor efectividad, termoestabilidad, facilidad en la administración y menor costo.

17. Al mismo tiempo, el desarrollo de vacunas y otras innovaciones de inmunización deben enfrentarse a procesos reguladores y de fabricación cada vez más complejos, así como a costos de investigación, desa-

rrollo y producción cada vez más elevados. A medida que se disponga de nuevas vacunas (por ejemplo, contra el dengue y la malaria) y que se vaya generalizando la administración de vacunas infrautilizadas (tales como las vacunas contra el cólera, el papiloma humano, la rabia, el rotavirus, la rubeola y la fiebre tifoidea), los sistemas de distribución y logística, de por sí ya sobrecargados, se enfrentarán a una necesidad aún mayor de innovaciones. Finalmente, se tendrá que aumentar el número de profesionales de la salud, reforzar sus conocimientos y aptitudes, y también deberán coordinarse y supervisarse mejor. Si bien los desafíos son muchos, la introducción de nuevas vacunas también representa una oportunidad de reforzar los sistemas de inmunización y de actuar como catalizador para poner en práctica muchas de las reformas necesarias. A medida que aumenten las inversiones en inmunización, se tendrá que incrementar la supervisión y rendición de cuentas por parte de los gobiernos.

18. Se prevé que las necesidades de fondos para investigación y desarrollo de la inmunización, así como para la adquisición y distribución de vacunas aumenten a más del doble en el próximo decenio. Vacunas nuevas y más complejas conllevarán nuevas necesidades de financiación y los países deberán hacer frente a decisiones difíciles al abordar otras necesidades sanitarias que compiten con las vacunas. Los recursos deberán asignarse de forma más eficiente, y se tendrán que adoptar las decisiones pertinentes, guiándose por las prioridades nacionales, la capacidad, una información clara sobre costos y beneficios de las elecciones y una mejor gestión financiera. Los gastos se habrán de vincular a los resultados y a su impacto, demostrando que se trata claramente de una operación de inversión en la inmunización.

19. A medida que vayan creciendo las economías de muchos países con ingresos bajos y medianos, irá aumentando su potencial de financiar la inmunización. Países que han dependido de la asistencia para el desarrollo serán capaces de financiar un porcentaje cada vez mayor de sus programas de inmunización, e incluso es posible que finalmente puedan mantenerlos en su totalidad. Algunos podrán dedicar nuevos apoyos financieros y técnicos adicionales a los proyectos mundiales de inmunización. Al mismo tiempo, se prevé que los fabricantes de vacunas de algunos de esos países realicen una contribución más importante al suministro de vacunas accesibles de alta calidad, ampliando el alcance de las fuentes de producción e incrementando la competencia.

20. La creciente disponibilidad de información y la mayor penetración de redes sociales y de la telefonía móvil contribuyen a impulsar la demanda de inmunización por parte del público, y a asegurar que la población esté consciente tanto de los beneficios aportados por la vacunación como de sus posibles riesgos. El colectivo de inmunización puede aprovechar las redes sociales y los medios de comunicación electrónicos para disipar los temores, conocer mejor la cuestión y fomentar la confianza de forma más efectiva.

21. A la hora de formular los principios rectores, la medición de los resultados y las acciones recomendadas que se detallan en las secciones a continuación, se han tenido cuidadosamente en cuenta las lecciones extraídas durante los decenios pasados, las necesidades insatisfechas y las oportunidades y dificultades propias de este decenio.

SEIS PRINCIPIOS RECTORES

22. La elaboración del plan de acción mundial sobre vacunas se ha basado en seis principios, a saber:

- **Implicación del país:** son principalmente los países los que deben implicarse en el establecimiento de una buena gobernanza y en la prestación de servicios de inmunización efectivos y de calidad para todos y responsabilizarse de ello.

- **Responsabilidad compartida y alianzas:** la inmunización contra las enfermedades prevenibles mediante vacunación es una responsabilidad individual, comunitaria y gubernamental que va más allá de fronteras y sectores.
- **Equidad:** un acceso equitativo a la inmunización constituye un componente fundamental del derecho a la salud.
- **Integración:** para alcanzar los objetivos generales de inmunización son esenciales unos sistemas sólidos de inmunización que formen parte de sistemas de salud más amplios y estrechamente coordinados con otros programas de prestación de atención sanitaria primaria.
- **Sostenibilidad:** para garantizar la sostenibilidad de los programas de inmunización son esenciales unas decisiones y estrategias de ejecución basadas en conocimientos científicos, niveles adecuados de inversión financiera y una mejor gestión y supervisión financiera.
- **Innovación:** el potencial completo de inmunización sólo puede hacerse realidad por medio del aprendizaje, la mejora continua y la innovación en investigación y desarrollo, así como la innovación y mejora de la calidad en todos los aspectos de la inmunización.

23. Estos seis principios fundamentales pueden guiar de forma realista y eficaz el espectro completo de las actividades de inmunización a lo largo de todo el Decenio de las Vacunas (2011-2020). Aun cuando el plan de acción mundial sobre vacunas se tenga que adaptar a contextos específicos de cada región, nación y comunidad, estos principios rectores pueden aplicarse universalmente y son importantes para cada uno de los objetivos generales y de los objetivos estratégicos del Decenio de las Vacunas que se describen a continuación.

MEDICIÓN DE LOS RESULTADOS

24. El Decenio de las Vacunas trata de emprender acciones para alcanzar unos objetivos generales ambiciosos. A principios del decenio, ello implica lograr los objetivos de eliminación y erradicación ya establecidos. Significa garantizar un mundo libre de poliomielitis, trabajando sobre la transmisión del poliovirus salvaje que representa una emergencia para la salud pública. Quiere decir asimismo asegurarse de que desaparezcan el sarampión, la rubéola y el tétanos neonatal¹ tanto a escala mundial como regional. Completar este programa nunca ha sido tan crucial. El éxito fomentaría el logro de otros objetivos ambiciosos. El fracaso supondría que siguieran ocurriendo millones de casos prevenibles de enfermedad y muerte.

25. Más adelante en el decenio, los resultados se medirán en función de la expansión de los servicios de inmunización para cumplir con las metas de cobertura de vacunación en cada región, país y comunidad. El objetivo fijado en la visión y estrategia mundial de inmunización para el periodo 2006-2015, indica que en 2015, la cobertura de las poblaciones destinatarias debería alcanzar al menos el 90% de cobertura nacional de vacunación y al menos el 80% de cobertura de vacunación en cada distrito o unidad administrativa equivalente (utilizando como indicador la cobertura para las vacunas que incluyan la inmunización contra la difteria, tétanos y tos ferina). En 2020, la cobertura de las poblaciones destinatarias debería lle-

¹ Para 2015, lograr la eliminación del tétanos materno y neonatal (definida como menos de un caso de tétanos neonatal por 1000 nacidos vivos) en cada distrito, la eliminación del sarampión en al menos cuatro regiones de la OMS y de la rubéola en al menos dos regiones de la OMS. Para 2020, lograr la eliminación del sarampión y de la rubéola en al menos cinco regiones de la OMS.

gar a esos niveles para todas las vacunas incluidas en programas de inmunización, salvo que existan objetivos diferentes. También debería supervisarse la introducción de vacunas. En este caso, el objetivo consistiría en que, para 2015, al menos 80 países con ingresos bajos o medianos introduzcan una o más vacunas nuevas o infrautilizadas apropiadas. Estos logros técnicos no se mantendrán a menos que los países se impliquen por completo en sus programas de inmunización sistemática (véase *infra*, objetivo estratégico 1).

26. Durante este decenio, deberían poder evitarse millones de muertes y casos adicionales de enfermedad, gracias al desarrollo, autorización e introducción de vacunas y tecnologías nuevas y mejoradas para enfermedades con una carga elevada. Concretamente, se debería efectuar el seguimiento de los avances de la concesión de licencias y el lanzamiento de vacunas contra uno o más agentes patógenos importantes que actualmente no se pueden prevenir mediante la vacunación (tales como citomegalovirus, virus del dengue, estreptococo del grupo A, virus de la hepatitis C, anquilostoma, leishmania y virus respiratorio sincitial) y al menos una nueva plataforma de tecnología de distribución.

Objetivos generales del Decenio de las Vacunas (2011–2020)

Conseguir un mundo libre de poliomielitis

Cumplir con los objetivos mundiales y regionales de eliminación

Cumplir con los objetivos de cobertura de vacunación en todos los países, regiones y comunidades

Desarrollar e introducir vacunas y tecnologías nuevas y mejoradas

Superar el Objetivo de Desarrollo del Milenio número 4 de reducir la mortalidad infantil

27. Si se logran estos objetivos específicos de inmunización, se evitarán cientos de millones de casos y millones de futuras muertes de aquí a finales del decenio, se ganarán miles de millones de dólares de productividad y la inmunización contribuirá a superar el Objetivo de Desarrollo del Milenio número 4 de reducir la mortalidad infantil (así como el objetivo subsiguiente después de 2015). Por ejemplo, se estima que si se cumple con los objetivos de cobertura para la introducción y/o la utilización continua de únicamente 10 vacunas (contra la hepatitis B, el *Haemophilus influenzae* tipo b, el virus del papiloma humano, la encefalitis japonesa, el sarampión, el meningococo A, el neumococo, el rotavirus, la rubéola y la fiebre amarilla) se podrían evitar de 24 a 26 millones de futuras muertes en 94 países durante el decenio, frente a un escenario hipotético según el cual estas vacunas tendrían una cobertura nula (véanse también los párrafos 88-98).

Seis objetivos estratégicos

28. Para poder alcanzar los objetivos generales del Decenio de las Vacunas (2011-2020) se tendrá que progresar continuamente hacia el logro de los seis objetivos estratégicos siguientes:

i) **Todos los países se comprometen con la inmunización como prioridad.** Los indicadores principales para controlar el avance hacia este objetivo estratégico a nivel nacional son la presencia de un marco jurídico o legislativo que garantice la financiación de la inmunización y la presencia de un grupo consultivo técnico independiente que cumpla con criterios definidos.

ii) **Individuos y comunidades comprenden el valor de las vacunas y exigen la inmunización como un derecho y una responsabilidad.** Los progresos hacia una mejor comprensión y una ma-

yor demanda se pueden evaluar midiendo el grado de confianza del público en la inmunización, mediante encuestas sobre conocimientos, actitudes, creencias y prácticas.¹

iii) **Los beneficios de la inmunización se distribuyen de forma equitativa a todas las personas.** Los progresos hacia una mayor equidad pueden evaluarse controlando el porcentaje de distritos con una cobertura de la vacuna triple que incluye una inmunización contra la difteria, el tétanos y la tos ferina inferior al 80% y comprobando las diferencias de cobertura entre el quintil de salud más bajo y el más alto (u otro indicador de equidad apropiado).

iv) **Sistemas de inmunización robustos que forman parte integral de un sistema de salud que funcione correctamente.** La solidez de los sistemas de salud pueden evaluarse basándose en las tasas de abandono entre la primera dosis de la vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina y la primera dosis de la vacuna antisarampionosa. La calidad de los datos es importante para vigilar el funcionamiento de un sistema de salud. Esta puede evaluarse comprobando que los datos de cobertura de inmunización están considerados de alta calidad por la OMS y UNICEF.

v) **Programas de inmunización que cuenten con un acceso sostenible a una financiación previsible, suministro de calidad y tecnologías innovadoras.** Los indicadores principales para controlar el avance hacia este objetivo estratégico serán el porcentaje de los costos de inmunización sistemática financiados a través de los presupuestos públicos y la capacidad mundial instalada para la producción de vacunas recomendadas universalmente dentro de un plazo de cinco años a partir de su autorización o demanda potencial.

vi) **Innovaciones en investigación y desarrollo a escala nacional, regional y mundial para maximizar los beneficios de la inmunización.** Los indicadores principales de los progresos realizados hacia el logro de este objetivo estratégico consisten, entre otros, en una prueba de concepto de una vacuna que muestre una eficacia mayor o igual al 75% contra el VIH/sida, la tuberculosis o la malaria y el inicio de la fase III de ensayos para la primera generación de una vacuna universal contra la gripe. Además, la investigación y capacidad de desarrollo de un país puede medirse por la capacidad institucional y técnica para fabricar vacunas y/o realizar los ensayos clínicos correspondientes y la investigación operacional y organizacional.

29. El hacer realidad la visión y objetivos del Decenio de las Vacunas (2011-2020) solo será posible si todas las partes interesadas que participan en la inmunización se comprometen con los seis objetivos estratégicos y emprenden acciones para lograrlos; mantienen los principios rectores del Decenio de las Vacunas en todas sus actividades; y vigilan y evalúan con regularidad los progresos realizados para conseguir tanto los objetivos estratégicos como los objetivos generales, utilizando los indicadores descritos anteriormente (véase también apéndice 1).

30. Se necesita un marco de rendición de cuentas que defina la metodología y las fuentes de datos de estos indicadores, identifique a los encargados de las diferentes actividades, y articule los procedimientos y responsabilidades de vigilancia y evaluación de los progresos en el transcurso del Decenio. El plan de acción mundial sobre vacunas sienta las bases para cada uno de estos elementos. En el transcurso de 2012, se seguirá con la formulación e implantación del marco de rendición de cuentas a escala nacional, regional y mundial, aprovechando las conclusiones de la Comisión sobre la Información y la Rendición de Cuentas

¹ El grupo de trabajo sobre indecisión frente a las vacunas (*vaccine hesitancy*) del Grupo de Expertos de Asesoramiento Estratégico sobre Inmunización facilitará una definición de la indecisión frente a las vacunas y, mediante encuestas (nuevas o existentes), recomendará criterios concretos para completar la formulación de este indicador.

para la Salud de la Mujer y el Niño y adaptando las actividades, siempre que sea posible, a otros esfuerzos e iniciativas de rendición de cuentas a nivel nacional por parte de todos los participantes, con objeto de conseguir y vigilar los progresos.

ACCIONES PARA ALCANZAR LOS OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

Objetivo estratégico 1: todos los países se comprometen con la inmunización como prioridad.

31. Comprometerse con la inmunización como prioridad significa, en primer lugar, reconocer que se trata de una intervención fundamental de salud pública y que representa un valor en términos de mejora de la salud y beneficios económicos. Los países que establecen objetivos nacionales ambiciosos pero alcanzables y que asignan suficientes recursos humanos y financieros a los programas para alcanzar dichos objetivos; que garantizan que sus planes de inmunización nacional estén plenamente integrados en los planes nacionales de salud, con presupuestos adecuados, y formulados con la participación de los principales actores; que evidencian una buena administración y ejecución de sus planes nacionales de salud, demuestran un compromiso con la inmunización. Sin embargo, el compromiso con la inmunización de un país no implica que la prioridad que se dé a los programas de inmunización o que su financiación sean a expensas de otros programas de salud vitales.

32. La legislación nacional, las políticas y las decisiones de asignación de recursos deben basarse en conocimientos científicos que descansen sobre datos probatorios creíbles y actuales sobre los efectos directos e indirectos de la inmunización. Gran parte de estos elementos de prueba existen, pero no llegan a los responsables políticos, puesto que los que los recaban no siempre son los que interactúan con quienes toman las decisiones. La colaboración entre los expertos técnicos que recopilan las pruebas y los defensores de la inmunización que elaboran los mensajes adaptados al contexto y que destacan la importancia de la inmunización en los servicios sociales y de salud puede, de manera inequívoca, estructurar las ideas sobre el valor de la inmunización y sobre cómo esta contribuye a la equidad y al desarrollo económico.

33. Deben establecerse o reforzarse organismos independientes, como grupos consultivos técnicos sobre inmunización, regionales o nacionales, que puedan orientar las políticas y estrategias nacionales, basándose en las condiciones epidemiológicas y económicas locales y reduciendo así la dependencia de organismos externos para la orientación en políticas. Estos organismos pueden fácilmente estar respaldados por instituciones o individuos encargados de recopilar y sintetizar la información necesaria para la toma de decisiones. Podrían ampliarse los sistemas e iniciativas de apoyo a nivel regional, como la iniciativa ProVac¹ de la OPS, para ayudar a los países a consolidar sus procesos de toma de decisiones. Es importante que estos grupos consultivos técnicos nacionales, o sus equivalentes regionales, colaboren con instituciones académicas, sociedades profesionales y otros organismos y comités nacionales, como organismos de reglamentación de vacunas, comités nacionales de coordinación del sector de salud y comités de coordinación entre organismos, para garantizar un enfoque coherente y coordinado que permita cumplir con las prioridades nacionales en materia de salud. Para una ejecución sostenible del programa también son esenciales unos sólidos vínculos entre los ministerios de Salud, Educación² y Finanzas, así como entre recursos humanos y legisladores.

¹ ProVac es un paquete de herramientas para apoyar: *i*) la estimación del impacto de nuevas vacunas en términos de rentabilidad, epidemiología y economía; *ii*) la formación; y *iii*) el fortalecimiento de la infraestructura nacional de las instancias decisorias.

² Especialmente importante para que la inmunización llegue a niños mayores y a adolescentes mediante programas escolares de salud y por los requisitos de inmunización para ingresar en la escuela.

34. Para garantizar el compromiso y la sostenibilidad, se considera esencial el apoyo y el respaldo oficial de políticas y planes nacionales por parte de las instancias políticas y administrativas más altas, tanto en el ámbito nacional como territorial. Los gobiernos y funcionarios elegidos son los responsables de poner en marcha la legislación y las asignaciones de presupuestos necesarias. Puesto que la inmunización es un indicador importante de la capacidad general de prestación de servicios del sistema de salud, debe alentarse a los legisladores a analizar, defender y seguir de cerca los presupuestos destinados a inmunización, así como los desembolsos y actividades del programa de inmunización, tanto a escala nacional como dentro de sus respectivas circunscripciones. Las organizaciones de la sociedad civil pueden, efectivamente, abogar por compromisos cada vez mayores y hacer que los gobiernos rindan cuenta de estos una vez que se hayan adquirido. Para una ejecución eficaz, los programas de inmunización han de disponer de estructuras de gestión. Los funcionarios nacionales y territoriales, responsables de la ejecución de los planes de inmunización, deben rendir cuentas del funcionamiento del programa cuando estén suficientemente facultados para dirigirlo de forma efectiva y tengan las habilidades necesarias para gestionarlo y supervisarlos.

35. En los países con ingresos altos y medianos, el compromiso con la inmunización debería abarcar los mismos ámbitos, pero también podría incluir mantener o asumir el papel de asociados para el desarrollo. Junto con los organismos mundiales, los países asociados para el desarrollo pueden coordinar el intercambio de información y de mejores prácticas entre países, ayudar a subsanar deficiencias temporales de financiación, y respaldar la creación de capacidad, colaborando con las partes interesadas de los distintos países.

Cuadro 2: Resumen de las acciones recomendadas para alcanzar el objetivo estratégico 1

Todos los países se comprometen con la inmunización como prioridad.	
<p>Establecer y mantener el compromiso con la inmunización.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Garantizar una legislación o marco legal en todos los países, que incluya disposiciones para una línea de presupuesto destinada a la inmunización y a la supervisión y presentación de informes. • Formular planes integrales nacionales de inmunización que formen parte de los planes nacionales de salud a través de un proceso de abajo hacia arriba y que incluya a todas las partes interesadas. • Establecer objetivos específicos, ambiciosos pero alcanzables, para cada país en el contexto de los objetivos generales de reducción de la morbilidad y la mortalidad. • Examinar atentamente, defender y seguir más de cerca los presupuestos de inmunización, los desembolsos y las actividades del programa de inmunización. • Apoyar a las organizaciones de la sociedad civil y a las asociaciones profesionales locales para que participen en los debates nacionales sobre inmunización y salud.

