



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD  
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



## **44.º CONSEJO DIRECTIVO**

### **55.ª SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL**

*Washington, D.C., EUA, 22 al 26 septiembre 2003*

---

*Punto 8 del orden del día provisional*

CD44/28 (Esp.)

18 julio 2003

ORIGINAL: INGLÉS

### **RESOLUCIONES Y OTRAS ACCIONES DE LA 56.ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD DE INTERÉS PARA EL COMITÉ REGIONAL**

La 56.ª Asamblea Mundial de la Salud se realizó en Ginebra, Suiza, del 19 al 28 de mayo de 2003. Estuvieron presentes delegaciones de 187 Estados Miembros y un Miembro Asociado, incluidos 35 países de las Américas. Después de debatir un extenso orden del día, la Asamblea de la Salud aprobó 35 resoluciones, es decir, 10 más de las aprobadas en 2002.

Además, en esta ocasión la 56.ª Asamblea Mundial de la Salud nombró al Dr. Lee Jong-wook Director General de la OMS y aprobó el Presupuesto por Programas de la Organización para el ejercicio 2004-2005.

En este documento se resumen los trabajos de la 56.ª Asamblea de la Salud y las 20 resoluciones que, a juicio de la Directora Regional para las Américas, tienen especial interés para los países de esta Región y la Secretaría de la OPS/OMS.

Se solicita al Consejo Directivo que examine estas resoluciones y exprese su opinión acerca de la pertinencia para la Región de las Américas de las decisiones adoptadas por la 56.ª Asamblea Mundial de la Salud.

## **Introducción**

1. La 56.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud se realizó en Ginebra, Suiza, del 19 al 28 de mayo de 2003. Concurrieron delegaciones de 187 Estados Miembros, incluidos 35 países de las Américas. Puerto Rico participó por vez primera en la Asamblea de la Salud en su calidad de Miembro Asociado de la OMS. También estuvieron presentes representantes de más de cien organizaciones internacionales y no gubernamentales. El Dr. Javier Torres Goitia, Ministro de Salud de Bolivia, fue elegido Vicepresidente de la Asamblea, mientras que el Dr. J. Larivière, de Canadá, fue nombrado Presidente del Comité A y la Sra. C. Velásquez de Venezuela fue nombrada Relatora de la Comisión B.

2. Entre las decisiones adoptadas cabe destacar que Canadá y Ecuador fueron elegidos como Estados Miembros facultados para designar a una persona que integre el Consejo Ejecutivo de la OMS. Además, Brasil y Haití fueron nombrados para formar parte de la Comisión de Credenciales. México, Perú, Trinidad y Tabago y Uruguay, así como el Dr. J. F. López Beltrán, de El Salvador —en su calidad de Presidente de la 55.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud— fueron designados para integrar la Comisión de Candidaturas. Cuba, Estados Unidos de América y Jamaica fueron nombrados para formar parte de la Comisión General.

3. El orden del día de 56.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud (anexo A) cubrió más de 50 temas relacionados con una gran variedad de asuntos de política, gestión e institucionales, que fueron tratados en una sucesión de sesiones de las comisiones y del plenario. Es necesario que en el futuro el orden del día alcance un mejor equilibrio entre los asuntos de salud pública y los de otra índole, al objeto de facilitar la participación de los Estados Miembros en los debates correspondientes. De igual manera, se debe mantener el diálogo de la Directora de la Oficina Sanitaria Panamericana con el llamado Grupo de América (GRUA), formado por las representaciones de los países americanos en Ginebra, para fortalecer la participación futura de la Región de las Américas en las reuniones del Consejo Ejecutivo y en la Asamblea de la Salud.

4. Mediante este proceso, la Asamblea de la Salud aprobó 35 resoluciones; es decir, 10 más de las aprobadas en 2002. Estas resoluciones pueden consultarse en el siguiente sitio de la página web de la OMS: [www.who.int/gb/](http://www.who.int/gb/). En virtud del ambiente tan positivo que prevaleció en la reunión, sólo dos resoluciones no fueron aprobadas por consenso.

5. Debe hacerse mención especial de las resoluciones WHA56.2 y WHA56.4, que nombran respectivamente al Dr. Lee Jong-wook nuevo Director General de la OMS para el período 2003-2008 y declaran a la Dra. Gro Harlem Bruntland Directora General Emérita de la OMS. Fueron asimismo de especial importancia las resoluciones WHA56.1

sobre el convenio marco de la OMS para el control del tabaco, y WHA56.32, por la cual se aprobó el Presupuesto por Programas de la OMS para el bienio 2004-2005.

6. Según la Directora de la Organización, 20 de las resoluciones adoptadas (anexo B) tienen especial pertinencia tanto para los Estados Miembros de la Región de las Américas como para la Oficina. Trece de estas resoluciones tratan asuntos de política sanitaria y las siete restantes se refieren asuntos de recursos y de gestión.

7. En los cuadros siguientes se presenta un resumen de las consecuencias que tienen estas resoluciones para los Estados Miembros de la OPS (cuadro 1) y la Oficina (cuadro 2). Cuando esas resoluciones se corresponden con puntos del orden del día del 44.º Consejo Directivo de la OPS, se indican el tema y el documento correspondientes.

8. Se solicita al Consejo Directivo que examine estas resoluciones y exprese su opinión en cuanto a su pertinencia para la Región de las Américas.

Anexos



# ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

56ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD  
Ginebra, Suiza  
19-28 de mayo de 2003

A56/1 Rev.1  
19 de mayo de 2003

CD44/28 (Esp.)  
Anexo A

## Orden del día

### SESIONES PLENARIAS

1. **Apertura de la Asamblea<sup>1</sup>**  
Documento A56/1
2. **Informes del Consejo Ejecutivo sobre sus 110ª y 111ª reuniones**  
Documento A56/2
3. **Alocución de la Dra. Gro Harlem Brundtland, Directora General**  
Documento A56/3
4. **Director General**  
Documentos EB111/2003/REC/1, resolución EB111.R17 y A56/INF.DOC./8
  - 4.1 Nombramiento  
Documento EB111/2003/REC/1, resolución EB111.R15
  - 4.2 Aprobación del contrato  
Documentos EB111/2003/REC/1, resolución EB111.R16, y A56/4
5. [suprimido]
6. **Consejo Ejecutivo: elección**

---

<sup>1</sup> 1.1 Establecimiento de la Comisión de Credenciales  
1.2 Elección de la Comisión de Candidaturas  
1.3 Informes de la Comisión de Candidaturas

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

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

7. Premios
8. Informes de las comisiones principales
9. Clausura de la Asamblea

## MESAS REDONDAS

### 10. Mesas redondas: ambientes saludables para los niños

Documento A56/DIV/4

## COMISIÓN A

### 11. Apertura de la Comisión<sup>1</sup>

### 12. Presupuesto por programas

#### 12.1 Proyecto de presupuesto por programas para 2004-2005

Documentos PB/2004-2005, A56/INF.DOC./1 y A56/51  
Documentos EB111/2003/REC/1, resolución EB111.R3, A56/5 y A56/50  
Documento A56/6

#### 12.2 Ingresos varios en 2002-2003

Documento A56/7

#### 16.6 Contribuciones para 2004-2005

Documentos A56/35, A56/INF.DOC./3 y A56/51  
Documento EB111/2003/REC/1, decisión EB111(3)

### 13. Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco

Documentos A56/8, A56/8 Rev.1, A56/INF.DOC./2, A56/INF.DOC./7  
y A56/INF.DOC./7 Rev.1

---

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

**14. Asuntos técnicos y sanitarios**

- 14.1 Enfermedades tropicales, incluida la Campaña Panafricana de Erradicación de la Mosca Tsetse y la Tripanosomiasis

Documento A56/9

- 14.2 Control de la neurocisticercosis

Documento A56/10

- 14.3 Contribución de la OMS al logro de los objetivos de desarrollo de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas

Documento A56/11

- 14.4 Contribución de la OMS al seguimiento del periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA

Documentos EB111/2003/REC/1, resolución EB111.R4, A56/12 y A56/12 Appendix Rev.1

- 14.5 Cumbre Mundial sobre el Desarrollo Sostenible

Documento A56/13

- 14.6 Erradicación de la viruela: destrucción de las reservas de *Variola virus*

Documento A56/14

- 14.7 Estrategia para la salud y el desarrollo del niño y del adolescente

Documentos EB111/2003/REC/1, resoluciones EB111.R5 y EB111.R11, y A56/15

- 14.8 Estrategia farmacéutica de la OMS

Documento A56/16

- 14.9 Derechos de propiedad intelectual, innovación y salud pública

Documento A56/17

- 14.10 Medicina tradicional

Documentos EB111/2003/REC/1, resolución EB111.R12, y A56/18

- 14.11 Fortalecimiento de la enfermería y la partería

Documento A56/19

14.12 Erradicación de la poliomielitis

Documento A56/20

14.13 Fortalecimiento de los sistemas de salud en los países en desarrollo

Documentos A56/21 y A56/22

14.14 Gripe

Documentos EB111/2003/REC/1, resolución EB111.R6, y A56/23

14.15 Aplicación de las recomendaciones del *Informe mundial sobre la violencia y la salud*

Documentos EB111/2003/REC/1, resolución EB111.R7, y A56/24

14.16 Revisión del Reglamento Sanitario Internacional

Documentos EB111/2003/REC/1, resolución EB111.R13, A56/25, A56/25 Add.1 y A56/48

14.17 Eliminación de la ceguera evitable

Documento A56/26

14.18 Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata: 25º aniversario

Documento A56/27

14.19 Evaluación conjunta FAO/OMS de los trabajos de la Comisión del Codex Alimentarius

Documento A56/34

## **COMISIÓN B**

### **15. Apertura de la Comisión<sup>1</sup>**

---

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

## **16. Asuntos financieros**

### 16.1 Informes

- Informe financiero interino no comprobado sobre las cuentas de la OMS en 2002 y observaciones del Comité de Administración, Presupuesto y Finanzas

Documentos A56/28, A56/28 Add.1 y A56/47

- Informe interino del Comisario de Cuentas

Documentos A56/29 y A56/49

- Informe del Auditor Interno

Documento A56/30

### 16.2 Nombramiento de Comisario de Cuentas

Documentos A56/31, A56/31 Add.1, A56/31 Add.2, A56/31 Anexo 10 Rev.1, A56/31 Anexo 10 Rev.2 y A56/31 Anexo 10 Rev.3

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

Documento A56/32

### 16.4 Arreglos especiales para la liquidación de atrasos

Documento A56/33

### 16.5 Contribuciones de nuevos Miembros y Miembros Asociados [si hubiere lugar]

Documento EB111/2003/REC/1, decisión EB111(3)

### 16.6 [transferido a la Comisión A]

### 16.7 [suprimido]

## **17. Asignación y transferencia de los Estados Miembros a las regiones**

### 17.1 Asignación de la República Democrática de Timor-Leste a la Región de Asia Sudoriental

Documento A56/36

### 17.2 Reasignación de Chipre de la Región del Mediterráneo Oriental a la Región de Europa

Documento A56/37



**18. Asuntos de personal**

18.1 Recursos humanos: informe anual

Documentos A56/38 y A56/39

18.2 Representación de los países en desarrollo en la Secretaría

Documento A56/40

18.3 Aumento de la representación de los países en desarrollo en los cuadros y comités de expertos

Documento A56/41

18.4 Modificaciones del Estatuto del Personal y del Reglamento de Personal [si hubiere lugar]

Documento EB111/2003/REC/1, resolución EB111.R10

18.5 Informe del Comité Mixto de Pensiones del Personal de las Naciones Unidas

Documento A56/42

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

Documento A56/43

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

Documentos A56/44, A56/INF.DOC./4, A56/INF.DOC./5 y A56/INF.DOC./6

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

Documento A56/45

**21. Política de relaciones con las organizaciones no gubernamentales**

Documentos EB111/2003/REC/1, resolución EB111.R14, y A56/46

= = =

**Cuadro 1. Resoluciones de la 56.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud de interés para el Comité Regional: asuntos de política sanitaria**

Resolución	Consecuencias para los Estados Miembros	Consecuencias para la Oficina
<p>WHA56.1 Convenio marco de la OMS para el control del tabaco</p>	<p>La Convención procura reducir la demanda y la oferta de tabaco, al igual que las consecuencias ambientales y económicas de su consumo. Define asimismo la cooperación técnica y financiera entre los países participantes. Entrará en vigor después de ser ratificada por al menos 40 países.</p>	<p>La OMS: - Prestará apoyo a la Convención hasta que se establezca una secretaría permanente. - Apoyará a los Estados Miembros en los preparativos para la entrada en vigor de la Convención. - Convocará reuniones del Órgano de Negociación Intergubernamental sobre el Convenio Marco - Seguirá prestando asesoramiento técnico, dirección y apoyo para el control mundial del tabaco.</p>
<p>WHA56.6 Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata: 25.<sup>o</sup> aniversario</p>	<p>Los Estados Miembros deben proporcionar APS con los recursos necesarios para reducir las desigualdades en materia de salud, con participación activa de la sociedad civil y apoyo de investigación. <b><i>Punto 4.6 del orden del día, documento CD44/9 Se realizarán reuniones técnicas sobre este tema.</i></b></p>	<p>Se celebrará el 25.<sup>o</sup> aniversario de Alma-Ata con una reunión especial sobre las enseñanzas extraídas y las estrategias futuras. Se incorporará la APS en todos los programas de la OMS dentro del contexto de los Objetivos de Desarrollo de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas y las recomendaciones de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud. La OPS promoverá una celebración durante todo el año para reafirmar la importancia que la APS tiene para la Región.</p>
<p>WHA56.19 Prevención y control de las pandemias y las epidemias anuales de gripe</p>	<p>Se debe mejorar la cobertura de vacunación y los preparativos para las epidemias y las pandemias, al igual que la vigilancia y la investigación y desarrollo en materia de vacunas. <b><i>Punto del orden del día 4.10, documento CD44/13</i></b></p>	<p>El apoyo de la OMS debe incluir movilización de recursos, preparativos, evaluación de impacto, vigilancia mundial, planes nacionales de preparación, además de acceso a vacunas y medicamentos.</p>

**Cuadro 1. Resoluciones de la 56.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud de interés para el Comité Regional: asuntos de política sanitaria (cont.)**

Resolución	Consecuencias para los Estados Miembros	Consecuencias para la Oficina
<p>WHA56.20 Reducción de la mortalidad por sarampión en el mundo</p>	<p>El plan estratégico de la OMS/UNICEF para la reducción de la mortalidad por sarampión se ejecutará en su totalidad; se prestará apoyo financiero a los programas de vacunación; y se mejorará el acceso a los servicios de inmunización.</p>	<p>La Organización colaborará con los Estados Miembros para fortalecer los programas nacionales de vacunación y las asociaciones mundiales, regionales y subregionales para apoyar al PAI y las estrategias de reducción del sarampión.</p>
<p>WHA56.21 Estrategia para la salud y el desarrollo del niño y el adolescente</p>	<p>Deben realizarse esfuerzos para: - Alcanzar las metas internacionales de reducción de la mortalidad maternoinfantil; - Mejorar la salud del neonato, el niño y el adolescente mediante la cobertura total de estos grupos; - Aumentar el acceso a la información y los servicios. <b>Punto 4.9 del orden del día, documento CD44/12</b></p>	<p>La OMS apoyará plenamente el logro de las metas internacionales; la promoción de un enfoque de salud pública para la reducción de las enfermedades comunes y la inmunización, AIEPI, mejor nutrición y abastecimiento de agua y saneamiento.</p>
<p>WHA56.22 Enfoque estratégico para la gestión de los productos químicos a nivel internacional: participación de asociados para la salud mundial</p>	<p>Los países deben tener muy en cuenta los aspectos sanitarios de la seguridad química mediante un enfoque estratégico para la gestión internacional de productos químicos.</p>	<p>La OMS desempeñará una función constante, junto con el Foro Intergubernamental sobre Seguridad Química; contribuirá al enfoque estratégico con el PNUMA; y presentará a la Asamblea de la Salud un informe sobre los progresos realizados y la versión completa del enfoque estratégico.</p>

**Cuadro 1. Resoluciones de la 56.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud de interés para el Comité Regional: asuntos de política sanitaria (cont.)**

Resolución	Consecuencias para los Estados Miembros	Consecuencias para la Oficina
<p>WHA56.23 Evaluación conjunta FAO/OMS de los trabajos de la Comisión del Codex Alimentarius</p>	<p>Los países deben participar activamente en el establecimiento de normas internacionales en el marco de la Comisión Mixta FAO/OMS del Codex Alimentarius y aplicar plenamente las normas del Codex para proteger la salud humana y promover opciones saludables con respecto a la nutrición y el régimen alimentario. También se requiere colaboración intersectorial en la fijación de normas de alimentación y nutrición basadas en el Codex.</p>	<p>La OMS apoyará la aplicación del Codex en colaboración con la FAO; fortalecerá su función en la gestión de la Comisión Mixta FAO/OMS del Codex Alimentarius; y complementará el trabajo de la Comisión con las actividades de la OMS en materia de alimentación y nutrición, según las decisiones de la Asamblea de la Salud y el Reglamento Sanitario Internacional.</p>
<p>WHA56.24 Aplicación de las recomendaciones del <i>Informe mundial sobre la violencia y la salud</i></p>	<p>Los países mejorarán la prevención y la exposición a la violencia; prestarán asistencia y rehabilitación de las víctimas de la violencia; designarán puntos focales en los ministerios de salud para la prevención de la violencia; y prepararán informes sobre la violencia, incluida su magnitud, factores de riesgo, acciones actuales y futuras para prevenir la violencia. <b>Punto 4.12 del orden del día, documento CD44/15</b></p>	<p>La Organización cooperará en la prevención de la violencia y la mitigación de sus consecuencias individuales y sociales; promoverá la investigación sobre la violencia y su prevención; participará en la colaboración interinstitucional para la prevención de la violencia; y preparará normas técnicas de apoyo a la prevención de la violencia y asistencia a las víctimas.</p>
<p>WHA56.25 Función de los arreglos contractuales en la mejora del desempeño de los sistemas de salud</p>	<p>Los países armonizarán los arreglos contractuales con la política sanitaria nacional; maximizarán el efecto del desempeño de los sistemas de salud con transparencia; e intercambiarán experiencias que incluyen a los sectores público y privado y las ONG en la prestación de servicios de salud.</p>	<p>La OMS creará una base de datos probatorios sobre el efecto de los arreglos contractuales en el desempeño de los sistemas de salud y las prácticas adecuadas, y prestará apoyo técnico, normas e intercambio de experiencias en esta área.</p>

**Cuadro 1. Resoluciones de la 56.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud de interés para el Comité Regional: asuntos de política sanitaria (cont.)**

Resolución	Consecuencias para los Estados Miembros	Consecuencias para la Oficina
<p>WHA56.27 Derechos de propiedad intelectual, innovación y salud pública</p>	<p>Los países habrán de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reafirmar los intereses de salud pública en las políticas farmacéuticas y sanitarias;</li> <li>- Adaptar la legislación nacional a la flexibilidad contenida en el Convenio de ADPIC;</li> <li>- Buscar una solución consensual para el párrafo 6 de la Declaración de Doha dentro del contexto de la OMC a fin de satisfacer las necesidades de los países en desarrollo;</li> <li>– Promover la investigación y el desarrollo de medicamentos nuevos para las enfermedades que afectan a los países en desarrollo.</li> </ul>	<p>La OMS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Apoyará el intercambio y la transferencia de tecnología y los resultados de la investigación, en particular para controlar la infección por el VIH/SIDA, la tuberculosis, la malaria y problemas de otro tipo que afectan a los países en desarrollo;</li> <li>- Establecerá atribuciones para la recolección de datos y el análisis de los derechos de propiedad intelectual, la innovación y la salud pública;</li> <li>- Cooperará con la vigilancia, el análisis y el manejo de las consecuencias para la salud pública de los acuerdos comerciales internacionales.</li> </ul>
<p>WHA56.28 Revisión del Reglamento Sanitario Internacional</p>	<p>Se debe asignar prioridad al examen del Reglamento Sanitario Internacional. Se formará un grupo de estudio permanente a nivel nacional para la información y comunicación con la OMS durante las emergencias. Los países cooperarán con los organismos dedicados a la sanidad animal con respecto a medidas preventivas y de control.</p>	<p>La Organización:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tendrá en cuenta y validará los informes de las fuentes no oficiales;</li> <li>- Alertará a los gobiernos nacionales y la comunidad internacional de las amenazas de salud pública;</li> <li>- Evaluará la gravedad de las amenazas y la adecuación de las medidas de control;</li> <li>- Facilitará el acuerdo sobre el Reglamento Sanitario Internacional revisado. Mantendrá a los países informados de la revisión del Reglamento por medio de los comités regionales y mecanismos de otro tipo;</li> <li>– Convocará un grupo de trabajo intergubernamental sobre la revisión del Reglamento;</li> <li>- Facilitará la participación de los países menos adelantados en este proceso;</li> <li>– Invitará a otras instituciones como observadores al grupo de trabajo.</li> </ul>

**Cuadro 1. Resoluciones de la 56.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud de interés para el Comité Regional: asuntos de política sanitaria (cont.)**

Resolución	Consecuencias para los Estados Miembros	Consecuencias para la Oficina
<p>WHA56.29 Síndrome respiratorio agudo severo (SRAS)</p>	<p>Los países habrán de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Comprometerse con el control del SRAS y otras infecciones emergentes y reemergentes;</li> <li>- Aplicar las normas de la OMS con prontitud y notificar los casos en forma transparente;</li> <li>- Colaborar con la OMS y otras organizaciones internacionales y regionales para contener la enfermedad;</li> <li>- Fortalecer la vigilancia y el control del SRAS;</li> <li>- Colaborar con la Red Mundial de la OMS de Alerta y Respuesta a los Brotes;</li> <li>- Solicitar apoyo a la OMS, en particular cuando las medidas de control adoptadas sean ineficaces;</li> <li>- Usar la experiencia del SRAS para fortalecer los preparativos para la próxima infección emergente.</li> </ul>	<p>La OMS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Continuará con las iniciativas mundiales para controlar el SRAS.</li> <li>- Actualizará las normas sobre viajes internacionales y vigilancia;</li> <li>- Examinará los procedimientos para proteger la salud de la población y reducir al mínimo el impacto socioeconómico negativo;</li> <li>- Mejorará la comprensión del SRAS y creará herramientas de control asequibles para los países en desarrollo y en transición;</li> <li>- Mejorará los sistemas mundial, nacionales y regionales de vigilancia y respuesta eficaz ante las enfermedades emergentes y reemergentes;</li> <li>- Responderá para apoyar las solicitudes de vigilancia, prevención y control del SRAS.</li> <li>- Fortalecerá la Red Mundial de la OMS de Alerta y Respuesta a los Brotes y la red mundial de centros colaboradores para la atención de las enfermedades emergentes y reemergentes.</li> <li>- Tomará en cuenta la experiencia del SRAS en la revisión del Reglamento Sanitario Internacional.</li> </ul>

**Cuadro 1. Resoluciones de la 56.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud de interés para el Comité Regional: asuntos de política sanitaria (cont.)**

Resolución	Consecuencias para los Estados Miembros	Consecuencias para la Oficina
<p>WHA56.30 Estrategia mundial del sector sanitario para el VIH/SIDA</p>	<p>Los países habrán de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Adoptar y poner en práctica la estrategia como parte de una respuesta nacional, multisectorial a la infección por el VIH/SIDA;</li> <li>- Fortalecer la capacidad de poner en práctica, vigilar y evaluar la estrategia;</li> <li>- Cumplir las obligaciones según la Declaración del período extraordinario de sesiones de la Asamblea General sobre el VIH/SIDA;</li> <li>- Fortalecer la cooperación multilateral y bilateral por medio de la OMS u otras instituciones internacionales y regionales;</li> <li>- Reconocer las dificultades que afrontan los países en desarrollo para usar el régimen de concesión de licencias y las flexibilidades del convenio ADPIC según la Declaración de Doha para satisfacer sus necesidades de medicamentos contra la infección por el VIH/SIDA.</li> </ul>	<p>La OMS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Apoyará la ejecución y evaluación de la estrategia;</li> <li>- Cooperará con los países en la preparación de sus solicitudes al Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria;</li> <li>- Difundirá, promoverá y evaluará el impacto de las ofertas de apoyo bilateral y multilateral para combatir la infección por el VIH/SIDA;</li> <li>- Apoyará la provisión equitativa de tratamiento antirretrovírico eficaz, centrada en la pobreza y manteniendo al mismo tiempo un equilibrio entre la prevención, la atención y el tratamiento;</li> <li>- Movilizará el apoyo a los países con epidemia del SIDA para obtener medicamentos asequibles y accesibles con el fin de combatir la infección por el VIH/SIDA.</li> </ul>