<p>Informar a los líderes de opinión con respecto al valor de la inmunización y contar con ellos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Examinar modelos para fomentar la colaboración entre los participantes que generen pruebas acerca de la inmunización y aquellos que las utilicen para establecer prioridades y formular políticas. • Recabar y difundir datos probatorios sobre el valor de las vacunas y la inmunización en la salud pública y sobre el valor añadido de lograr la equidad en el acceso y el uso de la inmunización. • Recabar y difundir datos probatorios sobre los considerables beneficios económicos de la inmunización para individuos, hogares, comunidades y países. • Incluir la inmunización en el orden del día de las reuniones de los órganos rectores a todos los niveles y en otros foros sociales, sanitarios y económicos.
<p>Fortalecer la capacidad nacional de formular políticas basadas en datos probatorios.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Crear o reforzar organismos independientes que formulen las políticas nacionales de inmunización (por ejemplo, grupos consultivos técnicos regionales o nacionales sobre inmunización). • Concebir métodos más eficaces para que los organismos nacionales de reglamentación, los comités nacionales de coordinación del sector salud y los comités de coordinación entre organismos apoyen los programas de inmunización como parte de los programas de control de enfermedades y de atención preventiva de salud. • Crear foros regionales para el intercambio de información, mejores prácticas y herramientas entre pares. • Crear mecanismos de mayor alcance y más transparentes para añadir, compartir y utilizar información con objeto de controlar los compromisos.

Objetivo estratégico 2: individuos y comunidades comprenden el valor de las vacunas y exigen la inmunización como un derecho y una responsabilidad.

36. La cobertura y sostenibilidad del programa pueden mejorar considerablemente si los individuos y las comunidades comprenden los beneficios y los riesgos de la inmunización, son alentados a utilizar los servicios, pueden hacer demandas al sistema de salud y se implican en la planificación y ejecución de los

programas dentro de sus comunidades locales. Si bien, en general, ha habido una gran demanda de los servicios de vacunación, puede que para llegar a las poblaciones de difícil acceso, lograr mayores niveles de cobertura y alcanzar los objetivos de equidad, se requieran otros enfoques para estimular la demanda de vacunación.

37. La generación de demanda individual, familiar y comunitaria requiere una utilización más eficaz de las plataformas tradicionales, así como nuevas estrategias para comunicar los beneficios de la inmunización, hacer hincapié en la vacunación como un componente básico del derecho a la salud y fomentar un mayor uso de los servicios. Las nuevas medidas podrían beneficiarse de los medios sociales y de los enfoques utilizados en las labores del marketing comercial y social para promover la inmunización y para despejar las inquietudes. También deberían utilizarse las nuevas tecnologías móviles y de internet, basándose en las experiencias y los buenos resultados de otras campañas innovadoras de salud pública. Las comunicaciones y la investigación social para identificar las barreras y los determinantes de la vacunación tendrían que servir de base para la elaboración de mensajes dentro de un contexto concreto. En los programas de educación primaria deberían incluirse lecciones sobre vacunas e inmunización. Conceptos multisectoriales que fomentan actividades como la educación y capacitación de la mujer ayudarán a fomentar la utilización de los servicios de inmunización y los de salud en general.

38. En su caso, las estrategias programáticas podrían incluir también medidas para incentivar a las familias a solicitar los servicios de inmunización, y para que los proveedores de atención de salud aumenten su rendimiento en cuanto a la vacunación de los niños, en particular de aquellos a los que no se haya llegado anteriormente. A nivel familiar, los programas de transferencias condicionadas de efectivo a menudo incluyen la vacunación de los niños como requisito para recibir transferencias de ingresos familiares. Se ha comprobado que estos programas pueden tener un efecto positivo en las tasas de cobertura, incluso en países con tasas de cobertura altas, y especialmente para las poblaciones más marginadas. Dichos programas se gestionan a menudo en los países como parte de un amplio paquete de protección social o de medidas de mitigación de la pobreza, y ofrecen por lo tanto la oportunidad de vincular los programas de inmunización y el Ministerio de Salud con otras iniciativas de desarrollo más amplias, incluyendo las que están a cargo de otros ministerios.

39. Además, en lo referente a los centros de salud se puede motivar tanto a las familias como a los proveedores de atención de salud a través de donaciones en especie en el momento de la vacunación, o de primas a los proveedores mediante bonos económicos basados en los resultados. Si bien está aún pendiente un análisis más riguroso del efecto de las recompensas económicas basadas en los resultados, datos preliminares parecen indicar que dan lugar a un creciente número de niños vacunados.

40. Incentivar a los profesionales de la salud y a las familias mediante pagos monetarios y en especie presenta problemas de ejecución que deben abordarse cuidadosamente. Estos planes tienen que respetar la autonomía de los beneficiarios. Aquí también es necesaria la investigación social para determinar las condiciones en que los incentivos contribuirían a mejorar la cobertura, así como los tipos y niveles de incentivo adecuados a cada contexto. Deberían además establecerse mecanismos para garantizar la fiabilidad del suministro de vacunas.

41. Mientras que algunas razones de los recelos pueden, sin duda, resolverse mediante una mejor comunicación e iniciativas de promoción destinadas a combatir los grupos de presión antivacuna cada vez más numerosos y a dar a conocer mejor el valor de las vacunas o el peligro de las enfermedades, otras se abordan mejor garantizando la calidad de los servicios. Los individuos serán menos reticentes a utilizar estos servicios si perciben que la calidad de los mismos es aceptable. Será más probable que asistan a las sesiones de vacunación si los servicios se prestan de forma conveniente y previsible, se brinda asesoramiento práctico sobre por qué, dónde y cuándo acudir para ser vacunados, los profesionales de la salud

tienen una actitud acogedora, los tiempos de espera son razonables y los servicios se ofrecen gratuitamente. Los profesionales de la salud deben recibir formación en materia de comunicación de modo que puedan relacionarse de manera eficaz con los medios de comunicación y con las comunidades locales cuando existan informes de reacciones adversas graves tras una inmunización, con objeto de disipar los temores y abordar la indecisión ante las vacunas.

42. Para que se produzca el cambio, se precisará la participación de los individuos, las familias y las comunidades en la formulación e implementación de todas las estrategias de generación de demanda. Asimismo, se tendrá que contar con nuevos defensores más fuertes en el seno de la comunidad, que tengan el conocimiento local, la credibilidad y la experiencia de primera línea necesarios para impulsar el cambio. La participación de las organizaciones nacionales de la sociedad civil será esencial para llevar a cabo actividades eficaces de promoción y debería ser respaldada por una labor de capacitación. Una vez más, una labor que promueva la colaboración entre los encargados de recabar datos probatorios y los que los han de utilizar, facilitaría una formación a los partidarios de la vacunación y el enlace con las redes sociales y profesionales locales, que son una fuente importante de defensores de la inmunización. Ello será particularmente necesario cuando los programas nacionales de inmunización tengan en cuenta la totalidad del ciclo vital.

43. Los defensores actuales deben incorporar nuevas voces; estas podrían ser de educadores, líderes religiosos y personalidades sociales, así como los medios de comunicación tradicionales, médicos de familia, profesionales de la salud de la comunidad y partidarios de la inmunización. Los investigadores y expertos también desempeñarán un papel importante al crear una mayor concienciación en la comunidad y proporcionar respuestas convincentes a la desinformación sobre inmunización.

44. La generación de demanda individual y comunitaria reforzará el compromiso del país con las vacunas y la inmunización (objetivo estratégico 1). Las actividades para generar esta demanda deberían realizarse dentro de un movimiento más amplio, con objeto de apoyar a las personas que piden a sus gobiernos y a los sectores privados que rindan cuentas en materia de acceso a los servicios de salud.

Cuadro 3: Resumen de las acciones recomendadas para alcanzar el objetivo estratégico 2

Las personas y las comunidades comprenden el valor de las vacunas y exigen la inmunización como un derecho y una responsabilidad.	
<p>Implicar a personas y comunidades en los beneficios de la inmunización y escuchar sus inquietudes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Participar en un diálogo que transmita información y responda a las preocupaciones y los temores de la gente. • Utilizar las herramientas de los medios de comunicación sociales y las lecciones extraídas de las labores de marketing comercial y social. • Aprovechar las nuevas tecnologías móviles y las basadas en internet. • Incluir la inmunización en los programas de educación básica. • Llevar a cabo una investigación sobre las comunicaciones.

<p>Crear incentivos para estimular la demanda.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Crear incentivos en materia de inmunización para las familias y los profesionales de la salud, respetando la autonomía de los beneficiarios (por ejemplo, transferencias de efectivo o en especie, agrupación de servicios, reconocimiento de los medios de comunicación). • Llevar a cabo investigaciones sociales para mejorar la prestación de servicios de inmunización y la capacidad de satisfacer las necesidades de comunidades diversas.
<p>Crear una capacidad de defensa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Incorporar nuevas voces, incluyendo (entre otros) a educadores, líderes religiosos, personalidades sociales y de los medios de comunicación tradicionales, médicos de familia, profesionales de la salud de la comunidad y partidarios de la inmunización. • Formar a los profesionales de la salud en técnicas de comunicación efectiva, especialmente para abordar los recelos ante las vacunas y responder ante informes de reacciones adversas graves tras una inmunización, con objeto de mantener la confianza y disipar los temores. • Incorporar, capacitar y apoyar a las organizaciones de la sociedad civil del país para que promuevan el valor de las vacunas ante las comunidades locales y ante las instancias decisorias así como en los medios de comunicación locales y mundiales. • Crear planes de promoción nacionales o regionales que impliquen a las organizaciones de la sociedad civil del país. • Vincular las labores de promoción mundiales, nacionales y comunitarias con redes profesionales y académicas.

Objetivo estratégico 3: Los beneficios de la inmunización se distribuyen de forma equitativa a todas las personas.

45. Hoy en día, cuatro de cada cinco niños reciben, como mínimo, un conjunto básico de vacunas durante la infancia y, por lo tanto, pueden llevar vidas más saludables y productivas. Desgraciadamente, esto significa que uno de cada cinco niños no ha sido vacunado. Durante este decenio, los beneficios de la inmunización deberían extenderse de modo más equitativo a todos los niños, adolescentes y adultos. Conseguir este objetivo significa que todas las personas puedan optar a la inmunización con todas las vacunas indicadas, sin importar su ubicación geográfica, edad, sexo, discapacidad, grado educativo, nivel socioeconómico, grupo étnico o condición laboral, alcanzando de ese modo a las poblaciones desatendidas y reduciendo las disparidades en inmunización tanto dentro de un mismo país como entre países. Puesto que la carga de enfermedad tiende a concentrarse de forma desproporcionada en las poblaciones más margina-

das, alcanzar a más personas no sólo aportará un mayor grado de equidad, sino que también conseguirá tener un mayor impacto en la salud y contribuirá al desarrollo económico. Por otra parte, no se podrá cumplir con los objetivos de erradicación y eliminación de enfermedades sin lograr y mantener una cobertura alta y equitativa.

46. En 2002, la OMS, el UNICEF y otros asociados introdujeron el concepto de «llegar a todos los distritos», que fue el primer paso hacia una cobertura más equitativa. Esta estrategia permitió ampliar la prestación de los servicios de inmunización gracias a sus diversos componentes operacionales, entre los cuales, el restablecimiento de los servicios periféricos, una supervisión de apoyo, el compromiso con las comunidades, la vigilancia y utilización de datos y la planificación de distritos y gestión de recursos. De modo similar, las iniciativas encaminadas a la erradicación y eliminación de enfermedades o a la rápida reducción de la mortalidad han aplicado estrategias tales como el día nacional o regional de inmunización (para la erradicación de la poliomielitis) y actividades complementarias de inmunización (para la eliminación del sarampión y la rubeola, la reducción de la mortalidad por sarampión y la eliminación del tétanos neonatal). Más recientemente, se han utilizado estrategias denominadas en su conjunto como intensificación periódica de las actividades de inmunización sistemática, integrándolas con otras intervenciones de atención primaria de salud, para llegar a aquellos a quienes todavía no habían sido inmunizados.

47. Incluso estas estrategias siguen dejando excluidas a algunas poblaciones, por ejemplo a las que viven al margen de las estructuras sociales y gubernamentales tradicionales. Para conservar los logros de estos esfuerzos históricos y conseguir y mantener los objetivos de control de enfermedades, el enfoque estratégico consistente en «llegar a todos los distritos» debería reformularse como «llegar a todas las comunidades». A fin de lograr una cobertura más equitativa, el concepto de comunidad debe ampliarse e ir más allá de las comunidades definidas geográficamente. Llegar a todas las comunidades implicaría el propósito de abarcar a todas las personas que deban vacunarse, incluso a aquellos que estén fuera del ámbito de influencia habitual del gobierno.

48. Para llegar a todas las comunidades será necesario comprender los obstáculos de acceso y de utilización de la inmunización, identificar a los más necesitados y determinar microplanes a escala de distrito y de comunidad para superar dichos obstáculos. La rápida expansión de las tecnologías de la información debe aprovecharse para establecer registros de inmunización y bases de datos electrónicas que permitan verificar el estado de vacunación de cada individuo, el envío de los oportunos recordatorios cuando deba aplicarse la inmunización y para facilitar el acceso a los datos con objeto de emprender acciones basándose en la información científica disponible. La introducción de números de identificación únicos podría ser un catalizador para el establecimiento de dichos sistemas.

49. Basándose en los buenos resultados conseguidos con las campañas de vacunación contra la poliomielitis, debería aplicarse una planificación y extensión descentralizadas para alcanzar poblaciones alejadas, nómadas o históricamente marginadas. También se necesitarán nuevas estrategias para llegar a las poblaciones urbanas pobres y a los migrantes urbanos. Teniendo en cuenta la debilidad y los cambios de las estructuras comunitarias, la seguridad deficiente y sobre todo el hecho de que, en ocasiones, la fuerza más unificadora en estas áreas urbanas y periféricas de las ciudades es la desconfianza compartida y profunda hacia los extranjeros, especialmente en el caso de los gobiernos, los nuevos enfoques de acercamiento a la comunidad serán especialmente importantes para alcanzar esos grupos.

50. La aplicación de estrategias para llegar a todas las poblaciones desatendidas requerirá un compromiso con los sectores no gubernamentales, en particular con las organizaciones de la sociedad civil y del sector privado, y tendrán que abarcar todos los aspectos de la inmunización, entre los cuales, la promoción, la movilización social, la prestación de servicios y el desempeño de programas de supervisión. Para apoyar estas colaboraciones, los gobiernos deberían asignar mayores recursos a las comunidades desatendidas y

garantizar que los programas dispongan de personal suficiente y capacitado para ejecutar las estrategias de manera eficaz. Serán esenciales las alianzas entre los sectores gubernamentales (por ejemplo, con las instituciones educativas) y la coordinación con programas centrados en las poblaciones vulnerables. Además, no se deberá cejar en el esfuerzo de proporcionar servicios de inmunización de gran calidad a todos los niños, para no perder lo obtenido hasta el momento.

51. Existen otras dimensiones de la equidad que merecen ser consideradas durante el Decenio de las Vacunas (2011-2020), en particular las disparidades entre los países, la vacunación de adolescentes y adultos y la inmunización durante las emergencias.

52. Históricamente, han sido necesarios decenios antes de que las nuevas vacunas utilizadas en países con ingresos altos estuvieran disponibles en países con ingresos medianos y bajos. Se están adoptando medidas para hacer frente a esta desigualdad, entre las cuales la introducción de nuevas vacunas mediante el apoyo proporcionado por la Alianza GAVI. Sin embargo, aún queda mucho por hacer para conservar y ampliar estos logros, en especial en los países con ingresos medianos.

53. Asimismo, se debe adoptar el concepto de «ciclo vital» para conseguir que los beneficios de la inmunización estén al alcance de todos aquellos que estén en riesgo, sea cual sea su grupo de edad. A medida que se va consiguiendo controlar las enfermedades mediante la vacunación infantil, se va también reconociendo cada vez más la necesidad de aumentar la inmunidad para mantener y ampliar esos logros. Además, las vacunas nuevas y existentes que son beneficiosas para los niños en edad escolar, los adolescentes y los adultos en situación de riesgo especial, tales como los profesionales de la salud, los individuos inmunodeprimidos, los cuidadores de animales y los ancianos (por ejemplo, vacunas contra el virus del papiloma humano, la gripe y la rabia) están ahora disponibles y se utilizan cada vez más. El éxito de la eliminación del tétanos materno y neonatal, y los beneficios tanto para las mujeres como para los niños de la vacunación contra la gripe durante el embarazo, ha aumentado el interés por explorar el desarrollo de otras vacunas que podrían utilizarse durante el embarazo (por ejemplo, las vacunas contra estreptococos del grupo B, o el virus sincitial respiratorio). Ello implica la creación de estrategias para llegar a las personas a lo largo de su ciclo vital, y elaborar planes para los sistemas que supervisarán y realizarán el seguimiento de los avances.

54. De igual modo, se necesitan planes para garantizar el acceso a la inmunización durante las crisis humanitarias, los brotes y en zonas de conflicto. Dichos planes deberán centrarse en la comunicación e incluir disposiciones relativas a la creación de reservas de vacunas.

55. Para disponer de la información necesaria a la hora de diseñar y comprobar la eficacia de todas estas estrategias de suministro se tienen que realizar investigaciones sociales y operacionales. Las áreas en que deben centrarse esencialmente dichas investigaciones deberían ser, entre otras, la identificación de las causas de una baja cobertura en áreas y comunidades concretas, el examen de las barreras económicas frente a la inmunización, el conocimiento de los mejores enfoques para llegar a individuos de distintas edades y la evaluación de los incentivos que puedan funcionar mejor para alcanzar a los diversos grupos.

Cuadro 4: Resumen de las acciones recomendadas para alcanzar el objetivo estratégico 3

Los beneficios de la inmunización se distribuyen de forma equitativa a todas las personas.	
<p>Formular e implantar nuevas estrategias para abordar las desigualdades.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cambiar el concepto de «llegar a todos los distritos» por el de «llegar a todas las comunidades» para así abordar las desigualdades dentro de los distritos. • Contar con la participación de los grupos desatendidos y marginados para formular estrategias orientadas y adaptadas localmente destinadas a reducir las desigualdades. • Introducir nuevas vacunas apropiadas en los programas nacionales de inmunización. (Véase también el objetivo 5). • Adoptar un concepto de ciclo vital para planificar e implantar actividades de inmunización, incluyendo nuevas estrategias para garantizar la equidad a lo largo de toda la vida. • Evitar las enfermedades prevenibles mediante vacunación y responder a las mismas durante los brotes de enfermedades, las crisis humanitarias y en zonas de conflicto.
<p>Crear una base de conocimientos e impartir capacitación para permitir un suministro equitativo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar un seguimiento del estado de inmunización de cada individuo, aprovechando los registros de inmunización, las bases de datos electrónicas y los sistemas de números de identificación nacional. • Aprovechar las estructuras de la comunidad para mejorar la comunicación y suministrar servicios (por ejemplo, comadronas tradicionales, registros de nacimiento). • Fomentar la participación de las organizaciones de la sociedad civil en las actividades de divulgación y planificación. • Concebir nuevos enfoques para que se implique a la comunidad en las áreas urbanas y periféricas a las ciudades. • Formar a los profesionales de la salud y a las organizaciones de la sociedad civil sobre cómo involucrar a las comunidades, identificar a las personas influyentes que puedan ayudar en la planificación, organizar y mantener los programas de salud e inmunización, determinar las necesidades de

	<p>la comunidad y trabajar con las comunidades para satisfacer esas necesidades.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llevar a cabo investigaciones operacionales y sociales para identificar estrategias que permitan reducir las desigualdades y mejorar la calidad y la prestación de los servicios de inmunización.
--	--

Objetivo estratégico 4: sistemas de inmunización robustos que forman parte integral de un sistema de salud que funcione correctamente.

56. El que los programas nacionales de inmunización tengan resultados satisfactorios en materia de introducción de nuevas vacunas, logro de objetivos relacionados con la calidad, equidad y cobertura, y sostenibilidad financiera, depende de que el sistema sanitario funcione correctamente. La diversidad de componentes interconectados de los sistemas de inmunización requiere una atención multidisciplinaria para elaborar un programa coherente, no fragmentado y eficiente que coordine otros programas de atención sanitaria primaria y trabaje en sinergia con los mismos.