**Cuadro 2. Resoluciones de la 56.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud de interés para el Comité Regional: asuntos de recursos y gestión**

<b>Resolución</b>	<b>Consecuencias para los Estados Miembros</b>	<b>Consecuencias para la Oficina</b>
WHA56.10 Miembros con atrasos de contribuciones de importancia bastante para que esté justificado aplicar el Artículo 7 de la Constitución	Debido al atraso en sus contribuciones a la OMS, siete Estados Miembros de la OPS (Antigua y Barbuda, Argentina, Perú, República Dominicana, Santa Lucía, Suriname y Venezuela) no pudieron ejercer su derecho de voto durante la Asamblea de la Salud.	
WHA56.12 Contribuciones para 2002 y 2003	Se modificó la contribución para 2003 de Argentina y la diferencia será financiada por la Cuenta de Ingresos Varios de la OMS.	
WHA56.17 Recursos humanos: paridad entre los géneros		Se reafirmó la meta de 50% para los nombramientos de mujeres a los puestos de la categoría profesional y superior. Deben redoblarse los esfuerzos para lograr paridad en la distribución conforme al género del personal profesional y aumentar la proporción de las mujeres a un nivel superior. Por comparación con la sede de la OMS y otras Oficinas Regionales, AMRO tiene la proporción más alta de mujeres en puestos profesionales y de alto nivel.
WHA56.32 Resolución de Apertura de Créditos para el ejercicio 2004-2005	La reducción del Presupuesto por Programas de la OMS afectará al financiamiento de las actividades de cooperación a nivel de país. <b><i>Punto 4.3 del orden del día, documento oficial 307</i></b>	El presupuesto ordinario de la OMS para 2004-2005 que se aprobó tiene un monto de \$880.111.000, o sea, \$21 millones menos que el proyecto de presupuesto. El financiamiento que la OMS dará a la OPS será \$2,1 millones menos de lo propuesto.



**Cuadro 2. Resoluciones de la 56.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud de interés para el Comité Regional: asuntos de recursos y gestión (cont.)**

<b>Resolución</b>	<b>Consecuencias para los Estados Miembros</b>	<b>Consecuencias para la Oficina</b>
WHA56.33 Escala de contribuciones para el ejercicio 2004-2005	Las contribuciones para los Estados Miembros de la OMS en las Américas varían entre 22% (Estados Unidos) y 0,001% (Belice, Dominica, Granada, Guyana, Nicaragua, Saint Kitts y Nevis y San Vicente y las Granadinas).	La Asamblea aceptó la escala de las Naciones Unidas para las contribuciones de los Estados Miembros, con una tasa máxima de 22% y una tasa mínima de 0,001%, así como un mecanismo de ajuste aprobado mediante la resolución WHA56.34.
WHA56.34 Mecanismo de ajuste	Los Estados Miembros que experimentaron un aumento de su tasa de contribución para 2004-2005 y 2006-2007, en comparación con 2000-2001, pueden beneficiarse de un mecanismo de compensación creado por la Asamblea de la Salud.	El mecanismo de ajuste tiene límites anuales para cada país interesado. Los ajustes serán financiados mediante transferencias adicionales de la partida de ingresos varios en 2006-2007.
WHA56.35 Representación de los países en desarrollo en la Secretaría	La Asamblea de la Salud expresó su inquietud sobre el desajuste existente en la distribución de los puestos en la Secretaría de la OMS entre los países en desarrollo y desarrollados y la continua subrepresentación y falta de representación de varios países, en particular los países en desarrollo. Se aprobaron criterios y metas específicas para corregir dicha subrepresentación.	Debe darse preferencia a los candidatos de los países no representados e insuficientemente representados, en particular los países en desarrollo, en todas las categorías de puestos, especialmente de P.5 en adelante.

56<sup>a</sup> ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD

WHA56.1

Punto 13 del orden del día

21 de mayo de 2003

## Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco

La 56<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud,

Recordando sus resoluciones WHA49.17 y WHA52.18, en las que se pide que se elabore un convenio marco de la OMS para el control del tabaco de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 19 de la Constitución de la OMS;

Resuelta a proteger a las generaciones presentes y futuras del consumo de tabaco y de la exposición al humo de tabaco;

Observando con honda preocupación el importante aumento del número de personas que fuman o de alguna otra manera consumen tabaco en todo el mundo;

Reconociendo con beneplácito el informe del Presidente del Órgano de Negociación Intergubernamental acerca de los resultados de los trabajos de dicho Órgano;<sup>1</sup>

Convencida de que este convenio representa una iniciativa pionera para el progreso de la acción nacional, regional e internacional y la cooperación mundial encaminada a proteger a la salud humana de los efectos devastadores del consumo de tabaco y de la exposición al humo de tabaco, y consciente de que debe prestarse una atención especial a la situación particular de los países en desarrollo y de los países con economías en transición;

Subrayando la necesidad de una rápida entrada en vigor y una aplicación efectiva del convenio,

1. ADOPTA el Convenio anexo a la presente resolución;
2. OBSERVA, de acuerdo con lo estipulado en el artículo 34 del Convenio, que éste se hallará abierto a la firma en la sede de la OMS en Ginebra del 16 de junio de 2003 al 22 de junio de 2003, y posteriormente en la sede de las Naciones Unidas en Nueva York, del 30 de junio de 2003 al 29 de junio de 2004;
3. EXHORTA a todos los Estados y organizaciones de integración económica regional facultadas para ello a que consideren la posibilidad de firmar, ratificar, aceptar, aprobar y confirmar formalmente el Convenio o adherirse a él a la mayor brevedad, a fin de que entre en vigor lo antes posible;

---

<sup>1</sup> Documento A56/INF.DOC./7.

4. INSTA a todos los Estados y organizaciones de integración económica regional a que, a la espera de que entre en vigor el Convenio, adopten todas las medidas oportunas para frenar el consumo de tabaco y la exposición al humo de tabaco;
5. INSTA a todos los Estados Miembros, organizaciones de integración económica regional, observadores y demás partes interesadas a que apoyen las actividades preparatorias mencionadas en esta resolución y fomenten efectivamente la pronta entrada en vigor y la aplicación del Convenio;
6. EXHORTA a las Naciones Unidas e invita a otras organizaciones internacionales pertinentes a que sigan respaldando el fortalecimiento de los programas nacionales e internacionales de control del tabaco;
7. DECIDE establecer, con arreglo al artículo 42 del Reglamento Interior de la Asamblea de la Salud, un grupo de trabajo intergubernamental de composición abierta del que podrán formar parte todos los Estados y organizaciones de integración económica regional a que se refiere el artículo 34 del Convenio, para examinar y preparar propuestas acerca de las cuestiones que en el Convenio se considera que podrían ser objeto de examen en la primera reunión de la Conferencia de las Partes, o sobre las que ésta podría adoptar alguna decisión, según proceda; entre esas cuestiones habrían de figurar las siguientes:
  - 1) un reglamento interior de la Conferencia de las Partes (artículo 23.3), con inclusión de criterios para la participación de observadores en las reuniones de la Conferencia de las Partes (artículo 23.6);
  - 2) opciones para la designación de una secretaría permanente y disposiciones para su funcionamiento (artículo 24.1);
  - 3) normas de gestión financiera para la Conferencia de las Partes y sus órganos subsidiarios, y disposiciones financieras que rijan el funcionamiento de la secretaría (artículo 23.4);
  - 4) un proyecto de presupuesto para el primer ejercicio financiero (artículo 23.4);
  - 5) el examen de las fuentes y mecanismos existentes y potenciales de asistencia a las Partes para facilitar el cumplimiento de sus obligaciones en virtud del Convenio (artículo 26.5);
8. DECIDE ASIMISMO que el grupo de trabajo intergubernamental de composición abierta también supervise los preparativos de la primera reunión de la Conferencia de las Partes, y que le rinda cuentas directamente;
9. RESUELVE que las decisiones que ha adoptado el Órgano de Negociación Intergubernamental sobre el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco en relación con la participación de las organizaciones no gubernamentales se apliquen a las actividades del grupo de trabajo intergubernamental de composición abierta;
10. PIDE a la Directora General:
  - 1) que asegure las funciones de secretaría del Convenio hasta que se designe y establezca una secretaría permanente;
  - 2) que adopte las medidas necesarias para prestar apoyo a los Estados Miembros, en particular a los países en desarrollo y los países con economías en transición, en la preparación para la entrada en vigor del Convenio;

- 3) que convoque reuniones del grupo de trabajo intergubernamental de composición abierta, con la frecuencia que proceda, entre el 16 de junio de 2003 y la primera reunión de la Conferencia de las Partes;
- 4) que siga velando por que la OMS desempeñe un papel decisivo en la aportación de asesoramiento técnico, orientación y apoyo para el control mundial del tabaco;
- 5) que mantenga a la Asamblea de la Salud informada sobre los progresos realizados para la entrada en vigor del Convenio y sobre los preparativos de la primera reunión de la Conferencia de las Partes.

## ANEXO

### Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco

#### *Preámbulo*

Las Partes en el presente Convenio,

*Determinadas* a dar prioridad a su derecho de proteger la salud pública,

*Reconociendo* que la propagación de la epidemia de tabaquismo es un problema mundial con graves consecuencias para la salud pública, que requiere la más amplia cooperación internacional posible y la participación de todos los países en una respuesta internacional eficaz, apropiada e integral,

*Teniendo en cuenta* la inquietud de la comunidad internacional por las devastadoras consecuencias sanitarias, sociales, económicas y ambientales del consumo de tabaco y de la exposición al humo de tabaco en el mundo entero,

*Seramente preocupadas* por el aumento del consumo y de la producción de cigarrillos y otros productos de tabaco en el mundo entero, particularmente en los países en desarrollo, y por la carga que ello impone en las familias, los pobres y en los sistemas nacionales de salud,

*Reconociendo* que la ciencia ha demostrado inequívocamente que el consumo de tabaco y la exposición al humo de tabaco son causas de mortalidad, morbilidad y discapacidad, y que las enfermedades relacionadas con el tabaco no aparecen inmediatamente después de que se empieza a fumar o a estar expuesto al humo de tabaco, o a consumir de cualquier otra manera productos de tabaco,

*Reconociendo además* que los cigarrillos y algunos otros productos que contienen tabaco están diseñados de manera muy sofisticada con el fin de crear y mantener la dependencia, que muchos de los compuestos que contienen y el humo que producen son farmacológicamente activos, tóxicos, mutágenos y cancerígenos, y que la dependencia del tabaco figura como un trastorno aparte en las principales clasificaciones internacionales de enfermedades,

*Reconociendo también* que existen claras pruebas científicas de que la exposición prenatal al humo de tabaco genera condiciones adversas para la salud y el desarrollo del niño,

*Profundamente preocupadas* por el importante aumento del número de fumadores y de consumidores de tabaco en otras formas entre los niños y adolescentes en el mundo entero, y particularmente por el hecho de que se comience a fumar a edades cada vez más tempranas,

*Alarmadas* por el incremento del número de fumadoras y de consumidoras de tabaco en otras formas entre las mujeres y las niñas en el mundo entero y teniendo presente la necesidad de una plena participación de la mujer en todos los niveles de la formulación y aplicación de políticas, así como la necesidad de estrategias de control del tabaco específicas en función del género,

*Profundamente preocupadas* por el elevado número de miembros de pueblos indígenas que fuman o de alguna otra manera consumen tabaco,

*Seramente preocupadas* por el impacto de todas las formas de publicidad, promoción y patrocinio encaminadas a estimular el consumo de productos de tabaco,

*Reconociendo* que se necesita una acción cooperativa para eliminar toda forma de tráfico ilícito de cigarrillos y otros productos de tabaco, incluidos el contrabando, la fabricación ilícita y la falsificación,

*Reconociendo* que el control del tabaco en todos los niveles, y particularmente en los países en desarrollo y en los países con economías en transición, necesita de recursos financieros y técnicos suficientes adecuados a las necesidades actuales y previstas para las actividades de control del tabaco,

*Reconociendo* la necesidad de establecer mecanismos apropiados para afrontar las consecuencias sociales y económicas que tendrá a largo plazo el éxito de las estrategias de reducción de la demanda de tabaco,

*Conscientes* de las dificultades sociales y económicas que pueden generar a mediano y largo plazo los programas de control del tabaco en algunos países en desarrollo o con economías en transición, y reconociendo la necesidad de asistencia técnica y financiera en el contexto de las estrategias de desarrollo sostenible formuladas a nivel nacional,

*Conscientes* de la valiosa labor que sobre el control del tabaco llevan a cabo muchos Estados y destacando el liderazgo de la Organización Mundial de la Salud y los esfuerzos desplegados por otros organismos y órganos del sistema de las Naciones Unidas, así como por otras organizaciones intergubernamentales internacionales y regionales en el establecimiento de medidas de control del tabaco,

*Destacando* la contribución especial que las organizaciones no gubernamentales y otros miembros de la sociedad civil no afiliados a la industria del tabaco, entre ellos órganos de las profesiones sanitarias, asociaciones de mujeres, de jóvenes, de defensores del medio ambiente y de consumidores e instituciones docentes y de atención sanitaria, han aportado a las actividades de control del tabaco a nivel nacional e internacional, así como la importancia decisiva de su participación en las actividades nacionales e internacionales de control del tabaco,

*Reconociendo* la necesidad de mantener la vigilancia ante cualquier intento de la industria del tabaco de socavar o desvirtuar las actividades de control del tabaco, y la necesidad de estar informados de las actuaciones de la industria del tabaco que afecten negativamente a las actividades de control del tabaco,

*Recordando* el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 16 de diciembre de 1966, en el que se declara que toda persona tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental,

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

*Decididas* a promover medidas de control del tabaco basadas en consideraciones científicas, técnicas y económicas actuales y pertinentes,

*Recordando* que en la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 18 de diciembre de 1979, se

establece que los Estados Partes en dicha Convención adoptarán medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica,

*Recordando además* que en la Convención sobre los Derechos del Niño, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989, se establece que los Estados Partes en dicha Convención reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud,

*Han acordado* lo siguiente:

## PARTE I: INTRODUCCIÓN

### *Artículo 1*

#### *Lista de expresiones utilizadas*

Para los efectos del presente Convenio:

- a) «comercio ilícito» es toda práctica o conducta prohibida por la ley, relativa a la producción, envío, recepción, posesión, distribución, venta o compra, incluida toda práctica o conducta destinada a facilitar esa actividad;
- b) una «organización de integración económica regional» es una organización integrada por Estados soberanos a la que sus Estados Miembros han traspasado competencia respecto de una diversidad de asuntos, inclusive la facultad de adoptar decisiones vinculantes para sus Estados Miembros en relación con dichos asuntos;<sup>1</sup>
- c) por «publicidad y promoción del tabaco» se entiende toda forma de comunicación, recomendación o acción comercial con el fin, el efecto o el posible efecto de promover directa o indirectamente un producto de tabaco o el uso de tabaco;
- d) el «control del tabaco» comprende diversas estrategias de reducción de la oferta, la demanda y los daños con objeto de mejorar la salud de la población eliminando o reduciendo su consumo de productos de tabaco y su exposición al humo de tabaco;
- e) la «industria tabacalera» abarca a los fabricantes, distribuidores mayoristas e importadores de productos de tabaco;
- f) la expresión «productos de tabaco» abarca los productos preparados totalmente o en parte utilizando como materia prima hojas de tabaco y destinados a ser fumados, chupados, mascados o utilizados como rapé;
- g) por «patrocinio del tabaco» se entiende toda forma de contribución a cualquier acto, actividad o individuo con el fin, el efecto o el posible efecto de promover directa o indirectamente un producto de tabaco o el uso de tabaco.

---

<sup>1</sup> Cuando proceda, el término «nacional» se referirá a las organizaciones de integración económica regionales.

## **Artículo 2**

### *Relación entre el presente Convenio y otros acuerdos e instrumentos jurídicos*

1. Para proteger mejor la salud humana, se alienta a las Partes a que apliquen medidas que vayan más allá de las estipuladas por el presente Convenio y sus protocolos, y nada en estos instrumentos impedirá que una Parte imponga exigencias más estrictas que sean compatibles con sus disposiciones y conformes al derecho internacional.
2. Las disposiciones del Convenio y de sus protocolos no afectarán en modo alguno al derecho de las Partes a concertar acuerdos bilaterales o multilaterales, incluso acuerdos regionales o subregionales, sobre cuestiones relacionadas con el Convenio y sus protocolos o sobre cuestiones adicionales, a condición de que dichos acuerdos sean compatibles con sus obligaciones establecidas por el presente Convenio y sus protocolos. Las Partes interesadas notificarán esos acuerdos a la Conferencia de las Partes por conducto de la Secretaría.

## **PARTE II: OBJETIVO, PRINCIPIOS BÁSICOS Y OBLIGACIONES GENERALES**

### **Artículo 3**

#### *Objetivo*

El objetivo de este Convenio y de sus protocolos es proteger a las generaciones presentes y futuras contra las devastadoras consecuencias sanitarias, sociales, ambientales y económicas del consumo de tabaco y de la exposición al humo de tabaco proporcionando un marco para las medidas de control del tabaco que habrán de aplicar las Partes a nivel nacional, regional e internacional a fin de reducir de manera continua y sustancial la prevalencia del consumo de tabaco y la exposición al humo de tabaco.

### **Artículo 4**

#### *Principios básicos*

Para alcanzar los objetivos del Convenio y de sus protocolos y aplicar sus disposiciones, las Partes se guiarán, entre otros, por los principios siguientes:

1. Todos deben estar informados de las consecuencias sanitarias, la naturaleza adictiva y la amenaza mortal del consumo de tabaco y de la exposición al humo de tabaco y se deben contemplar en el nivel gubernamental apropiado medidas legislativas, ejecutivas, administrativas u otras medidas para proteger a todas las personas del humo de tabaco.
2. Se requiere un compromiso político firme para establecer y respaldar, a nivel nacional, regional e internacional, medidas multisectoriales integrales y respuestas coordinadas, tomando en consideración lo siguiente:
  - a) la necesidad de adoptar medidas para proteger a todas las personas de la exposición al humo de tabaco;
  - b) la necesidad de adoptar medidas para prevenir el inicio, promover y apoyar el abandono y lograr una reducción del consumo de productos de tabaco en cualquiera de sus formas;



- c) la necesidad de adoptar medidas para promover la participación de las personas y comunidades indígenas en la elaboración, puesta en práctica y evaluación de programas de control del tabaco que sean socialmente y culturalmente apropiados para sus necesidades y perspectivas; y
- d) la necesidad de adoptar medidas para que, cuando se elaboren estrategias de control del tabaco, se tengan en cuenta los riesgos relacionados específicamente con el género.
3. La cooperación internacional, particularmente la transferencia de tecnología, conocimientos y asistencia financiera, así como la prestación de asesoramiento especializado, con el objetivo de establecer y aplicar programas eficaces de control del tabaco tomando en consideración los factores culturales, sociales, económicos, políticos y jurídicos locales es un elemento importante del presente Convenio.
4. Se deben adoptar a nivel nacional, regional e internacional medidas y respuestas multisectoriales integrales para reducir el consumo de todos los productos de tabaco, a fin de prevenir, de conformidad con los principios de la salud pública, la incidencia de las enfermedades, la discapacidad prematura y la mortalidad debidas al consumo de tabaco y a la exposición al humo de tabaco.
5. Las cuestiones relacionadas con la responsabilidad, según determine cada Parte en su jurisdicción, son un aspecto importante del control total del tabaco.
6. Se debe reconocer y abordar la importancia de la asistencia técnica y financiera para ayudar a realizar la transición económica a los cultivadores y trabajadores cuyos medios de vida queden gravemente afectados como consecuencia de los programas de control del tabaco, en las Partes que sean países en desarrollo y en las que tengan economías en transición, y ello se debe hacer en el contexto de estrategias nacionales de desarrollo sostenible.
7. La participación de la sociedad civil es esencial para conseguir el objetivo del Convenio y de sus protocolos.

### **Artículo 5**

#### *Obligaciones generales*

1. Cada Parte formulará, aplicará, actualizará periódicamente y revisará estrategias, planes y programas nacionales multisectoriales integrales de control del tabaco, de conformidad con las disposiciones del presente Convenio y de los protocolos a los que se haya adherido.
2. Con ese fin, cada Parte, con arreglo a su capacidad:
- a) establecerá o reforzará y financiará un mecanismo coordinador nacional o centros de coordinación para el control del tabaco; y
- b) adoptará y aplicará medidas legislativas, ejecutivas, administrativas y/o otras medidas eficaces y cooperará, según proceda, con otras Partes en la elaboración de políticas apropiadas para prevenir y reducir el consumo de tabaco, la adicción a la nicotina y la exposición al humo de tabaco.
3. A la hora de establecer y aplicar sus políticas de salud pública relativas al control del tabaco, las Partes actuarán de una manera que proteja dichas políticas contra los intereses comerciales y otros intereses creados de la industria tabacalera, de conformidad con la legislación nacional.

4. Las Partes cooperarán en la formulación de propuestas sobre medidas, procedimientos y directrices para la aplicación del Convenio y de los protocolos a los que se hayan adherido.
5. Las Partes cooperarán según proceda con las organizaciones intergubernamentales internacionales y regionales y otros órganos competentes para alcanzar los objetivos del Convenio y de los protocolos a los que se hayan adherido.
6. Las Partes, con arreglo a los medios y recursos de que dispongan, cooperarán a fin de obtener recursos financieros para aplicar efectivamente el Convenio mediante mecanismos de financiamiento bilaterales y multilaterales.

### **PARTE III: MEDIDAS RELACIONADAS CON LA REDUCCIÓN DE LA DEMANDA DE TABACO**

#### *Artículo 6*

##### *Medidas relacionadas con los precios e impuestos para reducir la demanda de tabaco*

1. Las Partes reconocen que las medidas relacionadas con los precios e impuestos son un medio eficaz e importante para que diversos sectores de la población, en particular los jóvenes, reduzcan su consumo de tabaco.
2. Sin perjuicio del derecho soberano de las Partes a decidir y establecer su propia política tributaria, cada Parte tendrá en cuenta sus objetivos nacionales de salud en lo referente al control del tabaco y adoptará o mantendrá, según proceda, medidas como las siguientes:
  - a) aplicar a los productos de tabaco políticas tributarias y, si corresponde, políticas de precios para contribuir al logro de los objetivos de salud tendentes a reducir el consumo de tabaco; y
  - b) prohibir o restringir, según proceda, la venta y/o la importación de productos de tabaco libres de impuestos y libres de derechos de aduana por los viajeros internacionales.
3. De conformidad con el artículo 21, en sus informes periódicos a la Conferencia de las Partes, éstas comunicarán las tasas impositivas aplicadas a los productos de tabaco y las tendencias del consumo de dichos productos.

#### *Artículo 7*

##### *Medidas no relacionadas con los precios para reducir la demanda de tabaco*

Las Partes reconocen que las medidas integrales no relacionadas con los precios son un medio eficaz e importante para reducir el consumo de tabaco. Cada Parte adoptará y aplicará medidas legislativas, ejecutivas, administrativas u otras medidas eficaces que sean necesarias para el cumplimiento de sus obligaciones dimanantes de los artículos 8 a 13 y cooperará con las demás Partes según proceda, directamente o por intermedio de los organismos internacionales competentes, con miras a su cumplimiento. La Conferencia de las Partes propondrá directrices apropiadas para la aplicación de lo dispuesto en esos artículos.

### **Artículo 8**

#### *Protección contra la exposición al humo de tabaco*

1. Las Partes reconocen que la ciencia ha demostrado de manera inequívoca que la exposición al humo de tabaco es causa de mortalidad, morbilidad y discapacidad.
2. Cada Parte adoptará y aplicará, en áreas de la jurisdicción nacional existente y conforme determine la legislación nacional, medidas legislativas, ejecutivas, administrativas y/u otras medidas eficaces de protección contra la exposición al humo de tabaco en lugares de trabajo interiores, medios de transporte público, lugares públicos cerrados y, según proceda, otros lugares públicos, y promoverá activamente la adopción y aplicación de esas medidas en otros niveles jurisdiccionales.