57. Los sistemas sanitarios abarcan una amplia gama de funciones, desde la política y la regulación hasta la información y los sistemas de cadenas de suministro, los recursos humanos y la gestión y financiación global del programa. Estos sistemas incluyen tanto el sector público como el privado, y en algunos países el sector privado desempeña un papel valioso en la educación de las familias sobre la necesidad y los beneficios de la vacunación, así como en la prestación de asistencia sanitaria. Algunas de estas funciones se han abordado en otras secciones de este documento. El presente apartado trata de las acciones necesarias para fomentar una mayor coordinación entre los programas de inmunización y otros programas, dentro de los sistemas sanitarios y para reforzar la información, recursos humanos, cadena de suministro y componentes logísticos de los sistemas sanitarios.

58. La prestación de servicios de inmunización debe seguir brindando una plataforma para facilitar otras intervenciones prioritarias de salud pública, tales como la administración de vitamina A, la lucha contra las parasitosis y la distribución de mosquiteros tratados con insecticida, entre otras. Asimismo, otros programas prioritarios deberían también servir de plataforma para ofrecer inmunización. Todos los contactos con el sector de la salud deberían utilizarse como una oportunidad para verificar el estado de inmunización y proporcionarla cuando proceda. Además, es importante que, a medida que estén disponibles nuevas vacunas contra algunos de los agentes patógenos causantes de patologías como la neumonía, la diarrea y el cáncer cervicouterino, se aproveche su introducción para extender el suministro de intervenciones complementarias. Por ejemplo, las vacunas contra el neumococo y el rotavirus deben complementarse con otras medidas para proteger, prevenir y tratar las enfermedades respiratorias y diarreicas relacionadas.

59. La implantación de nuevas vacunas debería por lo tanto ir acompañada de planes integrales de control de enfermedades, tanto a nivel nacional como mundial. La coordinación de la inmunización con otros servicios debería llevarse a cabo a todos los niveles de los programas de un país, implicar actividades de divulgación y participación por parte de los centros sanitarios, y formar parte de la gestión del programa. La coordinación de la inmunización con programas integrados de atención primaria de salud también puede facilitar los esfuerzos de movilización social, ayudando a generar una demanda de servicios por parte de la comunidad (objetivo estratégico 2) y abordar la desigualdad (objetivo estratégico 3). Deberían además realizarse esfuerzos para garantizar que los programas mundiales de vacunación centrados en los objetivos de erradicación y eliminación (por ejemplo, las campañas contra la poliomielitis y el sarampión) no operen de forma aislada. La elección de los mecanismos para fomentar una mayor interacción y coordina-

ción entre los distintos programas deberían realizarla los países, en función de su contexto local. Las sinergias y la eficiencia que resulten de la integración y coordinación serán particularmente beneficiosas para los países con sistemas sanitarios frágiles.

60. El acceso a una información oportuna de alta calidad es fundamental para el buen funcionamiento de la inmunización. En esta información crítica figuran los indicadores de procesos que permiten al programa supervisar su desempeño y aplicar acciones correctivas, y los indicadores de resultados que miden el impacto del programa. Los indicadores de resultados y efectos deben analizarse junto con los gastos para identificar los estrangulamientos y las mejores prácticas con el fin de evaluar la eficacia general del programa (valor por dinero). Los sistemas de información de la inmunización deben estar vinculados a sistemas de información sanitarios más amplios pero, al mismo tiempo, ser de fácil acceso y satisfacer las necesidades del programa de inmunización.

61. Para garantizar la efectividad del Programa Ampliado de Inmunización se ha llevado a cabo un seguimiento de la cobertura de inmunización y de las tasas de abandono desde el inicio del mismo. Si bien en los últimos años la calidad y la puntualidad de la información de datos han aumentado, en muchos países la calidad de los datos administrativos sobre la cobertura sigue siendo inadecuada. Además, la utilización de datos para aplicar medidas correctivas a escala de distrito y de comunidad es todavía deficiente. Los nuevos enfoques para el seguimiento de la inmunización mediante números de identificación únicos (comentados en el objetivo estratégico 3) pueden mejorar la calidad de los datos sobre la cobertura de la inmunización y facilitar la elaboración de registros integrales de inmunización. Para llevar a cabo estas tareas y facilitar el intercambio de datos se pueden aprovechar las nuevas tecnologías, en particular los dispositivos de comunicación portátiles y los teléfonos móviles. Armados con datos de mayor calidad y herramientas nuevas de análisis de datos, los gestores del programa, a todos los niveles administrativos, pueden utilizar la información para mejorar el funcionamiento del programa, repartir los fondos adecuadamente y seguir el avance de manera más eficaz.

62. La vigilancia de las enfermedades es esencial para aportar datos en los que se fundamenten las decisiones sobre la adopción de nuevas vacunas y la aplicación de estrategias en los respectivos programas nacionales, para supervisar el impacto de la inmunización y los cambios en la epidemiología de las enfermedades y para apoyar el uso continuado de vacunas. La solidez de los datos epidemiológicos también será crucial para comprender la eficacia de las vacunas y orientar las prioridades de la comunidad de investigación y desarrollo, así como para ayudar a identificar las áreas en las que se tienen que reforzar las actividades de investigación y desarrollo (objetivo estratégico 6). Las plataformas de vigilancia de enfermedades deben consolidarse para mejorar la calidad y el intercambio de información. Esto significa, entre otras cosas, reforzar la capacidad de laboratorio para la confirmación microbiológica del diagnóstico y del seguimiento de la propagación de enfermedades mediante técnicas de tipificación molecular.

63. En raras ocasiones, la salud de las personas vacunadas puede sufrir una reacción adversa. Más frecuentemente, puede ocurrir que eventos de salud coincidan con el periodo que sigue a la inmunización y que estos se atribuyan, erróneamente, a las vacunas. En ambos casos es muy importante detectar y analizar con rapidez los eventos adversos graves tras la vacunación. Con el fin de ayudar a los países con ingresos bajos y medianos a manejar estas importantes cuestiones, la OMS y sus asociados han puesto en marcha el *Global Vaccine Safety Blueprint* [Plan Mundial para la Seguridad de las Vacunas]. Este plan estratégico se propone brindar ayuda a los países con ingresos bajos y medianos para que tengan al menos la capacidad mínima de llevar a cabo actividades de seguridad de las vacunas y a los países que introduzcan vacunas recientemente desarrolladas o en lugares con características nuevas o que fabriquen y utilicen vacunas precalificadas para mejorar su capacidad de evaluar la seguridad de las mismas, así como para establecer una estructura que apoye la seguridad de las vacunas a escala mundial. La aplicación de las estrategias del plan para crear capacidad de vigilancia de la seguridad durante el Decenio de las Vacunas

(2011-2020) garantizará que la inmunización sea lo más segura posible en todos los lugares, y que las preocupaciones por la seguridad no sean una causa de indecisión en el uso de la vacunación.

64. Con la creciente complejidad de los programas de inmunización y los nuevos y ambiciosos objetivos, se tendría que contar con un mayor número de profesionales de la salud capacitados que puedan manejar una mayor carga de trabajo. Esto incluye a aquellos que gestionan los programas a escala nacional y territorial, así como a los profesionales de primera línea que ofrecen servicios a las comunidades e interactúan directamente con las mismas. Los administradores de los programas han de poseer conocimientos técnicos sobre vacunas e inmunización, así como habilidades de gestión. Los profesionales de la salud de primera línea que no sólo prestan servicios de vacunación sino también de atención primaria de salud y de educación en materia de salud, necesitan recibir, previamente y durante el servicio, una formación coordinada, integral y muy práctica con planes de estudio pertinentes y actualizados y supervisión después de la capacitación. Estos profesionales no sólo deben explicar por qué es importante la inmunización sino que también deben aconsejar a las personas y comunidades en materia de nutrición, creación de un entorno más saludable, y reconocimiento de señales de peligro cuando alguien enferma. Los programas de inmunización deben asegurar que dicha formación y supervisión se extienda de manera efectiva al personal de salud de la comunidad. Las organizaciones de la sociedad civil deben colaborar en la capacitación y coordinación de estos trabajadores.

65. Los profesionales de la salud sólo pueden trabajar eficazmente si disponen de recursos suficientes (vacunas, suplementos, medicamentos) en el momento de necesitarlos. La profusión de nuevas vacunas ha desbordado la capacidad del sistema actual de la cadena de frío en muchos países. Así pues, las cadenas de suministro y los sistemas de gestión de residuos deben ampliarse urgentemente y ser más eficientes y fiables. Deben diseñarse para maximizar su eficacia y celeridad. También han de tener en cuenta y esforzarse en minimizar el impacto medioambiental de la energía, los materiales y procesos empleados en la inmunización, tanto a escala nacional como mundial. La disponibilidad de las nuevas tecnologías ofrece la oportunidad de innovar, no sólo para mejorar la gestión de las cadenas de suministro de inmunización, sino también para incrementar sinergias con otros sectores y sistemas de suministro de otras intervenciones de salud. Otra área potencial de innovación es la relacionada con el conocimiento de las lecciones extraídas de las prácticas del sector privado, la gestión de cadenas de suministro y la identificación de tareas que podrían subcontratarse a empresas del sector privado para obtener una mayor eficacia.

66. Es esencial asegurar unos sistemas de suministro de inmunización dotados con un número adecuado de profesionales competentes, motivados y capacitados a todos los niveles. De igual modo, las mejoras de los sistemas de información sanitaria deben también facilitar un apoyo para la gestión de las actividades y recursos de inmunización, ayudando al personal a garantizar que la cantidad adecuada de vacunas para satisfacer la demanda siempre esté disponible. Se deben invertir esfuerzos en la consolidación de las cadenas de suministro de manera que beneficien tanto a los programas de inmunización como a las actividades nacionales relacionadas con la salud en un sentido más amplio.

67. La concepción de enfoques integrales sólidos y más eficientes para el control de enfermedades e inmunización requerirá que los ministerios de salud tomen la iniciativa de consolidar y coordinar los programas de inmunización y los sistemas sanitarios de manera más amplia, entre otros, implicando a las organizaciones de la sociedad civil, al sector académico y a los médicos del sector privado. Pueden apoyarse en los conocimientos del mundo académico para crear y difundir nuevas herramientas y conceptos de la prestación de servicios. Las organizaciones de la sociedad civil pueden contribuir al desarrollo de programas integrados, de manera que se ajusten a las realidades locales e incorporen recursos humanos que pertenezcan a la comunidad. En último término, al demandar servicios integrados, las comunidades pueden pedir que sus gobiernos respectivos rindan cuentas. Las organizaciones regionales y mundiales pueden también ayudar, asegurando un intercambio de datos y de prácticas óptimas en el interior del país y

entre países, y que los programas nacionales tengan acceso a herramientas analíticas. Los asociados para el desarrollo pueden proporcionar recursos financieros adicionales, cuando sea necesario.

Cuadro 5: Resumen de las acciones recomendadas para alcanzar el objetivo estratégico 4

Sistemas de inmunización robustos que forman parte integral de un sistema de salud que funcione correctamente.	
Elaborar conceptos integrales y coordinados.	<ul style="list-style-type: none"> • Garantizar que los programas mundiales de vacunación centrados en los objetivos de erradicación y eliminación (por ejemplo, las campañas contra la poliomielitis y el sarampión) se incorporen a programas de inmunización nacional y no operen de forma independiente. • Garantizar que la distribución de nuevas vacunas vaya acompañada de planes integrales para controlar las enfermedades objetivo. • Asegurar la coordinación entre los sectores público y privado para la introducción de nuevas vacunas, la notificación de enfermedades prevenibles mediante vacunación y la administración de las vacunas, así como para garantizar la calidad de la vacunación en los sectores público y privado. • Considerar la posibilidad de incluir las vacunas (según corresponda a las prioridades nacionales) en los programas de salud a lo largo de todo el ciclo vital.
Reforzar los sistemas de seguimiento y vigilancia.	<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar la calidad de todos los datos administrativos de la inmunización y promover su análisis y utilización a todos los niveles administrativos para mejorar el funcionamiento del programa. • Fomentar y promover el uso de nuevas tecnologías para recopilar, transmitir y analizar los datos de inmunización. • Seguir consolidando y ampliando los sistemas de vigilancia de las enfermedades para generar información destinada a la toma de decisiones, comprobar el impacto de la inmunización en la morbilidad y la mortalidad y los cambios en la epidemiología de las enfermedades. • Garantizar la capacidad de las actividades relacionadas con la seguridad de las vacunas, en particular las competencias a la hora de recopilar e interpretar los datos de seguridad, e insistiendo aún más en ese punto en el caso de los países que introduzcan vacunas recién desarrolladas.

<p>Consolidar la capacidad de los administradores y de los profesionales de primera línea.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Asegurar que la inmunización y otros programas de atención primaria de salud dispongan de los recursos humanos adecuados para planificar y ofrecer servicios previsibles de calidad aceptable. • Elevar el grado de formación de los recursos humanos antes, durante y después de su servicio y elaborar nuevos planes de estudios pertinentes que aborden la inmunización como un componente del control integral de enfermedades. • Promover la formación y supervisión coordinadas de los profesionales de la salud comunitarios.
<p>Reforzar la infraestructura y la logística.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Innovar con objeto de mejorar la capacidad de la cadena de frío y la logística, así como la gestión de desechos. • Minimizar el impacto medioambiental de la energía, los materiales y procesos empleados en los sistemas de suministro de la inmunización, tanto a escala nacional como mundial. • Dotar a los sistemas de suministro con un número adecuado de profesionales competentes, motivados y capacitados en todos los niveles. • Establecer sistemas de información que ayuden al personal a realizar un seguimiento preciso de los suministros disponibles.

Objetivo estratégico 5: programas de inmunización que cuenten con un acceso sostenible a una financiación previsible, suministro de calidad y tecnologías innovadoras.

68. Para cumplir con los objetivos del Decenio de las Vacunas (2011-2020), tanto los países como los asociados para el desarrollo deben tomar disposiciones, a escala nacional y mundial, destinadas a aumentar la cantidad total de fondos disponibles para la inmunización. Cada nación tiene que asegurar la sostenibilidad financiera de sus programas nacionales de inmunización mediante una evaluación periódica de las necesidades de recursos, una prestación de servicios eficiente, disponibilidad de financiación interna adecuada, y movilización de recursos aportados por asociados para el desarrollo que permitan subsanar los déficits de financiación. Asimismo, los gobiernos deben indagar con el fin de hallar mecanismos alternativos e innovadores para financiar la salud y la inmunización. Entre otras estrategias, algunos países han establecido fondos fiduciarios, o utilizan ingresos fiscales específicos. Es además importante ver más allá de los presupuestos y de los gastos. Los gobiernos pueden mejorar el acceso a las vacunas y prevenir la escasez de las mismas, de equipos de vacunación o de profesionales de la salud, asegurando que los fondos presupuestados se desembolsen de forma continua y oportuna, respondiendo así a las necesidades de los programas.

69. Si bien los gobiernos son los principales responsables de financiar los servicios de inmunización, los asociados para el desarrollo también deben apoyar las estrategias nacionales mediante una financiación a largo plazo más previsible, y estudiando alternativas para una nueva generación de mecanismos de financiación innovadores. Cabe señalar que la financiación de la inmunización es una responsabilidad mutua entre los países y sus asociados para el desarrollo. Un posible enfoque consiste en llevar a cabo un seguimiento anual de los recursos destinados a financiar la inmunización, procedentes de asociados y de gobiernos por igual. Tanto en el caso de los países como en el de los asociados para el desarrollo, la defensa de las vacunas y los esfuerzos políticos que se basen en pruebas científicas deben centrarse en lograr renovar los compromisos de financiación que se hayan adquirido en el pasado.

70. Es también preciso mejorar la asignación y rendición de cuentas, así como la sostenibilidad de la financiación. Se garantizará que los fondos se destinen a las necesidades más urgentes del país mediante la coordinación del apoyo financiero de los asociados para el desarrollo y de otras fuentes externas orientadas a prioridades del presupuesto nacional. Se deberían revisar periódicamente las estrategias de asignación de fondos para confirmar que estén cumpliendo tan pronto y tan efectivamente como sea posible con objetivos tales como la erradicación y eliminación de las enfermedades. Se tendrían que establecer ciclos de retroinformación para ir mejorando la sostenibilidad, los resultados y el impacto del programa. Una de las posibles metodologías que se podría estudiar es un sistema de financiación de pago por desempeño. No obstante, las ventajas de este enfoque se tendrían que sopesar frente a la importancia de garantizar la previsibilidad de la financiación, los riesgos de la creación de incentivos perversos y la necesidad de datos de gran calidad para aplicar ese plan. Ello significaría relacionar la distribución de fondos internacionales, nacionales y locales con índices concretos de desempeño y aprovechar los resultados de estas valoraciones para promover el mejoramiento del programa.

71. Es necesario encontrar mecanismos innovadores que alivien la presión financiera y sirvan de apoyo para desarrollar y mejorar las vacunas, tanto las actuales como las nuevas. Estas innovaciones son particularmente importantes para los países de renta media-baja que no cuentan con la asistencia de los mecanismos de precios y adquisiciones de la OPS, el UNICEF o la alianza GAVI. Entre los mecanismos por estudiar figuran nuevos enfoques tales como aplicar precios diferenciales para fijar niveles de precios, y métodos de negociación y compras mancomunadas para los países con ingresos medianos bajos. Actualmente, existen modelos de compras mancomunadas tanto en el caso de los mercados farmacéuticos como en el de las vacunas. El Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas de la OPS es un ejemplo de mecanismos de compra mancomunada y créditos a corto plazo. Tanto este modelo como otros podrían examinarse y modificarse para adaptarse mejor a las necesidades de los países con ingresos medianos bajos y de cada mercado de vacunas en particular.

72. La provisión de una financiación sostenible a largo plazo sería un incentivo para los fabricantes y, por lo tanto, reforzaría la seguridad del suministro. Es además necesario contar con la intervención de los proveedores. Un porcentaje cada vez mayor de las vacunas con precios asequibles que se utilizan para inmunizar a la población mundial se fabrican en países con ingresos medianos y medianos bajos. En el próximo decenio, estos países no solamente deberán garantizar la calidad, seguridad y eficacia de las vacunas utilizadas en su territorio nacional, sino que tendrán una obligación cada vez mayor de proteger y mejorar la seguridad de las iniciativas mundiales de inmunización. Las intervenciones potenciales de los proveedores para garantizar la calidad, seguridad y eficacia consisten, entre otras, en identificar y difundir prácticas óptimas para la fabricación y el control de la calidad, invirtiendo en capacidad en materia de investigación y desarrollo, emprendiendo transferencias de tecnología y estableciendo acuerdos de codesarrollo.

73. En todas estas intervenciones, la garantía de la calidad de las vacunas es un factor clave esencial aunque a menudo subestimado. Esta garantía de buena calidad depende fundamentalmente de una norma-

lización efectiva que asegure que cada vacuna es un producto que se pueda fabricar sistemáticamente y que además permita a varios fabricantes elaborar productos similares con la misma calidad. Ya existen procedimientos normativos para lograr normas mundiales armonizadas en materia de vacunas, entre otros, materiales biológicos de referencia internacional, pero es necesario seguir actuando para reforzar una reglamentación mundial.

74. Además, cada país debiera mejorar su capacidad de vigilar y garantizar una utilización segura de las vacunas, en consonancia con la estrategia definida en la iniciativa *WHO Global Vaccine Safety Blueprint* (tal y como se describe en el objetivo estratégico 4). Asimismo, se deberían adoptar medidas para reforzar los sistemas nacionales de reglamentación y establecer un reglamento armonizado a escala mundial para asegurar que la demanda creciente de revisiones normativas pueda manejarse efectiva y oportunamente. Esta cuestión no solo afecta a los países con ingresos bajos y medianos involucrados en la transferencia de tecnología, sino también a los organismos de reglamentación de los países con ingresos altos en donde se han de mantener los conocimientos y los recursos. Estas intervenciones por parte de los proveedores deben basarse en modelos de negocios sólidos, diseñados por los países con el fin de garantizar el impacto de unas inversiones considerables y a largo plazo.

75. Para que se produzcan cambios en materia de financiación sostenible se tendrá que contar con el compromiso de los gobiernos y de los asociados para el desarrollo, así como de otros países que se vayan uniendo a la categoría de asociados para el desarrollo, con objeto de aumentar los recursos y mejorar la eficiencia del programa. Asimismo, un suministro sostenible precisará de la participación multisectorial de los gobiernos (por ejemplo, de los sectores de ciencia y tecnología, comercio, industria y salud) para crear un entorno que ayude a los proveedores a fortalecer sus capacidades. Las economías emergentes desempeñan un papel particularmente importante en ambos casos dada su alta tasa de crecimiento económico y la rápida expansión de su base de suministro.

76. Para reforzar el alineamiento, deberían ampliarse las actividades que llevan a cabo actualmente la División de Suministros del UNICEF y la Alianza GAVI, destinadas a mejorar la comunicación y coordinación entre países, productores de vacunas y organizaciones del sector público. Los países necesitan un foro en el que puedan comunicar de manera más clara la demanda prevista de nuevas vacunas y proporcionar orientación sobre los perfiles de productos deseados. Esta información de primera mano ofrecería a los proveedores una base más sólida para fundamentar sus decisiones sobre el desarrollo de productos y la planificación de capacidades, mitigando así los riesgos ligados al desarrollo y la distribución. Esta información contribuiría además a que asociados para el desarrollo y otras organizaciones del sector público establezcan estrategias y planes de apoyo más justificables y fiables. Asimismo, este foro podría utilizarse para que los proveedores comuniquen con precisión la posible gama de precios y el suministro a los países, en el presente y en el futuro, así como para que las naciones compartan su información y experiencia en materia de adquisición de vacunas.

Cuadro 6: Resumen de las acciones recomendadas para alcanzar el objetivo estratégico 5

Programas de inmunización que cuenten con un acceso sostenible a una financiación previsible, suministro de calidad y tecnologías innovadoras.	
Aumentar la cantidad total de fondos para la financiación.	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer el compromiso de los gobiernos de invertir en inmunización en función de su capacidad de pago y de los beneficios esperados. • Captar posibles nuevos asociados nacionales y asociados para el desarrollo y diversificar las fuentes de financiación.

	<ul style="list-style-type: none"> • Concebir una nueva generación de mecanismos de financiación innovadores.
Aumentar la asequibilidad para países con ingresos medianos.	<ul style="list-style-type: none"> • Explorar enfoques de precios diferenciales para definir criterios explícitos de niveles de precios y los precios presentes y futuros que se pondrán a disposición de los países con ingresos medianos bajos y bajos. • Estudiar las negociaciones colectivas y los mecanismos de adquisición para países con ingresos medianos bajos y medianos.
Mejorar la asignación de fondos en países con ingresos medianos y bajos.	<ul style="list-style-type: none"> • Consolidar los sistemas nacionales de gestión presupuestaria y financiera para integrar mejor la planificación financiera y de asistencia sanitaria, así como el establecimiento de prioridades. • Coordinar el apoyo financiero de los asociados para el desarrollo y otras fuentes externas. • Evaluar y mejorar los mecanismos de ayuda financiera en base a su eficacia para alcanzar los objetivos en materia de enfermedades. • Basar la financiación en la transparencia y objetividad con objeto de garantizar la sostenibilidad de los programas. • Promover el uso de argumentos de coste y de coste-beneficio para conseguir fondos, tomar decisiones y defender la financiación de la inmunización. • Estudiar sistemas de financiación de pago por desempeño.
Garantizar la calidad del suministro.	<ul style="list-style-type: none"> • Crear redes de reguladores y proveedores y brindarles apoyo para intercambiar prácticas óptimas y mejorar las capacidades en materia de garantía y control de la calidad. • Concebir herramientas para fortalecer la normalización mundial de los procesos reguladores de la producción. • Consolidar los sistemas reguladores nacionales y elaborar normativas armonizadas a nivel mundial. • Facilitar un foro en el que los países puedan comunicar la demanda prevista de vacunas y tecnología, y facilitar orientación a los productores acerca de los perfiles de los productos deseados.

Objetivo estratégico 6: innovaciones en investigación y desarrollo a escala nacional, regional y mundial para maximizar los beneficios de la inmunización.

77. Para el próximo decenio es necesario impulsar la definición de objetivos y la innovación en materia de investigación y desarrollo en todas las actividades de descubrimiento, creación y suministro. Los esfuerzos de innovación en investigación y desarrollo darán lugar a: 1) la identificación de mecanismos de protección y patogénesis; 2) nuevos objetivos antigénicos bien definidos para el desarrollo de nuevas vacunas; 3) progresos con tecnologías de biotransformación, formulación, producción y suministro de vacunas nuevas y mejoradas; y 4) elaboración de datos sobre carga de enfermedad y rentabilidad para la toma de decisiones en el ámbito nacional.

78. La OMS ha realizado un estudio detallado de priorización y el Instituto de Medicina de los Estados Unidos de América está llevando a cabo la creación de un modelo para ayudar a los organismos responsables de la toma de decisiones a priorizar, a largo plazo, las vacunas preventivas, fundamentándose en criterios de impacto sanitario, económico, demográfico, programático y social, así como en base a oportunidades científicas, técnicas y comerciales. Los colaboradores del Decenio de las Vacunas no han emprendido un ejercicio de priorización de vacunas o enfermedades. Para complementar los esfuerzos anteriormente citados, se presenta un abanico de investigación y desarrollo en descubrimiento, desarrollo y suministro en el que los actores pueden elegir en qué invertir conforme a sus propias prioridades y percepciones con respecto al rendimiento de sus inversiones.

79. En todas las actividades de investigación y desarrollo se requiere incrementar la participación de los usuarios finales y las consultas con los mismos, con objeto de garantizar que se prioricen las tecnologías e innovaciones en función de su demanda real y de su valor agregado. Se tendrán también que alcanzar nuevos acuerdos para facilitar el acceso a los conocimientos y al intercambio de tecnologías fundamentales, al tiempo que se reconocen y respetan los derechos de propiedad intelectual. Para apoyar estas actividades y maximizar su eficacia, se tendrá que contar con la participación de científicos de otras disciplinas que, en el pasado, no intervenían en la investigación para el desarrollo de vacunas (biología de sistemas, nanotecnología, biología estructural y metabólica). También corresponderá una función muy importante a ingenieros químicos y mecánicos, químicos y expertos en tecnologías de la información.

80. Además, para llevar a cabo la investigación y el desarrollo y, en particular, para hallar mejores métodos de efectuar la investigación operativa y evaluar los programas de inmunización, se ha de crear capacidad y desarrollar recursos humanos en los países con ingresos medianos y bajos. En varias instituciones de excelencia de muchos países de ingresos medianos y bajos se están realizando actividades de investigación y desarrollo. Esta capacidad está produciendo información autóctona y fomentando la colaboración bilateral y multilateral en ciencias básicas y en desarrollo de vacunas y puede reforzarse aún más mediante la formación entre iguales e intercambios entre países. Una mayor conexión entre los centros de investigación (desde el descubrimiento hasta los ensayos clínicos) facilitará el intercambio de ideas y generará alianzas entre las instituciones de los países con ingresos altos, medianos y bajos, de forma eficiente.

81. Los descubrimientos y la investigación básica sentarán las bases de los resultados para los futuros decenios. Para permitir el desarrollo de nuevas vacunas es necesario investigar la interacción entre el huésped y el agente patógeno. La adquisición de experiencia sobre respuestas inmunitarias innatas y adaptativas facilitará un diseño más racional de las vacunas. Reforzar los conocimientos sobre las características inmunológicas y moleculares de los microbios a través de la biología de sistemas llevará a la identificación de nuevos objetivos antigénicos para el desarrollo de vacunas y a la obtención de medios más efectivos para predecir las respuestas y los mecanismos de protección. Estudios apropiados sobre la genética del huésped y los biomarcadores ayudarán a comprender mejor las causas de las diferencias de respuesta a la vacunación o de sensibilidad a efectos adversos entre las poblaciones humanas.

82. Para desarrollar nuevas y mejores vacunas y tecnologías de vacunación, la comunidad dedicada a la investigación y desarrollo se beneficiará con la adopción de prácticas óptimas en la gestión de carteras y en acuerdos colectivos, entre otras cosas, identificando indicadores precoces de éxito y fracaso que aporten información para las inversiones basadas en resultados. Asimismo, la comunidad debería estudiar nuevos métodos para garantizar que las vacunas candidatas prometedoras pasen de la fase de descubrimiento a la de desarrollo, especialmente cuando los incentivos del mercado son insuficientes. Ello resulta particularmente importante en el caso de las vacunas para prevenir las enfermedades «desatendidas».

83. Se tienen que realizar investigaciones que permitan acelerar la creación, la obtención de licencias y la incorporación de vacunas que actualmente se encuentran en sus primeras fases de desarrollo y, en particular, el desarrollo de tecnologías para producir vacunas de forma más eficaz y menos costosa. Es preciso disponer de un mayor acceso a la tecnología y a los conocimientos sobre coadyuvantes y su formulación en vacunas, con objeto de impulsar el desarrollo de vacunas nuevas y más eficaces. Los mecanismos de administración sin jeringas, y los envases de vacunas que mejor se adapten a las necesidades y limitaciones de los países, las vacunas termoestables y las nuevas tecnologías de bioprocesamiento y producción son áreas de investigación prioritarias para acelerar el desarrollo de una próxima generación de vacunas más eficaces, menos costosas y más fáciles de fabricar y distribuir.

84. Además, la búsqueda tenaz y la elaboración de un programa mundial de normalización para las ciencias mejorará la eficiencia de la producción, la caracterización de los productos y el diseño de los ensayos clínicos, conservando los más altos estándares de seguridad y eficacia para las vacunas. Comprender los efectos adversos, hallar la manera de evitarlos sin comprometer la eficacia conocida de un producto existente y no incurrir en costos de desarrollo, pruebas y registro de un nuevo producto son retos considerables. En este caso, los estudios en modelos animales y en sistemas *in vitro* que predicen mejor la seguridad y la eficacia, acortarán el plazo para desarrollar vacunas seguras y eficaces y hacerlas llegar a las comunidades. El conocimiento de los correlatos de protección y la seguridad serán de gran ayuda para conseguir la licencia y el uso de estos productos de segunda generación.

85. En lo referente al suministro, las áreas prioritarias para mejorar la eficiencia del programa y aumentar la cobertura y el impacto de las vacunas deberían abarcar la investigación sobre un uso eficiente de la información, utilizando tecnologías modernas de comunicación y la investigación social para comprender los determinantes culturales, económicos y organizativos de la inmunización. Los análisis económicos de la salud brindarán una orientación para la introducción y priorización de vacunas y, por lo tanto, se necesitarán estudios epidemiológicos, inmunológicos y operacionales representativos, así como estudios de impacto de las vacunas.

86. Se requiere también una investigación operacional sobre métodos de distribución más eficaces con objeto de solventar los problemas que plantea la inmunización a lo largo del ciclo vital (recién nacidos, niños, adolescentes, embarazadas, ancianos, entre otros) y la vacunación en situaciones de emergencia y de brotes epidémicos. A medida que se vayan introduciendo nuevas vacunas en los programas de inmunización sistemática y que la vacunación se amplíe más allá del primer año de vida, se tendrán que estudiar los efectos de la interferencia inmunológica y la optimización de los plazos de suministro. En el caso de algunos sectores determinados de la población, como el de las embarazadas, será particularmente importante confirmar la seguridad de las vacunas. Se tienen además que llevar a cabo investigaciones para establecer biomarcadores que validen las estimaciones de cobertura de la inmunización y permitan una mejor medición de los perfiles de inmunidad entre la población. Asimismo, la investigación para desarrollar herramientas que permitan establecer la etiología y que sirvan para el diagnóstico de campo, sean rentables y se puedan utilizar en los lugares de consulta, representará una valiosa aportación para mejorar la calidad del seguimiento.

87. La comunidad de investigadores, los fabricantes, los profesionales de la salud, los gestores de programas, los grupos consultivos técnicos sobre inmunización, los organismos de reglamentación de vacunas y los asociados para el desarrollo tendrán que actuar de forma concertada para lograr el pleno potencial de investigación y desarrollo en el próximo decenio. Estos grupos deberán ponerse de acuerdo en cuanto a los métodos y argumentos para la asignación de prioridades y de recursos que escasean, equilibrando las tensiones entre las opciones determinadas por los países, la necesidad de esfuerzos de investigación a gran escala y los mercados, manteniendo así el desarrollo y la comercialización. Los profesionales de la salud, gestores de programa, organismos de reglamentación de vacunas y grupos consultivos técnicos sobre inmunización pueden brindar su apoyo para identificar las áreas donde sería posible innovar, y para evaluar su demanda real y valor añadido. Los asociados para el desarrollo pueden ayudar a fomentar una asignación racional de algunos recursos para investigación y desarrollo, conforme a las prioridades acordadas. La comunidad de investigadores y los fabricantes serán los principales responsables de promover la innovación y aplicar el programa de investigación previamente mencionado.

Cuadro 7: Resumen de las acciones recomendadas para alcanzar el objetivo estratégico 6

Innovaciones en investigación y desarrollo a escala nacional, regional y mundial para maximizar los beneficios de la inmunización.	
Ampliar capacidades y reforzar el compromiso con los usuarios finales.	<ul style="list-style-type: none"> • Comprometerse con los usuarios finales a priorizar vacunas e innovaciones de acuerdo con la demanda percibida y el valor añadido. • Establecer plataformas de intercambio de información sobre investigación de la inmunización y lograr un consenso. • Crear más capacidad y recursos humanos en los países con ingresos medianos y bajos para llevar a cabo actividades de investigación y desarrollo y de investigación operativa. • Reforzar las redes de centros de investigación para crear asociaciones eficientes que cuenten con instituciones de los países con ingresos altos, medianos y bajos. • Fomentar la colaboración entre los que ejercen disciplinas de investigación tradicionales y los científicos de otras disciplinas que, en el pasado, no participaban en la investigación para el desarrollo de vacunas.
Hacer posible el desarrollo de nuevas vacunas.	<ul style="list-style-type: none"> • Investigar los elementos clave de las respuestas inmunitarias innatas y adaptativas, especialmente en humanos. • Investigar las características inmunológicas y moleculares de los microbios. • Mejorar el conocimiento de la magnitud y de las causas de la diversidad de respuesta de los agentes patógenos y de los seres humanos a las vacunas.

<p>Acelerar el desarrollo, la concesión de licencias y la incorporación de vacunas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Promover un mayor acceso a la tecnología, conocimientos y propiedad intelectual para los coadyuvantes y su formulación en las vacunas. • Desarrollar mecanismos de administración sin jeringas y envases para vacunas que mejor se adapten a las necesidades y limitaciones de los programas nacionales. • Desarrollar vacunas termoestables contra el rotavirus y el sarampión. • Desarrollar nuevas tecnologías de bioprocésamiento y producción. • Elaborar un programa mundial de normalización para la investigación y las ciencias. • Adoptar prácticas óptimas para la gestión de carteras y acuerdos de investigación y desarrollo.
<p>Mejorar la eficiencia del programa y aumentar su cobertura e impacto.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Investigar un uso más eficaz de la información a través de las tecnologías modernas de comunicación. • Llevar a cabo investigaciones epidemiológicas, inmunológicas, sociales y operacionales representativas y estudios de impacto de las vacunas para orientar los análisis económicos de la salud. • Realizar investigación operacional sobre métodos de distribución mejorados para la inmunización durante todo el ciclo vital y la vacunación en situaciones de emergencia en los llamados estados frágiles y en los que salen de algún conflicto. • Investigar los efectos de interferencia y los plazos de suministro óptimos. • Llevar a cabo investigaciones para desarrollar mejores herramientas de diagnóstico que puedan utilizarse para las labores de vigilancia en los países con ingresos bajos.

RENDIMIENTO EN SALUD DE LAS INVERSIONES EN INMUNIZACIÓN

88. El plan de acción mundial sobre vacunas ha fijado un conjunto de objetivos generales y estratégicos ambiciosos para el próximo decenio con objeto de incrementar el impacto y el alcance de la inmunización en todo el mundo. Mediante la ampliación de la cobertura de las vacunas existentes, la introducción de nuevas vacunas y el empeño en eliminar y erradicar enfermedades concretas se pueden evitar millones de muertes y generar miles de millones de dólares en beneficios económicos.

89. Se prevé que los costos para mantener y ampliar los programas de inmunización actuales, introducir vacunas nuevas e infrautilizadas, y realizar actividades suplementarias de inmunización para alcanzar los objetivos de eliminación y erradicación en los 94 países del mundo con ingresos bajos y medianos bajos pasarán de entre US\$ 3500 millones y US\$ 4500 millones en 2011, a entre US\$ 6000 millones y US\$ 8000 millones en 2020, con un costo acumulado aproximado de entre US\$ 50 000 millones y US\$ 60 000 millones a lo largo del *decenio* (de 2011 a 2020). Estos cálculos corresponden a los 94 países siguientes.¹

90. De esos costos, se estima que entre US\$ 42 000 millones y US\$ 51 000 millones (aproximadamente el 85% del total) servirán para apoyar la ampliación de cobertura de inmunización sistemática y la incorporación de otras vacunas a estos programas.² Por ejemplo, se prevé incrementar la cobertura de la vacuna contra el neumococo para la cohorte de nacimientos de estos 94 países, que pasaría de un 8% en 2011 a aproximadamente un 90% para 2020. Asimismo, se prevé que la cobertura de la vacuna pentavalente (contra la difteria, el tétanos, la tosferina, la hepatitis B y el *Haemophilus influenzae* tipo B) pase de un 50% en 2011 a más de un 90% para 2020. Por poner otro ejemplo, se prevé que cinco vacunas adicionales que no están actualmente autorizadas o utilizadas ampliamente en países con ingresos bajos y medianos bajos se introduzcan durante el decenio en muchos de estos países en los que se centra en el análisis; estas vacunas serían las siguientes: vacuna contra el cólera, la fiebre del dengue y la malaria, vacuna antipoliomielítica inactivada y vacuna conjugada contra la fiebre tifoidea. Es necesario fortalecer los programas de suministros para asegurar que cumplan con las necesidades actuales, se mantengan adecuadamente durante el decenio, dispongan de la capacidad suficiente para dar cabida a otras vacunas que se hayan planeado introducir, y facilite las aspiraciones de cobertura en los países con ingresos medianos y mediano bajos. Ello originará un aumento de los costos anuales de inmunización sistemática que pasarán de aproximadamente US\$ 2500 millones en 2011 a US\$ 7500 millones para 2020.

91. De estos costos, se calcula que una cifra acumulativa de entre US\$ 8000 millones y US\$ 9000 millones (el 15% restante) se destinarán a actividades suplementarias de inmunización enfocadas al control acelerado y a los esfuerzos de erradicación y eliminación de enfermedades durante el decenio, que complementarían los programas de inmunización sistemática. El presente análisis considera que estos esfuerzos se centrarán en el sarampión, la meningitis de tipo A, la poliomiélitis, la rubéola, el tétanos y la fiebre amarilla.