### **Artículo 9**

#### *Reglamentación del contenido de los productos de tabaco*

La Conferencia de las Partes, en consulta con los órganos internacionales competentes, propondrá directrices sobre el análisis y la medición del contenido y las emisiones de los productos de tabaco y sobre la reglamentación de esos contenidos y emisiones. Cada Parte adoptará y aplicará medidas legislativas, ejecutivas y administrativas u otras medidas eficaces aprobadas por las autoridades nacionales competentes para que se lleven a la práctica dichos análisis y mediciones y esa reglamentación.

### **Artículo 10**

#### *Reglamentación de la divulgación de información sobre los productos de tabaco*

Cada Parte adoptará y aplicará, de conformidad con su legislación nacional, medidas legislativas, ejecutivas, administrativas u otras medidas eficaces para exigir que los fabricantes e importadores de productos de tabaco revelen a las autoridades gubernamentales la información relativa al contenido y las emisiones de los productos de tabaco. Cada Parte adoptará y aplicará asimismo medidas eficaces para que se revele al público la información relativa a los componentes tóxicos de los productos de tabaco y las emisiones que éstos pueden producir.

### **Artículo 11**

#### *Empaquetado y etiquetado de los productos de tabaco*

1. Cada Parte, dentro de un periodo de tres años a partir de la entrada en vigor del Convenio para esa Parte, adoptará y aplicará, de conformidad con su legislación nacional, medidas eficaces para conseguir lo siguiente:
  - a) que en los paquetes y etiquetas de los productos de tabaco no se promocióne un producto de tabaco de manera falsa, equívoca o engañosa o que pueda inducir a error con respecto a sus características, efectos para la salud, riesgos o emisiones, y no se empleen términos, elementos descriptivos, marcas de fábrica o de comercio, signos figurativos o de otra clase que tengan el efecto directo o indirecto de crear la falsa impresión de que un determinado producto de tabaco es menos nocivo que otros, por ejemplo expresiones tales como «con bajo contenido de alquitrán», «ligeros», «ultra ligeros» o «suaves»; y
  - b) que en todos los paquetes y envases de productos de tabaco y en todo empaquetado y etiquetado externos de los mismos figuren también advertencias sanitarias que describan los efectos noci-

vos del consumo de tabaco, y que puedan incluirse otros mensajes apropiados. Dichas advertencias y mensajes:

- i)* serán aprobados por las autoridades nacionales competentes;
- ii)* serán rotativos;
- iii)* serán grandes, claros, visibles y legibles;
- iv)* deberían ocupar el 50% o más de las superficies principales expuestas y en ningún caso menos del 30% de las superficies principales expuestas;
- v)* podrán consistir en imágenes o pictogramas, o incluirlos.

2. Todos los paquetes y envases de productos de tabaco y todo empaquetado y etiquetado externos de los mismos, además de las advertencias especificadas en el párrafo 1(*b*) de este artículo, contendrán información sobre los componentes pertinentes de los productos de tabaco y de sus emisiones de conformidad con lo definido por las autoridades nacionales.

3. Cada Parte exigirá que las advertencias y la información textual especificadas en los párrafos 1(*b*) y 2 del presente artículo figuren en todos los paquetes y envases de productos de tabaco y en todo empaquetado y etiquetado externos de los mismos en su idioma o idiomas principales.

4. A efectos del presente artículo, la expresión «empaquetado y etiquetado externos» en relación con los productos de tabaco se aplica a todo envasado y etiquetado utilizados en la venta al por menor del producto.

## **Artículo 12**

### *Educación, comunicación, formación y concientización del público*

Cada Parte promoverá y fortalecerá la concientización del público acerca de las cuestiones relativas al control del tabaco utilizando de forma apropiada todos los instrumentos de comunicación disponibles. Con ese fin, cada Parte adoptará y aplicará medidas legislativas, ejecutivas, administrativas u otras medidas eficaces para promover lo siguiente:

- a)* un amplio acceso a programas integrales y eficaces de educación y concientización del público sobre los riesgos que acarrearán para la salud el consumo de tabaco y la exposición al humo de tabaco, incluidas sus propiedades adictivas;
- b)* la concientización del público acerca de los riesgos que acarrearán para la salud el consumo de tabaco y la exposición al humo de tabaco, así como de los beneficios que reportan el abandono de dicho consumo y los modos de vida sin tabaco, conforme a lo especificado en el párrafo 2 del artículo 14;
- c)* el acceso del público, de conformidad con la legislación nacional, a una amplia variedad de información sobre la industria tabacalera que revista interés para el objetivo del presente Convenio;
- d)* programas eficaces y apropiados de formación o sensibilización y concientización sobre el control del tabaco dirigidos a personas tales como profesionales de la salud, trabajadores de la co-

munidad, asistentes sociales, profesionales de la comunicación, educadores, responsables de las políticas, administradores y otras personas interesadas;

e) la concientización y la participación de organismos públicos y privados y organizaciones no gubernamentales no asociadas a la industria tabacalera en la elaboración y aplicación de programas y estrategias intersectoriales de control del tabaco; y

f) el conocimiento público y el acceso a la información sobre las consecuencias sanitarias, económicas y ambientales adversas de la producción y el consumo de tabaco.

### **Artículo 13**

#### *Publicidad, promoción y patrocinio del tabaco*

1. Las Partes reconocen que una prohibición total de la publicidad, la promoción y el patrocinio reduciría el consumo de productos de tabaco.

2. Cada Parte, de conformidad con su constitución o sus principios constitucionales, procederá a una prohibición total de toda forma de publicidad, promoción y patrocinio del tabaco. Dicha prohibición comprenderá, de acuerdo con el entorno jurídico y los medios técnicos de que disponga la Parte en cuestión, una prohibición total de la publicidad, la promoción y el patrocinio transfronterizos originados en su territorio. A este respecto, cada Parte, dentro de un plazo de cinco años a partir de la entrada en vigor del Convenio para la Parte en cuestión, adoptará medidas legislativas, ejecutivas, administrativas u otras medidas apropiadas e informará en consecuencia de conformidad con el artículo 21.

3. La Parte que no esté en condiciones de proceder a una prohibición total debido a las disposiciones de su constitución o sus principios constitucionales aplicará restricciones a toda forma de publicidad, promoción y patrocinio del tabaco. Dichas restricciones comprenderán, de acuerdo con el entorno jurídico y los medios técnicos de que disponga la Parte en cuestión, la restricción o una prohibición total de la publicidad, la promoción y el patrocinio originados en su territorio que tengan efectos transfronterizos. A este respecto, cada Parte adoptará medidas legislativas, ejecutivas, administrativas u otras medidas apropiadas e informará en consecuencia de conformidad con el artículo 21.

4. Como mínimo, y de conformidad con su constitución o sus principios constitucionales, cada Parte:

a) prohibirá toda forma de publicidad, promoción y patrocinio del tabaco que promueva un producto de tabaco por cualquier medio que sea falso, equívoco o engañoso en alguna otra forma o que pueda crear una impresión errónea con respecto a sus características, efectos para la salud, riesgos o emisiones;

b) exigirá que toda publicidad de tabaco y, según proceda, su promoción y patrocinio, vaya acompañada de una advertencia o mensaje sanitario o de otro tipo pertinente;

c) restringirá el uso de incentivos directos o indirectos que fomenten la compra de productos de tabaco por parte de la población;

d) exigirá, si no ha adoptado una prohibición total, que se revelen a las autoridades gubernamentales competentes los gastos efectuados por la industria del tabaco en actividades de publicidad, promoción y patrocinio aún no prohibidas. Dichas autoridades podrán decidir que esas cifras, a re-

serva de lo dispuesto en la legislación nacional, se pongan a disposición del público y de la Conferencia de las Partes de conformidad con el artículo 21;

e) procederá dentro de un plazo de cinco años a una prohibición total o, si la Parte no puede imponer una prohibición total debido a su constitución o sus principios constitucionales, a la restricción de la publicidad, la promoción y el patrocinio por radio, televisión, medios impresos y, según proceda, otros medios, como Internet; y

f) prohibirá o, si la Parte no puede imponer la prohibición debido a su constitución o sus principios constitucionales, restringirá el patrocinio de acontecimientos y actividades internacionales o de participantes en las mismas por parte de empresas tabacaleras.

5. Se alienta a las Partes a que pongan en práctica medidas que vayan más allá de las obligaciones establecidas en el párrafo 4.

6. Las Partes cooperarán en el desarrollo de tecnologías y de otros medios necesarios para facilitar la eliminación de la publicidad transfronteriza.

7. Las Partes que hayan prohibido determinadas formas de publicidad, promoción y patrocinio del tabaco tendrán el derecho soberano de prohibir las formas de publicidad, promoción y patrocinio transfronterizos de productos de tabaco que penetren en su territorio, así como de imponerles las mismas sanciones previstas para la publicidad, la promoción y el patrocinio que se originen en su territorio, de conformidad con la legislación nacional. El presente párrafo no respalda ni aprueba ninguna sanción en particular.

8. Las Partes considerarán la elaboración de un protocolo en el cual se establezcan medidas apropiadas que requieran colaboración internacional para prohibir completamente la publicidad, la promoción y el patrocinio transfronterizos.

#### **Artículo 14**

##### *Medidas de reducción de la demanda relativas a la dependencia y al abandono del tabaco*

1. Cada Parte elaborará y difundirá directrices apropiadas, completas e integradas, basadas en pruebas científicas y en las mejores prácticas, teniendo presentes las circunstancias y prioridades nacionales, y adoptará medidas eficaces para promover el abandono del consumo de tabaco y el tratamiento adecuado de la dependencia del tabaco.

2. Con ese fin, cada Parte procurará lo siguiente:

a) idear y aplicar programas eficaces de promoción del abandono del consumo de tabaco en lugares tales como instituciones docentes, unidades de salud, lugares de trabajo y entornos deportivos;

b) incorporar el diagnóstico y el tratamiento de la dependencia del tabaco y servicios de asesoramiento sobre el abandono del tabaco en programas, planes y estrategias nacionales de salud y educación, con la participación de profesionales de la salud, trabajadores comunitarios y asistentes sociales, según proceda;

c) establecer en los centros de salud y de rehabilitación programas de diagnóstico, asesoramiento, prevención y tratamiento de la dependencia del tabaco; y

d) colaborar con otras Partes para facilitar la accesibilidad y asequibilidad de los tratamientos de la dependencia del tabaco, incluidos productos farmacéuticos, de conformidad con el artículo 22. Dichos productos y sus componentes pueden ser medicamentos, productos usados para administrar medicamentos y medios diagnósticos cuando proceda.

#### **PARTE IV: MEDIDAS RELACIONADAS CON LA REDUCCIÓN DE LA OFERTA DE TABACO**

##### ***Artículo 15***

##### *Comercio ilícito de productos de tabaco<sup>1</sup>*

1. Las Partes reconocen que la eliminación de todas las formas de comercio ilícito de productos de tabaco, como el contrabando, la fabricación ilícita y la falsificación, y la elaboración y aplicación a este respecto de una legislación nacional y de acuerdos subregionales, regionales y mundiales son componentes esenciales del control del tabaco.

2. Cada Parte adoptará y aplicará medidas legislativas, ejecutivas, administrativas u otras medidas eficaces para que todos los paquetes o envases de productos de tabaco y todo empaquetado externo de dichos productos lleven una indicación que ayude a las Partes a determinar el origen de los productos de tabaco y, de conformidad con la legislación nacional y los acuerdos bilaterales o multilaterales pertinentes, ayude a las Partes a determinar el punto de desviación y a vigilar, documentar y controlar el movimiento de los productos de tabaco y su situación legal. Además, cada Parte:

a) exigirá que todos los paquetes y envases de productos de tabaco para uso al detalle y al por mayor que se vendan en su mercado interno lleven la declaración: «*Venta autorizada únicamente en (insertar el nombre del país o de la unidad subnacional, regional o federal)*», o lleven cualquier otra indicación útil en la que figure el destino final o que ayude a las autoridades a determinar si está legalmente autorizada la venta del producto en el mercado interno; y

b) examinará, según proceda, la posibilidad de establecer un régimen práctico de seguimiento y localización que dé más garantías al sistema de distribución y ayude en la investigación del comercio ilícito.

3. Cada Parte exigirá que la información o las indicaciones que ha de llevar el empaquetado según el párrafo 2 del presente artículo figuren en forma legible y/o en el idioma o los idiomas principales del país.

4. Con miras a eliminar el comercio ilícito de productos de tabaco, cada Parte:

a) hará un seguimiento del comercio transfronterizo de productos de tabaco, incluido el comercio ilícito, reunirá datos sobre el particular e intercambiará información entre autoridades aduaneras, tributarias y otras autoridades, según proceda y de conformidad con la legislación nacional y los acuerdos bilaterales o multilaterales pertinentes aplicables;

---

<sup>1</sup> Durante todo el proceso de prenegociación y negociación del Convenio Marco se ha debatido extensamente la posibilidad de adoptar pronto un protocolo sobre el comercio ilícito de productos de tabaco. El ONI podría iniciar la negociación de dicho protocolo inmediatamente después de la adopción del Convenio Marco, o podría hacerlo la Conferencia de las Partes en una etapa posterior.

- b) promulgará o fortalecerá legislación, con sanciones y recursos apropiados, contra el comercio ilícito de productos de tabaco, incluidos los cigarrillos falsificados y de contrabando;
  - c) adoptará medidas apropiadas para garantizar que todos los cigarrillos y productos de tabaco falsificados y de contrabando y todo equipo de fabricación de éstos que se hayan decomisado se destruyan aplicando métodos inocuos para el medio ambiente cuando sea factible, o se eliminen de conformidad con la legislación nacional;
  - d) adoptará y aplicará medidas para vigilar, documentar y controlar el almacenamiento y la distribución de productos de tabaco que se encuentren o se desplacen en su jurisdicción en régimen de suspensión de impuestos o derechos; y
  - e) adoptará las medidas que proceda para posibilitar la incautación de los beneficios derivados del comercio ilícito de productos de tabaco.
5. La información recogida con arreglo a lo dispuesto en los párrafos 4(a) y 4(d) del presente artículo será transmitida, según proceda, en forma global por las Partes en sus informes periódicos a la Conferencia de las Partes, de conformidad con el artículo 21.
6. Las Partes promoverán, según proceda y conforme a la legislación nacional, la cooperación entre los organismos nacionales, así como entre las organizaciones intergubernamentales regionales e internacionales pertinentes, en lo referente a investigaciones, enjuiciamientos y procedimientos judiciales con miras a eliminar el comercio ilícito de productos de tabaco. Se prestará especial atención a la cooperación a nivel regional y subregional para combatir el comercio ilícito de productos de tabaco.
7. Cada Parte procurará adoptar y aplicar medidas adicionales, como la expedición de licencias, cuando proceda, para controlar o reglamentar la producción y distribución de los productos de tabaco a fin de prevenir el comercio ilícito.

### **Artículo 16**

#### *Ventas a menores y por menores*

1. Cada Parte adoptará y aplicará en el nivel gubernamental apropiado medidas legislativas, ejecutivas, administrativas u otras medidas eficaces para prohibir la venta de productos de tabaco a los menores de la edad que determine la legislación interna, la legislación nacional o a los menores de 18 años. Dichas medidas podrán consistir en lo siguiente:
- a) exigir que todos los vendedores de productos de tabaco indiquen, en un anuncio claro y destacado situado en el interior de su local, la prohibición de la venta de productos de tabaco a los menores y, en caso de duda, soliciten que cada comprador de tabaco demuestre que ha alcanzado la mayoría de edad;
  - b) prohibir que los productos de tabaco en venta estén directamente accesibles, como en los estantes de los almacenes;
  - c) prohibir la fabricación y venta de dulces, refrigerios, juguetes y otros objetos que tengan forma de productos de tabaco y puedan resultar atractivos para los menores; y



- d) garantizar que las máquinas expendedoras de tabaco bajo su jurisdicción no sean accesibles a los menores y no promuevan la venta de productos de tabaco a los menores.
2. Cada Parte prohibirá o promoverá la prohibición de la distribución gratuita de productos de tabaco al público y especialmente a los menores.
  3. Cada Parte procurará prohibir la venta de cigarrillos sueltos o en paquetes pequeños que vuelvan más asequibles esos productos a los menores de edad.
  4. Las Partes reconocen que, para que sean más eficaces, las medidas encaminadas a impedir la venta de productos de tabaco a los menores de edad deben aplicarse, cuando proceda, conjuntamente con otras disposiciones previstas en el presente Convenio.
  5. A la hora de firmar, ratificar, aceptar o aprobar el presente Convenio o de adherirse al mismo, o en cualquier otro momento posterior, toda Parte podrá indicar mediante una declaración escrita que se compromete a prohibir la introducción de máquinas expendedoras de tabaco dentro de su jurisdicción o, según proceda, a prohibir completamente las máquinas expendedoras de tabaco. El Depositario distribuirá a todas las Partes en el Convenio las declaraciones que se formulen de conformidad con el presente artículo.
  6. Cada Parte adoptará y aplicará medidas legislativas, ejecutivas, administrativas u otras medidas eficaces, con inclusión de sanciones contra los vendedores y distribuidores, para asegurar el cumplimiento de las obligaciones establecidas en los párrafos 1 a 5 del presente artículo.
  7. Cada Parte debería adoptar y aplicar, según proceda, medidas legislativas, ejecutivas, administrativas u otras medidas eficaces para prohibir la venta de productos de tabaco por personas de una edad menor a la establecida en la legislación interna, la legislación nacional o por menores de 18 años.

### **Artículo 17**

#### *Apoyo a actividades alternativas económicamente viables*

Las Partes, en cooperación entre sí y con las organizaciones intergubernamentales internacionales y regionales competentes, promoverán según proceda alternativas económicamente viables para los trabajadores, los cultivadores y eventualmente, los pequeños vendedores de tabaco.

## **PARTE V: PROTECCIÓN DEL MEDIO AMBIENTE**

### **Artículo 18**

#### *Protección del medio ambiente y de la salud de las personas*

En cumplimiento de sus obligaciones establecidas en el presente Convenio, las Partes acuerdan prestar debida atención a la protección ambiental y a la salud de las personas en relación con el medio ambiente por lo que respecta al cultivo de tabaco y a la fabricación de productos de tabaco, en sus respectivos territorios.

## PARTE VI: CUESTIONES RELACIONADAS CON LA RESPONSABILIDAD

### *Artículo 19*

#### *Responsabilidad*

1. Con fines de control del tabaco, las Partes considerarán la adopción de medidas legislativas o la promoción de sus leyes vigentes, cuando sea necesario, para ocuparse de la responsabilidad penal y civil, inclusive la compensación cuando proceda.
2. Las Partes cooperarán entre sí en el intercambio de información por intermedio de la Conferencia de las Partes, de conformidad con el artículo 21, a saber:
  - a) información, de conformidad con el párrafo 3(a) del artículo 20, sobre los efectos en la salud del consumo de productos de tabaco y la exposición al humo de tabaco; y
  - b) información sobre la legislación y los reglamentos vigentes y sobre la jurisprudencia pertinente.
3. Las Partes, según proceda y según hayan acordado entre sí, dentro de los límites de la legislación, las políticas y las prácticas jurídicas nacionales, así como de los tratados vigentes aplicables, se prestarán recíprocamente ayuda en los procedimientos judiciales relativos a la responsabilidad civil y penal, de forma coherente con el presente Convenio.
4. El Convenio no afectará en absoluto a los derechos de acceso de las Partes a los tribunales de las otras Partes, donde existan esos derechos, ni los limitará en modo alguno.
5. La Conferencia de las Partes podrá considerar, si es posible, en una etapa temprana, teniendo en cuenta los trabajos en curso en foros internacionales pertinentes, cuestiones relacionadas con la responsabilidad, incluidos enfoques internacionales apropiados de dichas cuestiones y medios idóneos para apoyar a las Partes, cuando así lo soliciten, en sus actividades legislativas o de otra índole de conformidad con el presente artículo.

## PARTE VII: COOPERACIÓN TÉCNICA Y CIENTÍFICA Y COMUNICACIÓN DE INFORMACIÓN

### *Artículo 20*

#### *Investigación, vigilancia e intercambio de información*

1. Las Partes se comprometen a elaborar y promover investigaciones nacionales y a coordinar programas de investigación regionales e internacionales sobre control del tabaco. Con ese fin, cada Parte:
  - a) iniciará, directamente o por conducto de organizaciones intergubernamentales internacionales y regionales y de otros órganos competentes, investigaciones y evaluaciones científicas, cooperará en ellas y promoverá y alentará así investigaciones que aborden los factores determinantes y las consecuencias del consumo de tabaco y de la exposición al humo de tabaco e investigaciones tendientes a identificar cultivos alternativos; y

- b) promoverá y fortalecerá, con el respaldo de organizaciones intergubernamentales internacionales y regionales y de otros órganos competentes, la capacitación y el apoyo destinados a todos los que se ocupen de actividades de control del tabaco, incluidas la investigación, la ejecución y la evaluación.
2. Las Partes establecerán, según proceda, programas de vigilancia nacional, regional y mundial de la magnitud, las pautas, los determinantes y las consecuencias del consumo de tabaco y de la exposición al humo de tabaco. Con ese fin, las Partes integrarán programas de vigilancia del tabaco en los programas nacionales, regionales y mundiales de vigilancia sanitaria para que los datos se puedan cotejar y analizar a nivel regional e internacional, según proceda.
3. Las Partes reconocen la importancia de la asistencia financiera y técnica de las organizaciones intergubernamentales internacionales y regionales y de otros órganos. Cada Parte procurará:
- a) establecer progresivamente un sistema nacional de vigilancia epidemiológica del consumo de tabaco y de los indicadores sociales, económicos y de salud conexos;
- b) cooperar con organizaciones intergubernamentales internacionales y regionales y con otros órganos competentes, incluidos organismos gubernamentales y no gubernamentales, en la vigilancia regional y mundial del tabaco y en el intercambio de información sobre los indicadores especificados en el párrafo 3(a) del presente artículo; y
- c) cooperar con la Organización Mundial de la Salud en la elaboración de directrices o procedimientos de carácter general para definir la recopilación, el análisis y la difusión de datos de vigilancia relacionados con el tabaco.
4. Las Partes, con arreglo a la legislación nacional, promoverán y facilitarán el intercambio de información científica, técnica, socioeconómica, comercial y jurídica de dominio público, así como de información sobre las prácticas de la industria tabacalera y sobre el cultivo de tabaco, que sea pertinente para este Convenio, y al hacerlo tendrán en cuenta y abordarán las necesidades especiales de las Partes que sean países en desarrollo o tengan economías en transición. Cada Parte procurará:
- a) establecer progresivamente y mantener una base de datos actualizada sobre las leyes y reglamentos de control del tabaco y, según proceda, información sobre su aplicación, así como sobre la jurisprudencia pertinente, y cooperar en la elaboración de programas de control del tabaco a nivel regional y mundial;
- b) compilar progresivamente y actualizar datos procedentes de los programas nacionales de vigilancia, de conformidad con el párrafo 3(a) del presente artículo; y
- c) cooperar con organizaciones internacionales competentes para establecer progresivamente y mantener un sistema mundial con objeto de reunir regularmente y difundir información sobre la producción y manufactura del tabaco y sobre las actividades de la industria tabacalera que tengan repercusiones para este Convenio o para las actividades nacionales de control del tabaco.
5. Las Partes deberán cooperar en las organizaciones intergubernamentales regionales e internacionales y en las instituciones financieras y de desarrollo a que pertenezcan, a fin de fomentar y alentar el suministro de recursos técnicos y financieros a la Secretaría del Convenio para ayudar a las Partes que sean paí-

ses en desarrollo o tengan economías en transición a cumplir con sus compromisos de vigilancia, investigación e intercambio de información.

### **Artículo 21**

#### *Presentación de informes e intercambio de información*

1. Cada Parte presentará a la Conferencia de las Partes, por conducto de la Secretaría, informes periódicos sobre su aplicación del Convenio, que deberían incluir lo siguiente:
  - a) información sobre las medidas legislativas, ejecutivas, administrativas o de otra índole adoptadas para aplicar el Convenio;
  - b) información, según proceda, sobre toda limitación u obstáculo surgido en la aplicación del Convenio y sobre las medidas adoptadas para superar esos obstáculos;
  - c) información, según proceda, sobre la ayuda financiera o técnica suministrada o recibida para actividades de control del tabaco;
  - d) información sobre la vigilancia y la investigación especificadas en el artículo 20; y
  - e) información conforme a lo especificado en los artículos 6.3, 13.2, 13.3, 13.4(d), 15.5 y 19.2.
2. La frecuencia y la forma de presentación de esos informes de todas las Partes serán determinadas por la Conferencia de las Partes. Cada Parte elaborará su informe inicial en el término de los dos años siguientes a la entrada en vigor de este Convenio para dicha Parte.
3. La Conferencia de las Partes, de conformidad con los artículos 22 y 26, considerará mecanismos para ayudar a las Partes que sean países en desarrollo o tengan economías en transición, a petición de esas Partes, a cumplir con sus obligaciones estipuladas en este artículo.
4. La presentación de informes y el intercambio de información previstos en el presente Convenio estarán sujetos a la legislación nacional relativa a la confidencialidad y la privacidad. Las Partes protegerán, según decidan de común acuerdo, toda información confidencial que se intercambie.