92. Los costos descritos anteriormente para los programas sistemáticos y las actividades suplementarias de inmunización abarcan los costos proyectados para la adquisición y suministro de vacunas y materiales de inyección así como su distribución, e incluyen transporte y cadena de frío, recursos humanos, formación, movilización social, vigilancia y gestión del programa. Estas cifras no contemplan los costos adicionales o la eficiencia que puedan generar las acciones recomendadas en el plan de acción mundial sobre vacunas ya que, en este momento, no existe una base científica suficiente para evaluar dichos costos. En concreto, no se incluyen los costos adicionales de una ampliación de la vacunación estacional contra la gripe o los acarreados por la necesidad de recursos adicionales para aumentar la vigilancia y compromiso de la sociedad civil, y para el apoyo actual y adicional del organismo técnico a cargo de la ejecución del

¹ Los países considerados en el análisis de costos incluyen 92 países con ingresos bajos y medianos bajos, según la clasificación de julio de 2011 del Banco Mundial (lista consultada el 11 de abril de 2012 en: <http://www.icsoffice.org/Documents/DocumentsDownload.aspx?Documentid=474>) además de dos países con ingresos medianos altos (Azerbaiyán y Cuba) que obtuvieron ayuda de la Alianza GAVI para las vacunas existentes y que han sido clasificados para recibir apoyo en la introducción de vacunas futuras.

² Las vacunas incluidas en el análisis de costos cubren las siguientes enfermedades: difteria-tétanos-tosferina, hepatitis B, *Haemophilus influenzae* tipo b, virus del papiloma humano, encefalitis japonesa, sarampión, meningococo A, parotiditis, neumococo, poliomiélitis, rotavirus, rubeola, tuberculosis y fiebre amarilla.

plan de acción mundial sobre vacunas. No obstante, estos costos representan la mayor parte de los que acarrearía el logro de los objetivos estratégicos del Decenio de las Vacunas (2011-2020).

93. Los gobiernos de los países con ingresos bajos y medianos bajos seguirán desempeñando un papel fundamental a la hora de satisfacer las necesidades de recursos. Suponiendo que la financiación de la inmunización por parte de los gobiernos aumente paralelamente al crecimiento previsto del PIB, y que todos los países aptos para la Alianza GAVI cumplan con la totalidad de los requisitos correspondientes de cofinanciación, se calcula que los fondos que los gobiernos pondrán a disposición para la inmunización sistemática y las actividades suplementarias de inmunización, podrían ascender a aproximadamente US\$ 20 000 millones durante el decenio. Además, si la Alianza GAVI renovara su nivel actual de financiación para el periodo 2016-2020, los recursos de dicha Alianza generarían una financiación adicional para este decenio del orden de US\$ 12 000 millones, de los cuales aproximadamente US\$ 11 000 millones se destinarían a programas de inmunización sistemática y otros US\$ 1000 millones a programas suplementarios de inmunización. Partiendo de estas premisas, para el decenio, los gobiernos de los países y la Alianza GAVI podrían proporcionar, conjuntamente, fondos por un total de aproximadamente US\$ 32 000 millones. Puede considerarse que estas estimaciones son la financiación mínima disponible a lo largo del decenio ya que no incluyen las contribuciones de los asociados para el desarrollo que no forman parte de la Alianza (a causa de la considerable incertidumbre en cuanto a futuros niveles de financiación por parte de dichos asociados).

94. Para alcanzar la financiación adicional de entre US\$ 18 000 millones y US\$ 28 000 millones será preciso contar con el compromiso de todas las partes interesadas: los gobiernos deben continuar considerando la inmunización como una prioridad al decidir la asignación de recursos; los asociados para el desarrollo deben mantener y reforzar el acceso a la financiación de la inmunización a pesar de las prioridades que compitan con esta; y toda la comunidad debe seguir esforzándose en reducir el costo de adquisición de las vacunas y de la prestación del servicio de inmunización.

95. Las inversiones conjuntas de todas las partes interesadas tendrán efectos considerables sobre la salud y la economía. Las labores para mantener o ampliar la cobertura de las vacunas existentes y los esfuerzos para introducir nuevas vacunas podrían evitar millones de futuras muertes, prevenir cientos de millones de casos y generar un impacto económico de cientos de miles de millones de dólares durante el decenio.

96. Como ejemplo del impacto potencial de la inmunización, se ha realizado un análisis secundario que muestra que 10 vacunas suministradas durante el decenio,¹ que representan aproximadamente unos US\$ 42 000 millones de los costos del decenio que se sitúan entre US\$ 50 000 y US\$ 60 000 millones, tienen el potencial de evitar un total de entre 24 y 26 millones de futuras muertes (cuadro 8) frente a un escenario hipotético según el cual estas vacunas tendrían una cobertura del 0%.²

¹ Las vacunas incluidas en el análisis de beneficios en la salud y la economía cubren enfermedades en países que representan el 99,5% de la cohorte de nacimiento de los 94 países incluidos en el análisis de costos. Estas enfermedades son: hepatitis B, *Haemophilus influenzae* tipo b, virus del papiloma humano, encefalitis japonesa, meningitis A, neumococo, rotavirus, rubeola, fiebre amarilla y sarampión.

² En esos países, no existen datos suficientes para estimar la morbilidad evitada gracias a la inmunización.

Cuadro 8: Total de muertes evitadas entre 2011 y 2020, frente a un supuesto escenario alternativo con una cobertura de 0%

Grupo	Vacuna	Número de muertes futuras evitadas ^{a, b} (millones)
Programa original ampliado para la inmunización mediante vacunación ^c	Sarampión primera dosis	10,6
	Sarampión segunda dosis	0,4
	Actividades suplementarias de inmunización relacionadas con el sarampión	3,1
Nuevas vacunas o vacunas infrautilizadas	Hepatitis B ^d	5,3-6,0
	<i>Haemophilus influenzae</i> tipo b	1,4-1,7
	Neumococo	1,6-1,8
	Rotavirus	0,8-0,9
	Virus del papiloma humano	0,5
	Fiebre amarilla ^e	0,03-0,04
	Meningitis por Meningococo A ^f	0,03
	Encefalitis japonesa ^g	0,07
Rubeola	0,4	
	Total (2011-2020)	24,6-25,8

^a La estimación de las muertes futuras evitadas fue realizada por un grupo de trabajo integrado por personal de la OMS, de la Alianza GAVI, de la Fundación de Bill y Melinda Gates y del PATH. Estas cifras se han obtenido utilizando una mezcla de modelos estáticos y dinámicos de cohortes y diversas fuentes de datos sobre las 10 vacunas, entre las cuales la lista de «Lives Saved Tool». Las proyecciones de cobertura de vacunas proceden del pronóstico estratégico de la demanda de la GAVI [GAVI Strategic Demand Forecast 4.0, (4 de octubre de 2011)] y del pronóstico ajustado de la demanda de la GAVI [GAVI Adjusted Demand Forecast].

^b Las horquillas de valores muestran diferentes cifras alternativas que se establecieron en función del conjunto de países y de la proyección de la demanda.

^c Los datos para estimar las muertes evitadas gracias a la vacuna BCG o la vacuna contra la difteria, el tétanos o la tos ferina eran insuficientes.

^d Ampliado durante el decenio 2001-2010.

^e Carga de enfermedad limitada únicamente a unas pocas regiones.

^f Como el anterior.

^g Como el anterior.

97. Las cifras de muertes evitadas representan la estimación de los beneficios totales que pueden lograrse durante el decenio para esas 10 vacunas gracias al mantenimiento o mejora de los niveles actuales de inmunización y a la incorporación de vacunas adicionales en los programas nacionales de inmunización de los países seleccionados, utilizando un escenario alternativo de comparación con una cobertura del 0%. No se limitan únicamente a los nuevos beneficios aportados por actividades suplementarias emprendidas durante el Decenio de las Vacunas (2011-2020).

98. Las proyecciones actuales de los costos, la financiación disponible y el impacto en la salud evolucionarán a medida que se completen los análisis adicionales y estén disponibles nuevos y mejores datos. Al incluir un mayor número de enfermedades cubiertas por el análisis de costos y beneficios en la salud, la cuantificación del impacto sobre la morbilidad y de los beneficios económicos y más detalles sobre pro-

yecciones de costos y financiación, los análisis adicionales permitirán ampliar el ámbito cubierto por el presente documento. Estos estudios adicionales son necesarios para conocer mejor los costos y beneficios de la investigación y desarrollo que no figuren en las previsiones actuales. Nuevos y mejores datos harán posible un análisis más exacto con estadísticas de carga de enfermedad revisadas, mejores pronósticos de los precios de las vacunas, mejor información relativa a la población y datos más coherentes para todos los países. Además, debe elaborarse y mantenerse un proceso que permita una actualización, a ser posible anual, de los costos y de las estimaciones de financiación e impacto en la salud y en la economía a escala nacional y mundial. Esto facilitará una mejor planificación, coordinación y compromiso entre las partes interesadas, necesaria para alcanzar los objetivos estratégicos y generales del Decenio de las Vacunas (2011-2020).

MANTENIMIENTO DEL IMPULSO EN EL DECENIO DE LAS VACUNAS (2011-2020)

99. Para asegurar buenos resultados durante todo el Decenio de las Vacunas se tendrá que realizar un esfuerzo adicional y emprender actuaciones que vayan más allá de la formulación del plan de acción mundial sobre vacunas. Para trasladar este plan a medidas y resultados serán necesarios cuatro conjuntos fundamentales de actividades, a saber: concebir herramientas para la traslación del plan, elaborar un marco completo de rendición de cuentas, obtener compromisos de las comunidades interesadas, y comunicar las oportunidades y retos del Decenio de las Vacunas.

100. Se necesitan herramientas que transmitan el conjunto completo de ideas en las que se basa el plan de acción mundial sobre vacunas junto con los detalles que faciliten la ejecución del mismo. La producción, publicación, y comunicación de estas herramientas ayudará a que las partes interesadas sepan mejor cómo trasladar a su contexto local las acciones recomendadas en el plan.

101. El plan de acción mundial sobre vacunas sienta las bases para un marco de rendición de cuentas que se completará con una descripción más detallada de las funciones y responsabilidades de los participantes, un conjunto completo de indicadores, detalles de la metodología y de las fuentes de datos de cada indicador y referencias fijadas cuando proceda. Se necesitan inversiones para mejorar la calidad de los datos y poner en marcha sistemas nacionales de vigilancia y evaluación. Se deberían realizar auditorías con regularidad para comprobar la calidad de los datos. Cada año y empezando en 2013, los países, los comités regionales de la OMS y la Asamblea de la Salud deberían examinar los progresos realizados.

102. Se podrá pasar del papel a la acción si la sociedad civil, las organizaciones, los organismos multilaterales, los asociados para el desarrollo y los fabricantes de vacunas asumen los compromisos que figuran en el plan de acción mundial sobre vacunas. La formulación de estos compromisos y de una estrategia para coordinarlos será imprescindible a escala nacional, regional y mundial. Se deben identificar canales adecuados y se tienen que establecer comunicaciones especializadas para asegurar que los mensajes del Decenio de las Vacunas lleguen a todos los participantes y que se oyen en todas partes.

103. El periodo inmediatamente después de la 65.ª Asamblea Mundial de la Salud será crítico para asegurar que los puntos que se establezcan en el programa se traduzcan en acciones efectivas. Entre las ocasiones cruciales para mantener y aprovechar el impulso actual en lo que resta de 2012 figuran reuniones de los comités regionales de la OMS, la reunión de la Junta Directiva de la Alianza GAVI, el Consejo Ejecutivo del UNICEF, el Foro de Asociados de la Alianza GAVI y la cumbre para llamar a la acción a favor de la supervivencia infantil.

104. La colaboración dentro del marco del Decenio de las Vacunas es una labor limitada en el tiempo, que termina al completarse el plan de acción mundial sobre vacunas y que se refiere a las actividades que

se han identificado y descrito en el presente documento. No habrá una nueva estructura que respalde la fase de ejecución del Decenio de las Vacunas o del plan de acción mundial sobre vacunas. Los principales participantes tendrán que asumir la responsabilidad de respaldar la ejecución y vigilancia de los avances.

105. En su calidad de organismo normativo principal en la salud mundial, la OMS asumirá el liderazgo del plan de acción, entre otras cosas, definiendo las normas y criterios para la producción y el control de la calidad de las vacunas y reforzando el suministro de inmunización, el seguimiento del programa y los sistemas de vigilancia. En colaboración con otras partes interesadas, la Secretaría de la OMS también abogará por una mayor implicación nacional, ofreciendo para ello un apoyo técnico a los Estados Miembros para la creación de sinergias entre los programas de inmunización y otros programas de atención primaria de salud, y la puesta en marcha de investigaciones, en particular para aumentar la eficiencia y el impacto del programa.

Apéndice 1

RESUMEN DE INDICADORES RECOMENDADOS

Indicadores de objetivos generales

Objetivo general	Para antes de 2015	Para antes de 2020
Conseguir un mundo libre de poliomielitis	<ul style="list-style-type: none"> • Interrumpir en todo el mundo la transmisión del virus salvaje de la poliomielitis. 	<ul style="list-style-type: none"> • Conseguir la certificación de la erradicación de la poliomielitis.
Cumplir con los objetivos mundiales y regionales de eliminación	<ul style="list-style-type: none"> • Eliminar el tétanos neonatal en todas las regiones de la OMS. • Eliminar el sarampión en al menos 4 regiones de la OMS. • Eliminar la rubéola y la rubéola congénita en al menos 2 regiones de la OMS. 	<ul style="list-style-type: none"> • Eliminar el sarampión y la rubéola en al menos 5 regiones de la OMS.
Cumplir con los objetivos de cobertura de inmunización en cada región, país y comunidad	<ul style="list-style-type: none"> • Introducir una o más vacunas nuevas o infrautilizadas en al menos 80 países con ingresos bajos y medianos bajos. • Alcanzar un 90% de cobertura nacional y un 80% en cada distrito o unidad administrativa equivalente para las vacunas que incluyan la inmunización contra la difteria, el tétanos y la tos ferina. 	<ul style="list-style-type: none"> • Alcanzar un 90% de cobertura nacional y un 80% en cada distrito o unidad administrativa equivalente, para todas las vacunas en programas nacionales, a menos que se recomiende lo contrario.
Desarrollar e introducir vacunas y tecnologías nuevas y mejoradas		<ul style="list-style-type: none"> • Conseguir la autorización de comercialización y el lanzamiento de una vacuna o de vacunas contra una o más de las principales enfermedades no prevenibles mediante vacunación (tales como dengue, hepatitis C, citomegalovirus, virus respiratorio sincitial, leishmania, anquilostoma y estreptococos del grupo A). • Conseguir la autorización de comercialización y el lanzamiento de al menos una plataforma de tecnología de distribución.

Superar el Objetivo de Desarrollo del Milenio número 4 de reducir la mortalidad infantil	<ul style="list-style-type: none"> • Reducir en dos terceras partes la mortalidad de los niños menores de cinco años (en comparación con 1990). 	<ul style="list-style-type: none"> • Superar el Objetivo de Desarrollo del Milenio número 4 de reducir la mortalidad infantil.
---	--	---

Indicadores del grado de consecución de los objetivos estratégicos

Objetivo estratégico	Indicadores
Todos los países se comprometen con la inmunización como prioridad	<ul style="list-style-type: none"> • Presencia de un marco legal o legislación que garantice la financiación de la inmunización. • Presencia de un grupo consultivo técnico independiente que cumpla con criterios definidos.
Individuos y comunidades comprenden el valor de las vacunas y exigen la inmunización como un derecho y una responsabilidad	<ul style="list-style-type: none"> • Grado de confianza pública en la inmunización, medido utilizando encuestas sobre conocimientos, actitudes, creencias y prácticas.¹
Los beneficios de la inmunización se distribuyen de forma equitativa a todas las personas	<ul style="list-style-type: none"> • Porcentajes de distritos con una cobertura de tres dosis de la vacuna que incluye la inmunización contra la difteria, el tétanos y la tos ferina inferior al 80%. • Reducción de las diferencias de cobertura entre el quintil de salud más bajo y el más alto (u otro indicador de equidad apropiado).
Sistemas de inmunización robustos que forman parte integral del sistema de salud que funcione correctamente	<ul style="list-style-type: none"> • Tasa de abandono entre la primera dosis de la vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina y la primera dosis de la vacuna antisarampionosa. • Datos de cobertura de inmunización considerados de alta calidad por la OMS y el UNICEF.
Programas de inmunización que cuenten con un acceso sostenible a una financiación previsible, suministro de calidad y tecnologías innovadoras	<ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de los costos de inmunización sistemática financiados mediante los presupuestos públicos. • Capacidad instalada para la producción de vacunas recomendadas universalmente dentro de un plazo de cinco años a partir de su autorización o demanda potencial.
Innovaciones en investigación y desarrollo a escala nacional, regional y mundial para maximizar los beneficios de la inmunización	<ul style="list-style-type: none"> • Prueba de concepto de una vacuna que muestre una eficacia mayor o igual al 75% contra el VIH/sida, la tuberculosis o la malaria. • Inicio de la fase III de los ensayos para la primera generación de una vacuna universal contra la gripe. • Avances de la capacidad institucional y técnica para fabricar vacunas y/o realizar los ensayos clínicos correspondientes, y para la investigación operacional y organizacional.

¹ El grupo de trabajo sobre indecisión frente a las vacunas (*vaccine hesitancy*) del Grupo de Expertos de Asesoramiento Estratégico facilitará una definición de la indecisión frente a las vacunas y, mediante encuestas (nuevas o existentes), recomendará criterios concretos para completar la formulación de este indicador.

Apéndice 2

RESPONSABILIDADES DE LAS PARTES INTERESADAS

Existe una oportunidad de lograr verdaderos avances en el próximo decenio. Aprovechar este potencial depende de que todos los participantes asuman unas responsabilidades claramente definidas y coordinadas. La principal responsabilidad la ostentan los individuos y las comunidades, los gobiernos y los profesionales de la salud, en su calidad de receptores y proveedores de la inmunización. Otras partes interesadas también desempeñan una función importante para lograr estos objetivos.

Los individuos y las comunidades, como receptores de la inmunización, deberían:

- comprender los riesgos y los beneficios de las vacunas y la inmunización y considerarlos parte de su responsabilidad como ciudadanos;
- exigir a sus líderes y gobiernos programas de inmunización seguros y eficaces como un derecho, y hacer que dichos líderes y gobiernos sean responsables de proporcionárselos;
- participar en los debates sobre salud pública y tomar parte en las decisiones fundamentales sobre procesos de inmunización;
- participar y contribuir en el proceso de suministro de vacunas y transmitir las necesidades y perspectivas de sus comunidades a los planificadores de políticas.

Los gobiernos, como principales proveedores de la inmunización, deberían:

- aumentar el apoyo a los programas nacionales de inmunización y asegurar la sostenibilidad financiera de los mismos para 2020;
- ir financiando una parte cada vez mayor de los programas nacionales de inmunización, hasta lograr financiarlos totalmente, para luego aportar fondos a las actividades mundiales de inmunización, dependiendo de las rentas de los países y a medida que las economías crezcan;
- formular e incorporar leyes, reglamentos y políticas que respalden los programas de inmunización y una base de distribución segura y de alta calidad, cuando proceda;
- formular planes regionales y nacionales específicos en colaboración con otras partes interesadas de la región o del país;
- priorizar los programas nacionales de inmunización y asumir la total responsabilidad de los mismos, con objeto de crear programas guiados por la equidad que lleguen a todas las comunidades;
- trabajar con las partes interesadas dentro y fuera de los gobiernos;
- responder con información oportuna cuando la población manifieste sus preocupaciones sobre seguridad y eficacia para conservar así la confianza pública;
- garantizar que los programas de inmunización cuenten con el personal adecuado para su gestión y distribución, y que dicho personal esté bien capacitado y tenga los incentivos adecuados;

- inculcar a la gente la idea de que la inmunización es muy importante para mejorar la salud de la población y que contribuye a fortalecer los sistemas de salud y la atención primaria de salud;
- transmitir mensajes eficaces sobre las vacunas de forma que se cree una demanda;
- entablar el diálogo con las comunidades y los medios de comunicación y utilizar de manera efectiva las técnicas de comunicación para transmitir mensajes sobre las vacunas y para responder a las preocupaciones sobre seguridad;
- promover y apoyar la investigación de vacunas y asuntos conexos, y fomentar la educación sobre las vacunas a todos los niveles;
- colaborar a escala regional e internacional en programas de defensa, de intercambio de datos y de preparación coordinada;
- participar en diálogos abiertos con los fabricantes para garantizar la asequibilidad de las vacunas actuales y de las nuevas.