### **Artículo 22**

#### *Cooperación científica, técnica y jurídica y prestación de asesoramiento especializado*

1. Las Partes cooperarán directamente o por conducto de los organismos internacionales competentes a fin de fortalecer su capacidad para cumplir las obligaciones dimanantes de este Convenio, teniendo en cuenta las necesidades de las Partes que sean países en desarrollo o tengan economías en transición. Esa cooperación promoverá la transferencia de conocimientos técnicos, científicos y jurídicos especializados y de tecnología, según se haya decidido de común acuerdo, con objeto de establecer y fortalecer estrategias, planes y programas nacionales de control del tabaco encaminados, entre otras cosas, a lo siguiente:
  - a) facilitar el desarrollo, la transferencia y la adquisición de tecnología, conocimiento, aptitudes, capacidad y competencia técnica relacionados con el control del tabaco;

- b) prestar asesoramiento técnico, científico, jurídico y de otra índole a fin de establecer y fortalecer estrategias, planes y programas nacionales de control del tabaco, con miras a la aplicación del Convenio mediante, entre otras cosas, lo siguiente:
- i) ayuda, cuando así se solicite, para crear una sólida base legislativa, así como programas técnicos, en particular programas de prevención del inicio del consumo de tabaco, promoción del abandono del tabaco y protección contra la exposición al humo de tabaco;
  - ii) ayuda, según proceda, a los trabajadores del sector del tabaco para desarrollar de manera económicamente viable medios de subsistencia alternativos apropiados que sean económicamente y legalmente viables;
  - iii) ayuda, según proceda, a los cultivadores de tabaco para llevar a efecto la transición de la producción agrícola hacia cultivos alternativos de manera económicamente viable;
- c) respaldar programas de formación o sensibilización apropiados para el personal pertinente, según lo dispuesto en el artículo 12;
- d) proporcionar, según proceda, el material, el equipo y los suministros necesarios, así como apoyo logístico, para las estrategias, planes y programas de control del tabaco;
- e) determinar métodos de control del tabaco, incluido el tratamiento integral de la adicción a la nicotina; y
- f) promover, según proceda, investigaciones encaminadas a mejorar la asequibilidad del tratamiento integral de la adicción a la nicotina.
2. La Conferencia de las Partes promoverá y facilitará la transferencia de conocimientos técnicos, científicos y jurídicos especializados y de tecnología con el apoyo financiero garantizado de conformidad con el artículo 26.

## **PARTE VIII: ARREGLOS INSTITUCIONALES Y RECURSOS FINANCIEROS**

### ***Artículo 23***

#### *Conferencia de las Partes*

1. Por el presente se establece una Conferencia de las Partes. La primera reunión de la Conferencia de las Partes será convocada por la Organización Mundial de la Salud a más tardar un año después de la entrada en vigor de este Convenio. La Conferencia determinará en su primera reunión el lugar y las fechas de las reuniones subsiguientes que se celebrarán regularmente.
2. Se celebrarán reuniones extraordinarias de la Conferencia de las Partes en las ocasiones en que la Conferencia lo considere necesario, o cuando alguna de las Partes lo solicite por escrito, siempre que, dentro de los seis meses siguientes a la fecha en que la Secretaría del Convenio haya comunicado a las Partes la solicitud, ésta reciba el apoyo de al menos un tercio de las Partes.
3. La Conferencia de las Partes adoptará por consenso su Reglamento Interior en su primera reunión.

4. La Conferencia de las Partes adoptará por consenso sus normas de gestión financiera, que regirán también el financiamiento de cualquier órgano subsidiario que pueda establecer, así como las disposiciones financieras que regirán el funcionamiento de la Secretaría. En cada reunión ordinaria adoptará un presupuesto para el ejercicio financiero hasta la siguiente reunión ordinaria.

5. La Conferencia de las Partes examinará regularmente la aplicación del Convenio, adoptará las decisiones necesarias para promover su aplicación eficaz y podrá adoptar protocolos, anexos y enmiendas del Convenio de conformidad con lo dispuesto en los artículos 28, 29 y 33. Para ello:

- a) promoverá y facilitará el intercambio de información de conformidad con los artículos 20 y 21;
- b) promoverá y orientará el establecimiento y el perfeccionamiento periódico de metodologías comparables de investigación y acopio de datos, además de las previstas en el artículo 20, que sean pertinentes para la aplicación del Convenio;
- c) promoverá, según proceda, el desarrollo, la aplicación y la evaluación de estrategias, planes, programas, políticas, legislación y otras medidas;
- d) considerará los informes que le presenten las Partes de conformidad con el artículo 21 y adoptará informes regulares sobre la aplicación del Convenio;
- e) promoverá y facilitará la movilización de recursos financieros para la aplicación del Convenio de conformidad con el artículo 26;
- f) establecerá los órganos subsidiarios necesarios para cumplir con el objetivo del Convenio;
- g) recabará, cuando corresponda, los servicios, la cooperación y la información de las organizaciones y órganos del sistema de las Naciones Unidas y de otras organizaciones y órganos intergubernamentales y no gubernamentales internacionales y regionales competentes y pertinentes como medio para fortalecer la aplicación del Convenio; y
- h) considerará otras medidas, según proceda, para alcanzar el objetivo del Convenio, teniendo presente la experiencia adquirida en su aplicación.

6. La Conferencia de las Partes establecerá los criterios para la participación de observadores en sus reuniones.

#### **Artículo 24** *Secretaría*

1. La Conferencia de las Partes designará una secretaría permanente y adoptará disposiciones para su funcionamiento. La Conferencia de las Partes procurará hacer esto en su primera reunión.

2. Hasta que se haya designado y establecido una secretaría permanente, las funciones de secretaría de este Convenio estarán a cargo de la Organización Mundial de la Salud.

3. Las funciones de la Secretaría serán las siguientes:
  - a) adoptar disposiciones para las reuniones de la Conferencia de las Partes y de cualquiera de sus órganos subsidiarios y prestarles los servicios necesarios;
  - b) transmitir los informes que haya recibido en virtud del Convenio;
  - c) prestar apoyo a las Partes, en particular a las que sean países en desarrollo o tengan economías en transición, cuando así lo soliciten, en la recopilación y transmisión de la información requerida de conformidad con las disposiciones del Convenio;
  - d) preparar informes sobre sus actividades en el marco de este Convenio, siguiendo las orientaciones de la Conferencia de las Partes, y someterlos a la Conferencia de las Partes;
  - e) asegurar, bajo la orientación de la Conferencia de las Partes, la coordinación necesaria con las organizaciones intergubernamentales internacionales y regionales y otros órganos competentes;
  - f) concertar, bajo la orientación de la Conferencia de las Partes, los arreglos administrativos y contractuales que sean necesarios para el ejercicio eficaz de sus funciones; y
  - g) desempeñar otras funciones de secretaría especificadas en el Convenio y en cualquiera de sus protocolos, y las que determine la Conferencia de las Partes.

### **Artículo 25**

#### *Relaciones entre la Conferencia de las Partes y las organizaciones intergubernamentales*

Para prestar cooperación técnica y financiera a fin de alcanzar el objetivo de este Convenio, la Conferencia de las Partes podrá solicitar la cooperación de organizaciones intergubernamentales internacionales y regionales competentes, incluidas las instituciones de financiamiento y desarrollo.

### **Artículo 26**

#### *Recursos financieros*

1. Las Partes reconocen la importancia que tienen los recursos financieros para alcanzar el objetivo del presente Convenio.
2. Cada Parte prestará apoyo financiero para sus actividades nacionales destinadas a alcanzar el objetivo del Convenio, de conformidad con sus planes, prioridades y programas nacionales.
3. Las Partes promoverán, según proceda, la utilización de vías bilaterales, regionales, subregionales y otros canales multilaterales para financiar la elaboración y el fortalecimiento de programas multisectoriales integrales de control del tabaco de las Partes que sean países en desarrollo y de las que tengan economías en transición. Por consiguiente, deben abordarse y apoyarse, en el contexto de estrategias nacionales de desarrollo sostenible, alternativas económicamente viables a la producción de tabaco, entre ellas la diversificación de cultivos.
4. Las Partes representadas en las organizaciones intergubernamentales regionales e internacionales y las instituciones financieras y de desarrollo pertinentes alentarán a estas entidades a que faciliten asistencia financiera a las Partes que sean países en desarrollo y a las que tengan economías en transición para ayu-

darlas a cumplir sus obligaciones en virtud del presente Convenio, sin limitar los derechos de participación en esas organizaciones.

5. Las Partes acuerdan lo siguiente:

- a) a fin de ayudar a las Partes a cumplir sus obligaciones en virtud del Convenio, se deben movilizar y utilizar en beneficio de todas las Partes, en especial de los países en desarrollo y los países con economías en transición, todos los recursos pertinentes, existentes o potenciales, ya sean financieros, técnicos o de otra índole, tanto públicos como privados, disponibles para actividades de control del tabaco;
- b) la Secretaría informará a las Partes que sean países en desarrollo y a las que tengan economías en transición, previa solicitud, sobre fuentes de financiamiento disponibles para facilitar el cumplimiento de sus obligaciones en virtud del Convenio;
- c) la Conferencia de las Partes en su primera reunión examinará las fuentes y mecanismos existentes y potenciales de asistencia sobre la base de un estudio realizado por la Secretaría y de otra información pertinente, y considerará su adecuación; y
- d) los resultados de este examen serán tenidos en cuenta por la Conferencia de las Partes a la hora de determinar la necesidad de mejorar los mecanismos existentes o establecer un fondo mundial voluntario u otros mecanismos financieros apropiados para canalizar recursos financieros adicionales, según sea necesario, a las Partes que sean países en desarrollo y a las que tengan economías en transición para ayudarlas a alcanzar los objetivos del Convenio.

## PARTE IX: SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

### *Artículo 27*

#### *Solución de controversias*

1. Si surge una controversia entre dos o más Partes respecto de la interpretación o la aplicación del presente Convenio, esas Partes procurarán resolver la controversia por vía diplomática mediante negociación o cualquier otro medio pacífico de su elección, por ejemplo buenos oficios, mediación o conciliación. El hecho de que no se llegue a un acuerdo mediante buenos oficios, mediación o conciliación no eximirá a las Partes en la controversia de la responsabilidad de seguir tratando de resolverla.
2. Al ratificar, aceptar, aprobar o confirmar oficialmente el Convenio, al adherirse a él, o en cualquier momento después de ello, un Estado u organización de integración económica regional podrá declarar por escrito al Depositario que, en caso de controversia no resuelta de conformidad con el párrafo 1 del presente artículo, acepta como obligatorio un arbitraje especial de acuerdo con los procedimientos que adopte por consenso la Conferencia de las Partes.
3. Las disposiciones del presente artículo se aplicarán a todos los protocolos y a las Partes en dichos protocolos, a menos que en ellos se disponga otra cosa.



## PARTE X: DESARROLLO DEL CONVENIO

### *Artículo 28*

#### *Enmiendas del presente Convenio*

1. Cualquiera de las Partes podrá proponer enmiendas del presente Convenio. Dichas enmiendas serán examinadas por la Conferencia de las Partes.
2. Las enmiendas del Convenio serán adoptadas por la Conferencia de las Partes. La Secretaría comunicará a las Partes el texto del proyecto de enmienda al menos seis meses antes de la reunión en la que se proponga su adopción. La Secretaría comunicará asimismo los proyectos de enmienda a los signatarios del Convenio y, a título informativo, al Depositario.
3. Las Partes harán todo lo posible por llegar a un acuerdo por consenso sobre cualquier propuesta de enmienda del Convenio. Si se agotan todas las posibilidades de llegar a un acuerdo por consenso, como último recurso la enmienda será adoptada por una mayoría de tres cuartos de las Partes presentes y votantes en la reunión. A los efectos del presente artículo, por «Partes presentes y votantes» se entiende las Partes presentes que emitan un voto a favor o en contra. La Secretaría comunicará toda enmienda adoptada al Depositario, y éste la hará llegar a todas las Partes para su aceptación.
4. Los instrumentos de aceptación de las enmiendas se entregarán al Depositario. Las enmiendas adoptadas de conformidad con el párrafo 3 del presente artículo entrarán en vigor, para las Partes que las hayan aceptado, al nonagésimo día contado desde la fecha en que el Depositario haya recibido instrumentos de aceptación de por lo menos dos tercios de las Partes en el Convenio.
5. Las enmiendas entrarán en vigor para las demás Partes al nonagésimo día contado desde la fecha en que se haya entregado al Depositario el instrumento de aceptación de las enmiendas en cuestión.