Los profesionales de la salud deberían:

- ofrecer servicios de inmunización de alta calidad e información sobre los mismos;
- introducir cursos sobre vacunas en universidades y en colegios o escuelas superiores que impartan grados relacionados con la salud, así como facilitar una educación continuada para todos los proveedores de salud (cuerpo médico, personal de enfermería, farmacéuticos y profesionales de la salud pública);
- identificar áreas donde se pudieran mejorar los servicios de inmunización y realizar innovaciones;
- actuar como voces proactivas confiables en pro del valor de las vacunas y captar otras voces de defensores de la inmunización;
- utilizar las tecnologías existentes y las emergentes para mejorar el suministro y la recopilación de información;
- entablar diálogo con las comunidades y los medios de comunicación y utilizar de manera efectiva las técnicas de comunicación para transmitir mensajes sobre las vacunas y responder a preocupaciones sobre seguridad.

La comunidad académica debería:

- promover la innovación para acelerar el desarrollo de vacunas nuevas y mejoradas, contribuir a la optimización de la formulación de las vacunas y de la logística de los programas de inmunización, y sentar las bases para el impacto de la inmunización en los próximos decenios;
- seguir un programa de investigación multidisciplinaria que se centre en el impacto transformador y se base en las necesidades del usuario final;
- desarrollar vacunas y tecnologías que optimicen y maximicen el suministro de vacunas;
- adoptar nuevos métodos de trabajo que aceleren el avance científico;

- mejorar el diálogo con otros investigadores, legisladores y fabricantes para coordinar las actividades y mejorar la eficacia al responder a los desafíos locales y mundiales relacionados con la inmunización;
- proporcionar datos esenciales, métodos y argumentos que ayuden a impulsar la priorización continua de la inmunización, tanto a nivel mundial como local;
- participar más activamente en exámenes sistemáticos con objeto de identificar áreas donde existan pruebas científicas sólidas (que deberían constituir las bases de las políticas de salud) y áreas que carezcan de esos datos probatorios (donde debería centrarse la investigación básica futura);
- facilitar datos probatorios y explicar las prácticas óptimas de inmunización;
- apoyar las mejoras de las capacidades de producción;
- promover la asignación de presupuestos para la investigación de vacunas e inmunización.

Los fabricantes deberían:

- seguir desarrollando, produciendo y suministrando vacunas innovadoras de alta calidad;
- apoyar la investigación y programas de educación para la inmunización;
- participar en diálogos abiertos con los países y el sector público para asegurar un acceso sostenible a las vacunas actuales y a las nuevas;
- continuar introduciendo innovaciones en los procesos de producción y en las estructuras de precios;
- apoyar un programa de difusión en los medios de comunicación para el Programa Ampliado de Inmunización con objeto de reforzar los conocimientos de la población en materia de vacunas;
- brindar apoyo para una rápida ampliación y adopción de vacunas nuevas y mejoradas a medida que estas vayan apareciendo;
- concertar alianzas que respalden el crecimiento de las capacidades de producción y refuercen el suministro de vacunas y la innovación en materia de inmunización;
- trabajar en coordinación con otros asociados en la defensa de las vacunas y de la inmunización.

Los organismos mundiales, como la OMS, el UNICEF, el Banco Mundial, los bancos regionales de desarrollo y la Alianza GAVI, deberían:

- promover la implicación de cada país y facilitar el apoyo técnico para ello;
- fortalecer las capacidades nacionales y las infraestructuras regionales;
- seguir definiendo normas y directrices para mejorar los servicios de inmunización y las vacunas, esforzándose por alcanzar una mayor equidad y sensibilidad en cuestiones de género y poblaciones marginales (tales como las minorías, los grupos de edad, etc.);

- promover sinergias entre los servicios de inmunización y otros servicios de salud, y con otros sectores tales como los de la educación, desarrollo económico y finanzas;
- financiar la provisión de vacunas y las actividades relativas a la inmunización;
- trabajar con todas las partes interesadas para mejorar la asistencia técnica, con objeto de fortalecer la inmunización y otros componentes de los sistemas de salud;
- promover, compartir y respaldar el proceso de toma de decisiones basadas en datos científicos para todas las partes interesadas en el desarrollo, la salud y la inmunización;
- contar con la participación de asociados para que generen una demanda popular de inmunización y apoyen la investigación y las mejoras del programa;
- promover la idea de una financiación nacional sostenible y captar a las economías en rápido crecimiento como asociados financieros;
- concebir mecanismos de responsabilidad mutua para que gobiernos, programas y asociados para el desarrollo cumplan con los niveles de apoyo a los que se hayan comprometido;
- fomentar el diálogo entre fabricantes y países para alinear la oferta y la demanda;
- buscar vías de financiación y mecanismos de suministro innovadores, que refuercen la implicación del país y promuevan la igualdad y asequibilidad para los países con ingresos medianos y bajos.

Los asociados para el desarrollo, tales como los organismos bilaterales, fundaciones y filántropos, deberían:

- cumplir los mandatos institucionales y las misiones en materia de salud;
- apoyar a países y entidades regionales para que puedan alcanzar los objetivos nacionales y regionales y contribuir al avance de sus prioridades;
- promover la implicación del país y los planes de salud, de vacunas y de inmunización liderados por el país que incluyan presupuestos para mejorar el acceso a los servicios y reduzcan las desigualdades de cobertura;
- promover paquetes completos e integrados de intervenciones fundamentales y servicios que incluyan vacunas e inmunización y que fortalezcan los sistemas de salud;
- aportar una financiación previsible a largo plazo, conforme con los planes nacionales, y alentar a los asociados financieros nuevos y existentes a financiar las vacunas y la inmunización;
- consolidar la capacidad de la sociedad civil y apoyar las actividades de la sociedad civil en los países;
- participar en la defensa activa de la inmunización a escala internacional a través del acceso a datos probatorios abiertos que se puedan compartir;
- mantener transparencia y coordinación en materia de financiación, junto con una evaluación basada en el desempeño.

La sociedad civil, incluidas las organizaciones no gubernamentales y las asociaciones profesionales, deberían:

- participar en la promoción y ejecución de programas de inmunización, tanto a escala nacional como mundial;
- participar en el desarrollo y pruebas de enfoques innovadores para la prestación de servicios de inmunización que lleguen a las personas más vulnerables;
- seguir las directrices y reglamentos nacionales para el diseño y ejecución de programas de inmunización que cumplan con el deber de rendición de cuentas de las autoridades nacionales;
- educar y dar poder de decisión a los grupos y a las comunidades vulnerables sobre su derecho a la salud, que abarca el derecho a vacunas e inmunización e involucrarlos en las actividades correspondientes;
- poner en marcha iniciativas locales en el seno de las comunidades para vigilar los avances y otorgar a gobiernos, asociados para el desarrollo y a otras partes interesadas la responsabilidad de proporcionar servicios de inmunización de alta calidad;
- contribuir a mejorar los sistemas de evaluación y vigilancia en los países;
- implicarse en la defensa activa de las vacunas en el ámbito nacional, regional y mundial, más allá de la comunidad dedicada a la inmunización, para asegurar que todos comprendan que las vacunas y la inmunización son un derecho de todas las personas;
- colaborar dentro del país y entre países para compartir estrategias y generar un impulso con objeto de mejorar la salud, las vacunas y la inmunización.

Los medios de comunicación deberían:

- conocer los beneficios que aporta la inmunización y las preocupaciones que la rodean para poder informar con exactitud y promover eficazmente los programas de inmunización;
- implicarse en la defensa activa de las vacunas en el ámbito nacional, regional y mundial, más allá de la comunidad dedicada a la inmunización, para asegurar que todos comprendan que las vacunas y la inmunización son un derecho de todas las personas;
- utilizar técnicas de comunicación eficaces para transmitir mensajes sobre las vacunas y responder a las preocupaciones sobre la seguridad.

El sector privado debería:

- apoyar la diversificación de las fuentes de financiación para programas de inmunización (sector privado, aseguradoras, pacientes);
 - implicarse en la defensa activa de las vacunas en el ámbito nacional, regional y mundial, y ser los paladines de la inmunización, para asegurar que todos comprendan que las vacunas y la inmunización son un derecho de todas las personas.
-

ANEXO 5

Repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de las resoluciones y decisiones adoptadas por la Asamblea de la Salud

<p>1. Resolución WHA65.3: Fortalecimiento de las políticas relativas a las enfermedades no transmisibles para fomentar un envejecimiento activo</p>
<p>2. Relación con el presupuesto por programas para 2012-2013 (véase el documento A64/7 http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_7-sp.pdf)</p> <p>Objetivo estratégico: 4 Resultado previsto a nivel de toda la Organización: 4.8</p> <p>¿De qué modo contribuiría la resolución a la consecución de los resultados previstos a nivel de toda la Organización?</p> <p>En la resolución se pide a la Directora General que preste apoyo a los Estados Miembros para que promuevan y faciliten el cumplimiento de los compromisos contraídos en las conferencias y cumbres pertinentes de las Naciones Unidas sobre las enfermedades no transmisibles y el envejecimiento; y que continúe desarrollando un sistema mundial de vigilancia integral para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles que permita vigilar los progresos. Todo ello es congruente con el resultado previsto a nivel de toda la Organización mencionado <i>supra</i>.</p> <p>¿Están incluidos en el presupuesto por programas los productos o servicios que se solicitan en la resolución? (Sí/No)</p> <p>No</p>
<p>3. Costos estimados y repercusiones en la dotación de personal en relación con el presupuesto por programas</p> <p>a) Costo total</p> <p>Indíquese i) el periodo de vigencia de la resolución durante el cual la Secretaría tendrá que realizar actividades de aplicación y ii) el costo de esas actividades (estimación redondeada a la decena de millar de US\$ más próxima).</p> <p>i) Tres años (que abarcan el periodo 2012-2014)</p> <p>ii) Total: US\$ 1,49 millones (personal: US\$ 290 000; actividades: US\$ 1,2 millones)</p> <p>b) Costos en el bienio 2012-2013</p> <p>Indíquese la porción del costo indicado en 3 a) que corresponde al bienio 2012-2013 (estimación redondeada a la decena de millar de US\$ más próxima).</p> <p>Total: US\$ 1,09 millones (personal: US\$ 290 000; actividades: US\$ 800 000)</p> <p>Indíquese en qué niveles de la Organización se realizarían los gastos y en qué regiones, cuando corresponda.</p> <p>Sede</p>

¿Está incluida la totalidad de los costos en el presupuesto por programas para 2012-2013 aprobado? (Sí/No)

No

En caso negativo, indíquese la cantidad que no está incluida.

US\$ 1,09 millones

c) Repercusiones en la dotación de personal

¿Se puede aplicar la resolución con la dotación de personal actual? (Sí/No)

No

En caso negativo, indíquese el número de funcionarios adicionales (equivalentes de puestos a tiempo completo) que serían necesarios, especificando la región, cuando corresponda, e indicando el perfil de ese personal.

Se precisaría un epidemiólogo/especialista en salud pública en la Sede para supervisar el borrador general del *Informe sobre la salud en el mundo 2014* y proporcionar asistencia técnica a los países. El puesto equivaldría a un funcionario de grado P.5 a medio tiempo.

4. Financiación

¿Están financiados en su totalidad los costos estimados para el bienio 2012-2013 que se indican en 3 b)? (Sí/No)

No

En caso negativo, indíquese el déficit de financiación y el modo en que se movilizarían los fondos (señálense en detalle las procedencias de los fondos previstos).

US\$ 1,09 millones; procedencia de los fondos: contribuciones voluntarias de donantes bilaterales.

1. Resolución WHA65.4: Carga mundial de trastornos mentales y necesidad de que el sector de la salud y el sector social respondan de modo integral y coordinado a escala de país

2. Relación con el presupuesto por programas para 2012-2013 (véase el documento A64/7 http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_7-sp.pdf)

Objetivo estratégico: 3

Resultados previstos a nivel de toda la Organización:
3.1, 3.2, 3.5 y 3.6

¿De qué modo contribuiría la resolución a la consecución de los resultados previstos a nivel de toda la Organización?

La aplicación de la resolución aumentaría el compromiso político, financiero y técnico de los Estados Miembros de hacer frente a los trastornos mentales. También permitiría apoyar el desarrollo de servicios, políticas, planes, estrategias, programas y legislación encaminados a posibilitar a quienes padecen trastornos mentales una vida plena y productiva en el seno de la comunidad gracias a la adopción de un enfoque coordinado e integral en todos los sectores, en particular los de la salud, servicios sociales y vivienda, educación y empleo.

¿Están incluidos en el presupuesto por programas los productos o servicios que se solicitan en la resolución? (Sí/No)

No

3. Costos estimados y repercusiones en la dotación de personal en relación con el presupuesto por programas

a) Costo total

Indíquese *i*) el periodo de vigencia de la resolución durante el cual la Secretaría tendrá que realizar actividades de aplicación y *ii*) el costo de esas actividades (estimación redondeada a la decena de millar de US\$ más próxima).

i) Un año para elaborar el plan de acción (comprende el año 2012)

ii) Total US\$ 180 000 (personal: US\$ 160 000; actividades: US\$ 20 000)

b) Costos en el bienio 2012-2013

Indíquese la porción del costo indicado en 3 a) que corresponde al bienio 2012-2013 (estimación redondeada a la decena de millar de US\$ más próxima).

Total US\$ 180 000 (personal: US\$ 160 000; actividades: US\$ 20 000)

Indíquese en qué niveles de la Organización se realizarían los gastos y en qué regiones, cuando corresponda.

Todos los niveles de la Organización.

¿Está incluida la totalidad de los costos en el presupuesto por programas para 2012-2013 aprobado? (Sí/No)

Los costos se sufragarán reasignando fondos dentro del presupuesto por programas aprobado.

En caso negativo, indíquese la cantidad que no está incluida.

c) Repercusiones en la dotación de personal

¿Se puede aplicar la resolución con la dotación de personal actual? (Sí/No)

Sí

En caso negativo, indíquese el número de funcionarios adicionales (equivalentes de puestos a tiempo completo) que serían necesarios, especificando la región, cuando corresponda, e indicando el perfil de ese personal.

4. Financiación

¿Están financiados en su totalidad los costos estimados para el bienio 2012-2013 que se indican en 3 b)? (Sí/No)

Sí

En caso negativo, indíquese el déficit de financiación y el modo en que se movilizarían los fondos (señálense en detalle las procedencias de los fondos previstas).

1. Resolución WHA65.5: Poliomielitis: intensificación de la iniciativa de erradicación mundial

2. Relación con el presupuesto por programas para 2012-2013 (véase el documento A64/7 http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_7-sp.pdf)

Objetivo estratégico: 1

Resultado previsto a nivel de toda la Organización: 1.2

¿De qué modo contribuiría la resolución a la consecución de los resultados previstos a nivel de toda la Organización?

Prestaría apoyo a la interrupción de la circulación de poliovirus salvaje, y a la reducción al mínimo y el manejo de los riesgos planteados por el poliovirus a largo plazo.

¿Están incluidos en el presupuesto por programas los productos o servicios que se solicitan en la resolución? (Sí/No)

Sí, los productos y los servicios están incluidos; sin embargo, como consecuencia de los retrasos acumulados respecto de indicadores programáticos críticos en el bienio 2010-2011, se requieren actividades adicionales para lograr el resultado previsto a nivel de toda la Organización mencionado *supra*. En 2010-2011, el presupuesto de operación para la erradicación de la poliomielitis (US\$ 909 millones) se financió al 99,8% mediante contribuciones señaladas específicamente para ese propósito; aproximadamente el 92% de ese presupuesto está incorporado dentro del componente presupuestario para programas especiales y acuerdos de colaboración y aproximadamente el 8% dentro del componente para programas básicos. El presupuesto de operación para la erradicación de la poliomielitis supone aproximadamente el 2% del componente para programas básicos, y aproximadamente el 50% del componente para programas especiales y acuerdos de colaboración. Cabe destacar que el componente para programas básicos destinado a la erradicación de la poliomielitis también se financia mediante contribuciones voluntarias para fines especificados.

3. Costos estimados y repercusiones en la dotación de personal en relación con el presupuesto por programas

a) Costo total

Indíquese i) el periodo de vigencia de la resolución durante el cual la Secretaría tendrá que realizar actividades de aplicación y ii) el costo de esas actividades (estimación redondeada a la decena de millar de US\$ más próxima).

i) Seis años (que abarcan el periodo 2013-2018)

ii) Total: US\$ 1896 millones (personal: US\$ 658 millones; actividades: US\$ 1238 millones), que se proyecta financiar con cargo a contribuciones voluntarias con fines especificados.

b) Costos en el bienio 2012-2013

Indíquese la porción del costo indicado en 3 a) que corresponde al bienio 2012-2013 (estimación redondeada a la decena de millar de US\$ más próxima)

Total US\$ 935 millones (personal: US\$ 281 millones; actividades: US\$ 654 millones), que se proyecta financiar con cargo a contribuciones voluntarias con fines especificados.

Indíquese en qué niveles de la Organización se realizarían los gastos y en qué regiones, cuando corresponda

El 8% de los costos totales se generarán en la Sede, el 6% a escala regional, y el 86% a escala de país.

¿Está incluida la totalidad de los costos en el presupuesto por programas para 2012-2013 aprobado? (Sí/No)

No. US\$ 441 millones lo están en el presupuesto por programas aprobado para 2012-2013, principalmente dentro del componente presupuestario para programas especiales y acuerdos de colaboración; se proyecta financiar esa cantidad con cargo a contribuciones voluntarias con fines especificados.

En caso negativo, indíquese la cantidad que no está incluida.

US\$ 494 millones. El aumento presupuestario tendría lugar dentro del componente para programas especiales y acuerdos de colaboración, y se proyecta financiarlo con cargo a contribuciones voluntarias con fines especificados.

c) Repercusiones en la dotación de personal

¿Se puede aplicar la resolución con la dotación de personal actual? (Sí/No)

Sí

En caso negativo, indíquese el número de funcionarios adicionales (equivalentes de puestos a tiempo completo) que serían necesarios, especificando la región, cuando corresponda, e indicando el perfil de ese personal.

4. Financiación

¿Están financiados en su totalidad los costos estimados para el bienio 2012-2013 que se indican en 3 b)? (Sí/No)

No. Está confirmada o proyectada la financiación de US\$ 339 millones.

En caso negativo, indíquese el déficit de financiación y el modo en que se movilizarían los fondos (señálense en detalle las procedencias de los fondos previstas).

US\$ 596 millones; procedencia de los fondos: contribuciones voluntarias con fines especificados de los Estados Miembros de la OMS, organizaciones multilaterales (incluidos la Comisión Europea y bancos de desarrollo), y el sector privado (incluidos la Fundación Bill y Melinda Gates y la Asociación Rotaria Internacional).

1. Resolución WHA65.6: Plan integral de aplicación sobre nutrición de la madre, el lactante y el niño pequeño

2. Relación con el presupuesto por programas para 2012-2013 (véase el documento A64/7 http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_7-sp.pdf)

Objetivos estratégicos: 9

Resultados previstos a nivel de toda la Organización:
9.1, 9.2, 9.3 y 9.4

¿De qué modo contribuiría la resolución a la consecución de los resultados previstos a nivel de toda la Organización?

La resolución respaldaría el compromiso de los Estados Miembros en pro de la nutrición en colaboración con varios asociados, con metas claramente cuantificables (véanse los indicadores 9.1.1 y 9.1.2); subrayaría la necesidad de emprender intervenciones basadas en evidencias (resultado previsto a nivel de toda la Organización 9.2); señalaría áreas específicas de priorización y expansión en el sector de la salud (resultado previsto a nivel de toda la Organización 9.4); y aclararía los requisitos de presentación de informes y fomentaría una mejor vigilancia (resultado previsto a nivel de toda la Organización 9.3).

¿Están incluidos en el presupuesto por programas los productos o servicios que se solicitan en la resolución? (Sí/No)

Sí, la mayoría de los productos ya están incluidos.

3. Costos estimados y repercusiones en la dotación de personal en relación con el presupuesto por programas

a) Costo total

Indíquese i) el periodo de vigencia de la resolución durante el cual la Secretaría tendrá que realizar actividades de aplicación y ii) el costo de esas actividades (estimación redondeada a la decena de millar de US\$ más próxima)

i) Diez años (periodo 2012-2021)

ii) Total: US\$ 32,40 millones (personal: US\$ 23,90 millones; actividades: US\$ 8,50 millones)

b) Costos en el bienio 2012-2013

Indíquese la porción del costo indicado en 3 a) que corresponde al bienio 2012-2013 (estimación redondeada a la decena de millar de US\$ más próxima)

Total: US\$ 8,28 millones (personal: US\$ 4,78 millones; actividades: US\$ 3,50 millones)

Indíquese en qué niveles de la Organización se realizarían los gastos y en qué regiones, cuando corresponda

Sede: US\$ 1,07 millones (personal); US\$ 1,20 millones (actividades)

Oficinas regionales/oficinas en los países: US\$ 3,71 millones (personal); US\$ 2,30 millones (actividades)

¿Está incluida la totalidad de los costos en el presupuesto por programas para 2012-2013 aprobado? (Sí/No)

No

En caso negativo, indíquese la cantidad que no está incluida

Aunque la ejecución del plan de aplicación integral sobre nutrición de la madre, el lactante y el niño pequeño ya está incluida en el presupuesto por programas aprobado, en la resolución se pide que la Secretaría realice más actividades en dos áreas:

- a) la formulación de orientaciones sobre las medidas de política multisectorial en materia de nutrición;
- b) la elaboración de directrices sobre la comercialización de alimentos complementarios.

El costo de esas actividades adicionales ascendería a US\$ 600 000, aproximadamente.

c) Repercusiones en la dotación de personal

¿Se puede aplicar la resolución con la dotación de personal actual? (Sí/No)

No

En caso negativo, indíquese el número de funcionarios adicionales (equivalentes de puestos a tiempo completo) que serían necesarios, especificando la región, cuando corresponda, e indicando el perfil de ese personal

Aunque la mayoría de las actividades de la Secretaría que se piden en la resolución pueden ser ejecutadas por el personal existente, la prestación de apoyo a los Estados Miembros en materia de fortalecimiento de las políticas nacionales de salud y desarrollo que incluyen medidas nutricionales de eficacia demostrada necesitaría más personal en las oficinas regionales.

4. Financiación

¿Están financiados en su totalidad los costos estimados para el bienio 2012-2013 que se indican en 3 b)? (Sí/No)

No

En caso negativo, indíquese el déficit de financiación y el modo en que se movilizarían los fondos (señálense en detalle las procedencias de los fondos previstos)

De los recursos existentes en la actualidad para el bienio 2012-2013, hay US\$ 4,60 millones disponibles para la ejecución de la resolución. El resto de la financiación, por valor de US\$ 3,68 millones, tendría que obtenerse mediante una recaudación activa de fondos.

1. Resolución WHA65.7: Aplicación de las recomendaciones de la Comisión de información y rendición de cuentas sobre la salud maternoinfantil

2. Relación con el presupuesto por programas para 2012-2013 (véase el documento A64/7 http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_7-sp.pdf)

Objetivo estratégico: 10

Resultados previstos a nivel de toda la Organización:
10.4 y 10.10

¿De qué modo contribuiría la resolución a la consecución de los resultados previstos a nivel de toda la Organización?

Apoyaría el fortalecimiento *i*) de los sistemas de información sanitaria y de rendimiento de cuentas de los países y *ii*) de la vigilancia mundial de los resultados y los recursos.

¿Están incluidos en el presupuesto por programas los productos o servicios que se solicitan en la resolución? (Sí/No)

Sí, algunos de ellos.

3. Costos estimados y repercusiones en la dotación de personal en relación con el presupuesto por programas

a) Costo total

Indíquese *i*) el periodo de vigencia de la resolución durante el cual la Secretaría tendrá que realizar actividades de aplicación y *ii*) el costo de esas actividades (estimación redondeada a la decena de millar de US\$ más próxima).

i) Cuatro años (que abarcan el periodo 2012-2015)

ii) Total US\$ 22,0 millones (personal: US\$ 16,0 millones; actividades: US\$ 6,0 millones)

b) Costos en el bienio 2012-2013

Indíquese la porción del costo indicado en 3 a) que corresponde al bienio 2012-2013 (estimación redondeada a la decena de millar de US\$ más próxima)

Total US\$ 11,0 millones (personal: US\$ 8,0 millones; actividades: US\$ 3,0 millones)

Indíquese en qué niveles de la Organización se realizarían los gastos y en qué regiones, cuando corresponda

Sede y oficinas regionales

¿Está incluida la totalidad de los costos en el presupuesto por programas para 2012-2013 aprobado? (Sí/No)

No

En caso negativo, indíquese la cantidad que no está incluida.

US\$ 5,5 millones, alrededor del 50%

c) Repercusiones en la dotación de personal

¿Se puede aplicar la resolución con la dotación de personal actual? (Sí/No)

Sí

En caso negativo, indíquese el número de funcionarios adicionales (equivalentes de puestos a tiempo completo) que serían necesarios, especificando la región, cuando corresponda, e indicando el perfil de ese personal.

4. Financiación

¿Están financiados en su totalidad los costos estimados para el bienio 2012-2013 que se indican en 3 b)? (Sí/No)

No

En caso negativo, indíquese el déficit de financiación y el modo en que se movilizarían los fondos (señálense en detalle las procedencias de los fondos previstos).

US\$ 4 millones; procedencia de los fondos: se está estableciendo contacto con otros muchos posibles donantes.

1. Resolución WHA65.8: Resultados de la Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud

2. Relación con el presupuesto por programas para 2012-2013 (véase el documento A64/7 http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_7-sp.pdf)

Objetivos estratégicos: 7 y 10

Resultados previstos a nivel de toda la Organización:
7.1, 7.2, 7.3 y 10.5

¿De qué modo contribuiría la resolución a la consecución de los resultados previstos a nivel de toda la Organización?

La resolución contribuirá a la consecución de los resultados previstos a nivel de toda la Organización mencionados *supra* al pedir a la Secretaría que amplíe las actuaciones relativas a los determinantes sociales de la salud que se enumeran en la Declaración política de Río sobre los determinantes sociales de la salud (2011).

¿Están incluidos en el presupuesto por programas los productos o servicios que se solicitan en la resolución? (Sí/No)

No

3. Costos estimados y repercusiones en la dotación de personal en relación con el presupuesto por programas

a) Costo total

Indíquese i) el periodo de vigencia de la resolución durante el cual la Secretaría tendrá que realizar actividades de aplicación y ii) el costo de esas actividades (estimación redondeada a la decena de millar de US\$ más próxima).

i) Seis años (que abarcan el periodo 2012-2017)

ii) Total: US\$ 33,60 millones (personal: US\$ 10,90 millones; actividades: US\$ 22,70 millones)

b) Costos en el bienio 2012-2013

Indíquese la porción del costo indicado en 3 a) que corresponde al bienio 2012-2013 (estimación redondeada a la decena de millar de US\$ más próxima).

Total: US\$ 8,0 millones (personal: US\$ 3,60 millones; actividades: US\$ 4,40 millones)

Indíquese en qué niveles de la Organización se realizarían los gastos y en qué regiones, cuando corresponda.

Sede: US\$ 1,30 millones; oficinas regionales: US\$ 3,70 millones; oficinas en los países: US\$ 3,0 millones

¿Está incluida la totalidad de los costos en el presupuesto por programas para 2012-2013 aprobado? (Sí/No)

No

En caso negativo, indíquese la cantidad que no está incluida.

US\$ 8,0 millones

c) Repercusiones en la dotación de personal

¿Se puede aplicar la resolución con la dotación de personal actual? (Sí/No)

No

En caso negativo, indíquese el número de funcionarios adicionales (equivalentes de puestos a tiempo completo) que serían necesarios, especificando la región, cuando corresponda, e indicando el perfil de ese personal.

Con el fin de ejecutar la resolución se requerirían seis funcionarios de grado P.4 y seis funcionarios de grado G.4 a escala de país y regional, y un funcionario de grado P.4 en la Sede.

4. Financiación

¿Están financiados en su totalidad los costos estimados para el bienio 2012-2013 que se indican en 3 b)? (Sí/No)

No

En caso negativo, indíquese el déficit de financiación y el modo en que se movilizarían los fondos (señálense en detalle las procedencias de los fondos previstas).

US\$ 8,0 millones; procedencia de los fondos: contribuciones voluntarias de los países, donantes particulares y organizaciones multilaterales.

1. Resolución WHA65.9: Situación sanitaria en el territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental, y en el Golán sirio ocupado

2. Relación con el presupuesto por programas para 2012-2013 (véase el documento A64/7 http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_7-sp.pdf)

Objetivo estratégico: 5

Resultado previsto a nivel de toda la Organización: 5.7

¿De qué modo contribuiría la resolución a la consecución de los resultados previstos a nivel de toda la Organización?

Si se financia esta resolución plenamente, su aplicación contribuirá a la consecución del resultado previsto puesto que permitirá proporcionar apoyo a las actividades de respuesta y recuperación coordinadas del sector de la salud en las emergencias humanitarias.

¿Están incluidos en el presupuesto por programas los productos o servicios que se solicitan en la resolución? (Sí/No)

Sí

3. Costos estimados y repercusiones en la dotación de personal en relación con el presupuesto por programas

a) Costo total

Indíquese i) el periodo de vigencia de la resolución durante el cual la Secretaría tendrá que realizar actividades de aplicación y ii) el costo de esas actividades (estimación redondeada a la decena de millar de US\$ más próxima).

i) Un año (abarcará el periodo de mediados de 2012 a mediados de 2013)

ii) Total: US\$ 1,20 millones (personal: US\$ 800 000; actividades: US\$ 400 000)

b) Costos en el bienio 2012-2013

Indíquese la porción del costo indicado en 3 a) que corresponde al bienio 2012-2013 (estimación redondeada a la decena de millar de US\$ más próxima).

Total: US\$ 1,20 millones (personal: US\$ 800 000; actividades: US\$ 400 000)

Indíquese en qué niveles de la Organización se realizarían los gastos y en qué regiones, cuando corresponda.

Las actividades se llevarán a cabo principalmente por conducto de la Oficina de la OMS en Jerusalén, que tiene a su cargo el 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 respuesta ante emergencias, la cooperación en los países, la seguridad sanitaria y el medio ambiente.

¿Está incluida la totalidad de los costos en el presupuesto por programas para 2012-2013 aprobado? (Sí/No)

Sí

En caso negativo, indíquese la cantidad que no está incluida.

c) Repercusiones en la dotación de personal

¿Se puede aplicar la resolución con la dotación de personal actual? (Sí/No)

No

En caso negativo, indíquese el número de funcionarios adicionales (equivalentes de puestos a tiempo completo) que serían necesarios, especificando la región, cuando corresponda, e indicando el perfil de ese personal.

Las actividades e intervenciones humanitarias de carácter sanitario que se establecen en la resolución requerirán que la Secretaría mantenga la presencia en el país del personal nacional e internacional más allá de mayo de 2012, en particular el coordinador del grupo de acción sanitaria.

4. Financiación

¿Están financiados en su totalidad los costos estimados para el bienio 2012-2013 que se indican en 3 b)? (Sí/No)

No

En caso negativo, indíquese el déficit de financiación y el modo en que se movilizarían los fondos (señálense en detalle las procedencias de los fondos previstos).

US\$ 1 185 000; procedencia de los fondos: se prevé que estos fondos se recaudarán como parte de las contribuciones voluntarias para atender las necesidades humanitarias del Proceso de Llamamientos Unificados. Este año ya se han recaudado US\$ 15 000 por medio de este Proceso.

1. Resolución WHA65.17: Plan de acción mundial sobre vacunas

2. Relación con el presupuesto por programas para 2012-2013 (véase el documento A64/7 http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_7-sp.pdf)

Objetivos estratégicos: 1 y 11

Resultados previstos a nivel de toda la Organización: 1.1, 1.2, 1.4, 1.5, 11.1 y 11.3

¿De qué modo contribuiría la resolución a la consecución de los resultados previstos a nivel de toda la Organización?

La resolución contribuiría a lo siguiente: acelerar los progresos hacia los objetivos mundiales y regionales de la erradicación de la poliomielitis, la eliminación del sarampión, la rubéola y el tétanos y al control de la infección por el virus de la hepatitis B; la reducción de la mortalidad prevenible en la niñez, especialmente la causada por la neumonía y la diarrea; la disminución del número de casos y de defunciones por cáncer cervicouterino; la disminución de la morbilidad y la mortalidad por gripe y el riesgo de la gripe pandémica; y el fortalecimiento de la inmunización y la ampliación de los sistemas de salud.

¿Están incluidos en el presupuesto por programas los productos o servicios que se solicitan en la resolución? (Sí/No)

Sí

3. Costos estimados y repercusiones en la dotación de personal en relación con el presupuesto por programas

a) Costo total

Indíquese *i*) el periodo de vigencia de la resolución durante el cual la Secretaría tendrá que realizar actividades de aplicación y *ii*) el costo de esas actividades (estimación redondeada a la decena de millar de US\$ más próxima).

i) Diez años (que abarcan el periodo 2011-2020)

ii) Total: US\$ 2345 millones (personal, US\$ 722 millones; actividades: US\$ 1623 millones)

Nota: la cifra no incluye los costos de aplicación de la resolución sobre intensificación de la Iniciativa de Erradicación de la Poliomielitis.

b) Costos en el bienio 2012-2013

Indíquese la porción del costo indicado en 3 a) que corresponde al bienio 2012-2013 (estimación redondeada a la decena de millar de US\$ más próxima).

Total: US\$ 403 millones (personal, US\$ 128 millones; actividades, US\$ 275 millones)

Nota: la cifra no incluye los costos de aplicación de la resolución sobre intensificación de la Iniciativa de Erradicación de la Poliomielitis.

Indíquese en qué niveles de la Organización se realizarían los gastos y en qué regiones, cuando corresponda.

30% en la Sede, 35% a escala regional y 35% a escala de país

¿Está incluida la totalidad de los costos en el presupuesto por programas para 2012-2013 aprobado? (Sí/No)

No

En caso negativo, indíquese la cantidad que no está incluida.

US\$ 45 millones.

c) Repercusiones en la dotación de personal

¿Se puede aplicar la resolución con la dotación de personal actual? (Sí/No)

No para la totalidad del periodo de vigencia de la resolución

En caso negativo, indíquese el número de funcionarios adicionales (equivalentes de puestos a tiempo completo) que serían necesarios, especificando la región, cuando corresponda, e indicando el perfil de ese personal.

Se requeriría un pequeño número de funcionarios adicionales en la Sede, las oficinas regionales y los equipos de apoyo interpaíses en la Región de África. También se necesitaría personal nacional en los países para que las actividades se pudieran ampliar con anticipación al aumento del número de vacunas introducidas en los programas nacionales de inmunización.

4. Financiación

¿Están financiados en su totalidad los costos estimados para el bienio 2012-2013 que se indican en 3 b)? (Sí/No)

No

En caso negativo, indíquese el déficit de financiación y el modo en que se movilizarían los fondos (señálense en detalle las procedencias de los fondos previstas).

El déficit actual es de US\$ 210 millones. Se están examinando propuestas de subvenciones de renovación anual y de nuevas subvenciones por un total de US\$ 125 millones. Si se confirman las subvenciones, el déficit remanente será de US\$ 85 millones.

1. Resolución WHA65.18: Semana Mundial de la Inmunización

2. Relación con el presupuesto por programas para 2012-2013 (véase el documento A64/7 http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_7-sp.pdf)

Objetivo estratégico: 1 Resultado previsto a nivel de toda la Organización: 1.1

¿De qué modo contribuiría la resolución a la consecución de los resultados previstos a nivel de toda la Organización?

Las semanas de inmunización contribuyen a lo siguiente: *i*) aumentar la sensibilización mundial y local acerca de los beneficios de la vacunación; *ii*) aumentar la aceptación de los servicios de inmunización por parte de la población, y su demanda; *iii*) reforzar el compromiso político; *iv*) ofrecer una oportunidad adicional para administrar vacunas a la población y, por consiguiente, contribuir a la mejora de la cobertura de vacunación.

¿Están incluidos en el presupuesto por programas los productos o servicios que se solicitan en la resolución? (Sí/No)

Sí

3. Costos estimados y repercusiones en la dotación de personal en relación con el presupuesto por programas

a) Costo total

Indíquese *i*) el periodo de vigencia de la resolución durante el cual la Secretaría tendrá que realizar actividades de aplicación y *ii*) el costo de esas actividades (estimación redondeada a la decena de millar de US\$ más próxima).

i) La aplicación se realizaría de forma continuada, a reserva de las revisiones de los órganos deliberantes.

ii) Total del costo adicional: US\$ 150 000 al año (personal: US\$ 30 000; actividades: US\$ 120 000).

Nota: Todas las regiones de la OMS han adoptado resoluciones propias sobre semanas regionales de inmunización; cuatro de las regiones vienen celebrando semanas de inmunización desde hace algunos años, y a ellas se suman en 2012 las Regiones de África y de Asia Sudoriental. Por consiguiente, el costo de las semanas regionales de inmunización ya ha sido planificado y financiado, y el aumento del costo resultante de la introducción de la Semana Mundial de Inmunización sería mínimo y simplemente resultaría de la inclusión de tiempo adicional de personal a escala mundial para la coordinación, material adicional de prensa y comunicación, y una pequeña reunión de coordinación.

b) Costos en el bienio 2012-2013

Indíquese la porción del costo indicado en 3 a) que corresponde al bienio 2012-2013 (estimación redondeada a la decena de millar de US\$ más próxima)

Total del costo adicional: US\$ 300 000 (personal: US\$ 60 000; actividades: US\$ 240 000)

Indíquese en qué niveles de la Organización se realizarían los gastos y en qué regiones, cuando corresponda

Sede

¿Está incluida la totalidad de los costos en el presupuesto por programas para 2012-2013 aprobado? (Sí/No)

Sí

En caso negativo, indíquese la cantidad que no está incluida.

c) Repercusiones en la dotación de personal

¿Se puede aplicar la resolución con la dotación de personal actual? (Sí/No)

Sí

En caso negativo, indíquese el número de funcionarios adicionales (equivalentes de puestos a tiempo completo) que serían necesarios, especificando la región, cuando corresponda, e indicando el perfil de ese personal.

4. Financiación

¿Están financiados en su totalidad los costos estimados para el bienio 2012-2013 que se indican en 3 b)? (Sí/No)

Sí

En caso negativo, indíquese el déficit de financiación y el modo en que se movilizarían los fondos (señálense en detalle las procedencias de los fondos previstas).

1. Resolución WHA65.19: Productos médicos de calidad subestándar, espurios, de etiquetado engañoso, falsificados o de imitación

2. Relación con el presupuesto por programas para 2012-2013 (véase el documento A64/7 http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_7-sp.pdf)

Objetivo estratégico: 11

Resultado previsto a nivel de toda la Organización: 11.1 y 11.2

¿De qué modo contribuiría la resolución a la consecución de los resultados previstos a nivel de toda la Organización?

La resolución responde al planteamiento estratégico expuesto en el resultado previsto 11.1 en lo que se refiere a los «productos médicos de calidad subestándar, espurios, de etiquetado engañoso, falsificados o de imitación».

¿Están incluidos en el presupuesto por programas los productos o servicios que se solicitan en la resolución? (Sí/No)

No

3. Costos estimados y repercusiones en la dotación de personal en relación con el presupuesto por programas

a) Costo total

Indíquese *i*) el periodo de vigencia de la resolución durante el cual la Secretaría tendrá que realizar actividades de aplicación y *ii*) el costo de esas actividades (estimación redondeada a la decena de millar de US\$ más próxima).

i) Tres años (que abarcan el periodo 2012-2015) a reserva de la decisión de la Asamblea de la Salud.

ii) Total: entre US\$ 3,56 millones y US\$ 4,84 millones (personal: entre US\$ 2,72 millones y US\$ 4,0 millones; actividades: US\$ 840 000). Estimación conservadora sobre la base de una única reunión anual del mecanismo de Estados Miembros. La cifra solo abarca el costo de las actividades de una reunión, habida cuenta de que el mandato está aún pendiente de confirmación.

b) Costos en el bienio 2012-2013

Indíquese la porción del costo indicado en 3 a) que corresponde al bienio 2012-2013 (estimación redondeada a la decena de millar de US\$ más próxima)

Total: entre US\$ 2,37 millones y US\$ 3,23 millones (personal: entre US\$ 1,81 millones y US\$ 2,67 millones; actividades: US\$ 560 000).

Indíquese en qué niveles de la Organización se realizarían los gastos y en qué regiones, cuando corresponda

La Sede

¿Está incluida la totalidad de los costos en el presupuesto por programas para 2012-2013 aprobado? (Sí/No)

No

En caso negativo, indíquese la cantidad que no está incluida.

Entre US\$ 2,37 millones y US\$ 3,23 millones

c) Repercusiones en la dotación de personal

¿Se puede aplicar la resolución con la dotación de personal actual? (Sí/No)

No

En caso negativo, indíquese el número de funcionarios adicionales (equivalentes de puestos a tiempo completo) que serían necesarios, especificando la región, cuando corresponda, e indicando el perfil de ese personal.

Dos funcionarios de la categoría profesional o superior (grados P.4 y P.5) junto con un funcionario de la categoría de servicios generales (grado G.5).

4. Financiación

¿Están financiados en su totalidad los costos estimados para el bienio 2012-2013 que se indican en 3 b)? (Sí/No)

No

En caso negativo, indíquese el déficit de financiación y el modo en que se movilizarían los fondos (señálense en detalle las procedencias de los fondos previstos).

Entre US\$ 2,37 millones y US\$ 3,23 millones; procedencia de los fondos:

Es probable que se precise una financiación inicial en forma de contribuciones voluntarias procedentes de los Estados Miembros interesados, habida cuenta de que las actividades técnicas no se han definido aún con precisión suficiente para dirigirse a los donantes. Asimismo, el proyecto se sitúa fuera del ámbito actual de los donantes del área de medicamentos.

1. Resolución WHA65.20: Respuesta de la OMS y función como organismo principal del Grupo de Acción Sanitaria en la atención de las crecientes demandas en materia de salud en las emergencias humanitarias

2. Relación con el presupuesto por programas para 2012-2013 (véase el documento A64/7 http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_7-sp.pdf)

Objetivo estratégico: 5

Resultados previstos a nivel de toda la Organización:
5.1 y 5.7

¿De qué modo contribuiría la resolución a la consecución de los resultados previstos a nivel de toda la Organización?

La resolución ayudaría a la OMS a cumplir su función como *i)* organismo principal del grupo de acción sanitaria en las emergencias humanitarias y *ii)* organismo principal del Grupo de Acción Sanitaria Mundial del Comité Permanente entre Organismos. En la resolución se pide a la Directora General que implante las políticas, directrices, estructuras y procesos administrativos adecuados de la OMS que se necesitan para la acción humanitaria eficaz y exitosa en los países, así como la capacidad y los recursos institucionales para desempeñar mejor su función como organismo principal del Grupo de Acción Sanitaria Mundial. Así pues, su cumplimiento permitiría conseguir mejor el resultado 5.7 previsto a nivel de toda la Organización, dando a su labor una orientación, una estructura y un impulso para encabezar actividades de respuesta y recuperación coordinadas del sector de la salud en las emergencias humanitarias.

¿Están incluidos en el presupuesto por programas los productos o servicios que se solicitan en la resolución? (Sí/No)

Sí

3. Costos estimados y repercusiones en la dotación de personal en relación con el presupuesto por programas

a) Costo total

Indíquese *i)* el periodo de vigencia de la resolución durante el cual la Secretaría tendrá que realizar actividades de aplicación y *ii)* el costo de esas actividades (estimación redondeada a la decena de millar de US\$ más próxima).

i) El periodo clave de aplicación de esta resolución sería el bienio 2012-2013. Durante este periodo, la OMS aplicaría, evaluaría y perfeccionaría su nuevo enfoque institucional. Después de 2013 se espera que los principios básicos de esta resolución sigan guiando la labor de la OMS en las situaciones de emergencia.

ii) Total del primer año: US\$ 29,5 millones (personal: US\$ 23,6 millones; actividades: US\$ 5,9 millones); total de años subsiguientes: US\$ 42,5 millones (personal: US\$ 34,0 millones; actividades: US\$ 8,5 millones).

Se prevé que la aplicación de esta resolución el primer año sea gradual en los planos regional y nacional, por lo que su costo de aplicación se estima en el 70% del costo de aplicación en el último año del bienio.¹

b) Costos en el bienio 2012-2013

Indíquese la porción del costo indicado en 3 a) que corresponde al bienio 2012-2013 (estimación redondeada a la decena de millar de US\$ más próxima).

Total: US\$ 72 millones (personal: US\$ 57,6 millones; actividades: US\$ 14,4 millones).

Indíquese en qué niveles de la Organización se realizarían los gastos y en qué regiones, cuando corresponda.

Esta resolución se aplicaría en toda la Organización. Las actividades de la OMS en los países contarían con el apoyo de las oficinas regionales pertinentes y de la Sede (US\$ 32,0 millones en la Sede; US\$ 13,5 millones en las oficinas regionales; y US\$ 26,5 millones en oficinas clave en los países, teniendo especialmente en cuenta los países de alto riesgo de las Regiones de África y del Mediterráneo Oriental).¹

¹ Las cifras proporcionadas no incluyen los recursos adicionales que se movilizarían para emergencias concretas.

¿Está incluida la totalidad de los costos en el presupuesto por programas para 2012-2013 aprobado? (Sí/No)

Sí

En caso negativo, indíquese la cantidad que no está incluida.

c) Repercusiones en la dotación de personal

¿Se puede aplicar la resolución con la dotación de personal actual? (Sí/No)

No

En caso negativo, indíquese el número de funcionarios adicionales (equivalentes de puestos a tiempo completo) que serían necesarios, especificando la región, cuando corresponda, e indicando el perfil de ese personal.

El número total de funcionarios básicos sería similar al del bienio 2010-2011; sin embargo, el personal específico tendría perfiles diferentes y la distribución geográfica de los puestos sería distinta, a raíz del recorte en la Sede en 2011 y el previsto aumento de la plantilla en los niveles regional y nacional. En las oficinas en los países, se prevé que el actual complemento de 35 funcionarios de la categoría profesional y categorías superiores se duplique, especialmente en los países de las Regiones de África y del Mediterráneo Oriental. También se requeriría un aumento de personal a nivel regional para garantizar la presencia de las competencias necesarias a fin de supervisar y respaldar a las oficinas en los países. En lo que respecta a las oficinas regionales, es probable que el actual complemento de 24 funcionarios básicos de la categoría profesional deba incrementarse a 36, teniendo especialmente en cuenta las Oficinas Regionales para África y para el Mediterráneo Oriental. En la Sede no haría falta personal adicional pues el departamento competente fue reestructurado y significativamente reducido en 2011.

4. Financiación

¿Están financiados en su totalidad los costos estimados para el bienio 2012-2013 que se indican en 3 b)? (Sí/No)

No

En caso negativo, indíquese el déficit de financiación y el modo en que se movilizarían los fondos (señálense en detalle las procedencias de los fondos previstas).

US\$ 44,0 millones; procedencia de los fondos: contribuciones señaladas, contribuciones voluntarias y fondos para vigilancia e información programáticas. Las actividades de respuesta y recuperación se financiarían con fondos para respuesta ante brotes y crisis recibidos a raíz de los llamamientos unificados y urgentes que se hagan en relación con emergencias específicas.

1. Resolución WHA65.21: Eliminación de la esquistosomiasis

2. Relación con el presupuesto por programas para 2012-2013 (véase el documento A64/7 http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_7-sp.pdf)

Objetivo estratégico: 1

Resultado previsto a nivel de toda la Organización: 1.3

¿De qué modo contribuiría la resolución a la consecución de los resultados previstos a nivel de toda la Organización?

Se proporcionaría apoyo a los Estados Miembros al confirmar que han satisfecho los criterios de eliminación de la esquistosomiasis dentro de sus fronteras nacionales.

¿Están incluidos en el presupuesto por programas los productos o servicios que se solicitan en la resolución? (Sí/No)

Sí

3. Costos estimados y repercusiones en la dotación de personal en relación con el presupuesto por programas

a) Costo total

Indíquese *i*) el periodo de vigencia de la resolución durante el cual la Secretaría tendrá que realizar actividades de aplicación y *ii*) el costo de esas actividades (estimación redondeada a la decena de millar de US\$ más próxima).

i) Catorce años (que abarcarían el periodo 2012-2025)

ii) Total: US\$ 700 000 (personal: ninguno; actividades: US\$ 700 000)

b) Costos en el bienio 2012-2013

Indíquese la porción del costo indicado en 3 a) que corresponde al bienio 2012-2013 (estimación redondeada a la decena de millar de US\$ más próxima).

Total: US\$ 100 000 (personal: ninguno; actividades: US\$ 100 000)

Indíquese en qué niveles de la Organización se realizarían los gastos y en qué regiones, cuando corresponda.

Sede

¿Está incluida la totalidad de los costos en el presupuesto por programas para 2012-2013 aprobado? (Sí/No)

Sí

En caso negativo, indíquese la cantidad que no está incluida.

c) Repercusiones en la dotación de personal

¿Se puede aplicar la resolución con la dotación de personal actual? (Sí/No)

Sí

En caso negativo, indíquese el número de funcionarios adicionales (equivalentes de puestos a tiempo completo) que serían necesarios, especificando la región, cuando corresponda, e indicando el perfil de ese personal.

4. Financiación

¿Están financiados en su totalidad los costos estimados para el bienio 2012-2013 que se indican en 3 b)? (Sí/No)

Sí

En caso negativo, indíquese el déficit de financiación y el modo en que se movilizarían los fondos (señálense en detalle las procedencias de los fondos previstas).

(US\$) no se aplica; procedencia de los fondos: no se aplica

1. Resolución WHA65.22: Seguimiento del informe del Grupo consultivo de expertos en investigación y desarrollo: financiación y coordinación

2. Relación con el presupuesto por programas para 2012-2013 (véase el documento A64/7 http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_7-sp.pdf)

Objetivo estratégico: 11

Resultado previsto a nivel de toda la Organización: 11.1

¿De qué modo contribuiría la resolución a la consecución de los resultados previstos a nivel de toda la Organización?

El acceso a medicamentos esenciales y tecnologías médicas es un pilar fundamental de las políticas farmacéuticas nacionales. La investigación y el desarrollo de nuevos medicamentos y tecnologías eficaces

contra enfermedades que afectan desproporcionadamente a los países en desarrollo es fundamental para mejorar el acceso. También es muy importante que las nuevas tecnologías, cuando se desarrollen, sean asequibles. En la actualidad, el gasto en investigación y desarrollo es insuficiente, y los medicamentos nuevos, cuando efectivamente se desarrollan, no son asequibles. Esta resolución apuntalará los debates y consultas entre los Estados Miembros sobre la viabilidad de las recomendaciones del informe del Grupo consultivo de expertos en investigación y desarrollo: financiación y coordinación, destinado a mejorar la financiación sostenible de la investigación y el desarrollo y garantizar que los productos y tecnologías resultantes sean asequibles.

¿Están incluidos en el presupuesto por programas los productos o servicios que se solicitan en la resolución? (Sí/No)

No

3. Costos estimados y repercusiones en la dotación de personal en relación con el presupuesto por programas

a) Costo total

Indíquese i) el periodo de vigencia de la resolución durante el cual la Secretaría tendrá que realizar actividades de aplicación y ii) el costo de esas actividades (estimación redondeada a la decena de millar de US\$ más próxima).

i) Un año (periodo 2012-2013)

ii) Total: US\$ 1,37 millones (personal: US\$ 370 000; actividades: US\$ 1 millón)

b) Costos en el bienio 2012-2013

Indíquese la porción del costo indicado en 3 a) que corresponde al bienio 2012-2013 (estimación redondeada a la decena de millar de US\$ más próxima).

Total: US\$ 1,37 millones (personal: US\$ 370 000; actividades: US\$ 1 000 000)

Indíquese en qué niveles de la Organización se realizarían los gastos y en qué regiones, cuando corresponda.

Sede y oficinas regionales

¿Está incluida la totalidad de los costos en el presupuesto por programas para 2012-2013 aprobado? (Sí/No)

No

En caso negativo, indíquese la cantidad que no está incluida.

US\$ 1,37 millones

c) Repercusiones en la dotación de personal

¿Se puede aplicar la resolución con la dotación de personal actual? (Sí/No)

No

En caso negativo, indíquese el número de funcionarios adicionales (equivalentes de puestos a tiempo completo) que serían necesarios, especificando la región, cuando corresponda, e indicando el perfil de ese personal.

Para la secretaría de la reunión abierta de Estados Miembros: un funcionario de grado P.3 y un funcionario de grado G.4 durante un año

4. Financiación

¿Están financiados en su totalidad los costos estimados para el bienio 2012-2013 que se indican en 3 b)? (Sí/No)

No

En caso negativo, indíquese el déficit de financiación y el modo en que se movilizarían los fondos (señálense en detalle las procedencias de los fondos previstas).

US\$ 1,37 millones; origen de los fondos: se enviarán propuestas de financiación a determinados Estados Miembros y organismos donantes.

1. Resolución WHA65.23: Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005)

2. Relación con el presupuesto por programas para 2012-2013 (véase el documento A64/7 http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_7-sp.pdf)

Objetivos estratégicos: 1, 5 y 8

Resultados previstos a nivel de toda la Organización:
1.6, 1.7, 1.8, 5.1 y 8.1

¿De qué modo contribuiría la resolución a la consecución de los resultados previstos a nivel de toda la Organización?

La resolución permitiría sustentar la función de la OMS de apoyo a los Estados Miembros para la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005); además permitiría que la Organización mantenga en funcionamiento el sistema mundial de alerta y respuesta. En la resolución se insta a renovar el compromiso de los Estados Miembros con respecto al tema, de modo que se vincula de manera directa con el indicador 1.6.1. Además, en la resolución se hace hincapié en la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005) con un enfoque multisectorial relacionado con todo tipo de peligros. En consecuencia, se vincula con los resultados previstos 1.6, 1.7 y 1.8, con el resultado previsto 5.1 y con el 8.1.

¿Están incluidos en el presupuesto por programas los productos o servicios que se solicitan en la resolución? (Sí/no)

Sí

3. Costos estimados y repercusiones en la dotación de personal en relación con el presupuesto por programas

a) Costo total

Indíquese i) el periodo de vigencia de la resolución durante el cual la Secretaría tendrá que realizar actividades de aplicación y ii) el costo de esas actividades (estimación redondeada a la decena de millar de US\$ más próxima).

i) Tres años (abarcará el periodo 2012-2014)

ii) Total: US\$ 247,31 millones (dotación de personal: US\$ 110,44 millones; actividades: US\$ 136,87 millones)

b) Costos en el bienio 2012-2013

Indíquese la porción del costo indicado en 3 a) que corresponde al bienio 2012-2013 (estimación redondeada a la decena de millar de US\$ más próxima).

Total: US\$ 164,88 millones (dotación de personal: US\$ 73,63 millones; actividades: US\$ 91,25 millones)

Indíquese en qué niveles de la Organización se realizarían los gastos y en qué regiones, cuando corresponda.

En todos los niveles de la Organización.

¿Está incluida la totalidad de los costos en el presupuesto por programas para 2012-2013 aprobado? (Sí/no)

Sí

En caso negativo, indíquese la cantidad que no está incluida.

c) **Repercusiones en la dotación de personal**

¿Se puede aplicar la resolución con la dotación de personal actual? (Sí/no)

Sí

En caso negativo, indíquese el número necesario de funcionarios adicionales (equivalentes de puestos a tiempo completo) que serían necesarios, especificando la región, cuando corresponda, e indicando el perfil de ese personal.

4. Financiación

¿Están financiados en su totalidad los costos estimados para el bienio 2012-2013 que se indican en 3 b)? (Sí/no)

No

En caso negativo, indíquese el déficit de financiación y el modo en que se movilizarían los fondos (señálese en detalle las procedencias de los fondos previstas).

US\$ 83,0 millones; procedencia de los fondos: contribuciones voluntarias.

1. Decisión WHA65(8): Prevención y control de las enfermedades no transmisibles: resultados 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

2. Relación con el presupuesto por programas para 2012-2013 (véase el documento A64/7 http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_7-sp.pdf)

Objetivos estratégicos: 3 y 6

Resultados previstos a nivel de toda la Organización: 3.3, 6.2 y 6.3

¿De qué modo contribuiría la resolución a la consecución de los resultados previstos a nivel de toda la Organización?

La resolución pide que se prepare un documento de discusión revisado sobre el marco mundial de vigilancia, con inclusión de indicadores y una serie de metas mundiales voluntarias, que refleje los debates mantenidos hasta la fecha. Esta actividad sería acorde con los párrafos 61 y 62 de la resolución 66/2 de la Asamblea General de las Naciones Unidas y por consiguiente apoyaría los resultados previstos antes mencionados.

¿Están incluidos en el presupuesto por programas los productos o servicios que se solicitan en la resolución? (Sí/No)

Sí

3. Costos estimados y repercusiones en la dotación de personal en relación con el presupuesto por programas

a) **Costo total**

Indíquese *i*) el periodo de vigencia de la resolución durante el cual la Secretaría tendrá que realizar actividades de aplicación y *ii*) el costo de esas actividades (estimación redondeada a la decena de millar de US\$ más próxima).

i) Dos años (todo el ejercicio 2012-2013)

ii) Total: US\$ 2,80 millones (personal, US\$ 1,50 millones; actividades: US\$ 1,30 millones)

b) Costos en el bienio 2012-2013

Indíquese la porción del costo indicado en 3 a) que corresponde al bienio 2012-2013 (estimación redondeada a la decena de millar de US\$ más próxima).

Total: US\$ 2,8 millones (personal, US\$ 1,5 millones; actividades, US\$ 1,3 millones)

Indíquese en qué niveles de la Organización se realizarían los gastos y en qué regiones, cuando corresponda.

En la Sede y las seis regiones

¿Está incluida la totalidad de los costos en el presupuesto por programas para 2012-2013 aprobado? (Sí/No)

Sí

En caso negativo, indíquese la cantidad que no está incluida.

c) Repercusiones en la dotación de personal

¿Se puede aplicar la resolución con la dotación de personal actual? (Sí/No)

Sí

En caso negativo, indíquese el número de funcionarios adicionales (equivalentes de puestos a tiempo completo) que serían necesarios, especificando la región, cuando corresponda, e indicando el perfil de ese personal.

4. Financiación

¿Están financiados en su totalidad los costos estimados para el bienio 2012-2013 que se indican en 3 b)? (Sí/No)

No

En caso negativo, indíquese el déficit de financiación y el modo en que se movilizarían los fondos (señálense en detalle las procedencias de los fondos previstas).

US\$ 2,30 millones; procedencia de los fondos: contribuciones voluntarias de donantes bilaterales.