### *Artículo 29*

#### *Adopción y enmienda de los anexos del presente Convenio*

1. Los anexos y enmiendas del presente Convenio se propondrán, se adoptarán y entrarán en vigor de conformidad con el procedimiento establecido en el artículo 28.
2. Los anexos del Convenio formarán parte integrante de éste y, salvo que se disponga expresamente otra cosa, toda referencia al Convenio constituirá al mismo tiempo una referencia a sus anexos.
3. En los anexos sólo se incluirán listas, formularios y otros materiales descriptivos relacionados con cuestiones de procedimiento y aspectos científicos, técnicos o administrativos.

## PARTE XI: DISPOSICIONES FINALES

### *Artículo 30*

#### *Reservas*

No podrán formularse reservas a este Convenio.

**Artículo 31***Denuncia*

1. En cualquier momento después de un plazo de dos años a partir de la fecha de entrada en vigor del Convenio para una Parte, esa Parte podrá denunciar el Convenio, previa notificación por escrito al Depositario.
2. La denuncia surtirá efecto al cabo de un año contado desde la fecha en que el Depositario haya recibido la notificación correspondiente o, posteriormente, en la fecha que se indique en dicha notificación.
3. Se considerará que la Parte que denuncia el Convenio denuncia asimismo todo protocolo en que sea Parte.

**Artículo 32***Derecho de voto*

1. Salvo lo dispuesto en el párrafo 2 del presente artículo, cada Parte en el Convenio tendrá un voto.
2. Las organizaciones de integración económica regional, en los asuntos de su competencia, ejercerán su derecho de voto con un número de votos igual al número de sus Estados Miembros que sean Partes en el Convenio. Esas organizaciones no ejercerán su derecho de voto si cualquiera de sus Estados Miembros ejerce el suyo, y viceversa.

**Artículo 33***Protocolos*

1. Cualquier Parte podrá proponer protocolos. Dichas propuestas serán examinadas por la Conferencia de las Partes.
2. La Conferencia de las Partes podrá adoptar protocolos del presente Convenio. Al adoptar tales protocolos deberá hacerse todo lo posible para llegar a un consenso. Si se agotan todas las posibilidades de llegar a un acuerdo por consenso, como último recurso el protocolo será adoptado por una mayoría de tres cuartos de las Partes presentes y votantes en la reunión. A los efectos del presente artículo, por «Partes presentes y votantes» se entiende las Partes presentes que emitan un voto a favor o en contra.
3. El texto de todo protocolo propuesto será comunicado a las Partes por la Secretaría al menos seis meses antes de la reunión en la cual se vaya a proponer para su adopción.
4. Sólo las Partes en el Convenio podrán ser Partes en un protocolo del Convenio.
5. Cualquier protocolo del Convenio sólo será vinculante para las Partes en el protocolo en cuestión. Sólo las Partes en un protocolo podrán adoptar decisiones sobre asuntos exclusivamente relacionados con el protocolo en cuestión.
6. Las condiciones para la entrada en vigor del protocolo serán las establecidas por ese instrumento.

### **Artículo 34**

#### *Firma*

El presente Convenio estará abierto a la firma de todos los Miembros de la Organización Mundial de la Salud, de todo Estado que no sea Miembro de la Organización Mundial de la Salud pero sea miembro de las Naciones Unidas, así como de las organizaciones de integración económica regional, en la sede de la Organización Mundial de la Salud, en Ginebra, desde el 16 de junio de 2003 hasta el 22 de junio de 2003, y posteriormente en la Sede de las Naciones Unidas, en Nueva York, desde el 30 de junio de 2003 hasta el 29 de junio de 2004.

### **Artículo 35**

#### *Ratificación, aceptación, aprobación, confirmación oficial o adhesión*

1. El Convenio estará sujeto a la ratificación, aceptación, aprobación o adhesión de los Estados y a la confirmación oficial o la adhesión de las organizaciones de integración económica regional. Quedará abierto a la adhesión a partir del día siguiente a la fecha en que el Convenio quede cerrado a la firma. Los instrumentos de ratificación, aceptación, aprobación, confirmación oficial o adhesión se depositarán en poder del Depositario.

2. Las organizaciones de integración económica regional que pasen a ser Partes en el Convenio sin que lo sea ninguno de sus Estados Miembros quedarán sujetas a todas las obligaciones que les incumban en virtud del Convenio. En el caso de las organizaciones que tengan uno o más Estados Miembros que sean Partes en el Convenio, la organización y sus Estados Miembros determinarán su respectiva responsabilidad por el cumplimiento de las obligaciones que les incumban en virtud del Convenio. En esos casos, la organización y los Estados Miembros no podrán ejercer simultáneamente derechos conferidos por el Convenio.

3. Las organizaciones de integración económica regional expresarán en sus instrumentos de confirmación oficial o de adhesión el alcance de su competencia con respecto a las cuestiones regidas por el Convenio. Esas organizaciones comunicarán además al Depositario toda modificación sustancial en el alcance de su competencia, y el Depositario la comunicará a su vez a las Partes.

### **Artículo 36**

#### *Entrada en vigor*

1. El presente Convenio entrará en vigor al nonagésimo día contado desde la fecha en que haya sido depositado en poder del Depositario el cuadragésimo instrumento de ratificación, aceptación, aprobación, confirmación oficial o adhesión.

2. Respecto de cada Estado que ratifique, acepte, apruebe el Convenio o se adhiera a él una vez satisfechas las condiciones relativas a la entrada en vigor establecidas en el párrafo 1 del presente artículo, el Convenio entrará en vigor al nonagésimo día contado desde la fecha en que el Estado haya depositado su instrumento de ratificación, aceptación, aprobación o adhesión.

3. Respecto de cada organización de integración económica regional que deposite un instrumento de confirmación oficial o de adhesión, una vez satisfechas las condiciones relativas a la entrada en vigor estipuladas en el párrafo 1 del presente artículo, el Convenio entrará en vigor al nonagésimo día contado desde la fecha en que la organización haya depositado su instrumento de confirmación oficial o de adhesión.

4. A los efectos del presente artículo, los instrumentos depositados por una organización de integración económica regional no se considerarán adicionales a los depositados por los Estados Miembros de esa organización.

**Artículo 37**  
*Depositario*

El Secretario General de las Naciones Unidas será el Depositario del Convenio, de las enmiendas de éste y de los protocolos y anexos aprobados de conformidad con los artículos 28, 29 y 33.

**Artículo 38**  
*Textos auténticos*

El original del presente Convenio, cuyos textos en árabe, chino, español, francés, inglés y ruso son igualmente auténticos, se depositará en poder del Secretario General de las Naciones Unidas.

EN TESTIMONIO DE LO CUAL los infrascritos, debidamente autorizados a esos efectos, han firmado el presente Convenio.

HECHO en GINEBRA el [día del mes] de dos mil tres.

Cuarta sesión plenaria, 21 de mayo de 2003  
A56/VR/4

= = =



56ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD

WHA56.6

Punto 14.18 del orden del día

26 de mayo de 2003

## Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata: 25º aniversario

La 56ª Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe sobre el 25º aniversario de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud;<sup>1</sup>

Recordando con reconocimiento la Declaración adoptada en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud celebrada en Alma-Ata en 1978, que consideró la atención primaria de salud como la clave para la consecución de la salud para todos;

Reconociendo la importancia de la meta de la salud para todos fijada por la OMS y los progresos realizados por los países para establecer políticas y programas de atención primaria de salud que sean la piedra angular de sus sistemas de atención sanitaria, pero observando al mismo tiempo que aún queda mucho por hacer para alcanzar la meta de la salud para todos;

Consciente de la dedicación, el liderazgo y el compromiso demostrados por los Estados Miembros, las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas y las organizaciones no gubernamentales para alcanzar la meta de la salud para todos,

1. PIDE a los Estados Miembros:

- 1) que velen por que se asignen al desarrollo de la atención primaria de salud recursos suficientes, con el fin de contribuir a la reducción de las desigualdades en el ámbito de la salud;
- 2) que fortalezcan la capacidad en materia de recursos humanos dedicados a la atención primaria de salud para hacer frente al incremento de la carga impuesta por la situación sanitaria;
- 3) que respalden la participación activa de las comunidades locales y los grupos de voluntarios en la atención primaria de salud;
- 4) que apoyen las investigaciones encaminadas a encontrar métodos eficaces para vigilar y fortalecer la atención primaria de salud y vincularla con el mejoramiento general del sistema sanitario;

---

<sup>1</sup> Documento A56/27.

2. PIDE a la Directora General:

- 1) que celebre el 25° aniversario de la Declaración de Alma-Ata convocando una reunión, con aportaciones de todas las partes interesadas, para examinar las lecciones de los últimos 25 años, revisar las definiciones y estrategias, y determinar futuras orientaciones estratégicas para la atención primaria de salud; y que preste apoyo a la reunión mediante un amplio estudio previo de los éxitos y fracasos, así como de los factores que repercuten en la atención primaria de salud;
- 2) que siga incorporando los principios de la atención primaria de salud a las actividades de todos los programas de la OMS, que vele por la aplicación de las estrategias destinadas a alcanzar los Objetivos de Desarrollo de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, y que dé cumplimiento a las recomendaciones de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud, de una manera acorde con los principios de la atención primaria de salud;
- 3) que, por conducto del Consejo Ejecutivo en su 113ª reunión, informe a la 57ª Asamblea Mundial de la Salud sobre los progresos realizados.

Novena sesión plenaria, 26 de mayo de 2003  
A56/VR/9

= = =



56ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD

WHA56.10

Punto 16.3 del orden del día

26 de mayo de 2003

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

La 56ª Asamblea Mundial de la Salud,

Visto el tercer informe del Comité de Administración, Presupuesto y Finanzas del Consejo Ejecutivo a la 56ª Asamblea Mundial de la Salud sobre los Miembros con atrasos de contribuciones de importancia bastante para que esté justificado aplicar el Artículo 7 de la Constitución;<sup>1</sup>

Enterada de que, en el momento de la apertura de la 56ª Asamblea Mundial de la Salud, continuaba suspendido el derecho de voto del Afganistán, Antigua y Barbuda, Armenia, Chad, Comoras, Djibouti, Georgia, Guinea-Bissau, el Iraq, Kazajstán, Kirguistán, Liberia, Nauru, el Níger, Nigeria, la República Centroafricana, la República de Moldova, la República Dominicana, Somalia, Suriname, Tayikistán, Togo, Turkmenistán y Ucrania, y de que dicha suspensión seguirá vigente hasta que los atrasos de estos Estados Miembros se hayan reducido, en la actual Asamblea de la Salud o en Asambleas futuras, a un nivel inferior a la cuantía que justifica la aplicación del Artículo 7 de la Constitución;

Tomando nota de que, con arreglo a la resolución WHA55.4, el derecho de voto de la Argentina ha quedado suspendido a partir del 19 de mayo de 2003, al inaugurarse la Asamblea Mundial de la Salud, el 19 de mayo de 2003, y de que dicha suspensión seguirá vigente hasta que los atrasos de la Argentina se hayan reducido a un nivel inferior a la cuantía que justifica la aplicación del Artículo 7 de la Constitución;

Tomando nota de que Belarús, Burundi, el Perú, Santa Lucía y Venezuela tenían en el momento de la apertura de la 56ª Asamblea Mundial de la Salud atrasos de contribuciones de importancia bastante para que fuese necesario que la Asamblea de la Salud examinara, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 7 de la Constitución, la procedencia de suspender o no el derecho de voto de esos países en la fecha de apertura de la 57ª Asamblea Mundial de la Salud,

---

<sup>1</sup> Documento A56/32.

RESUELVE:

- 1) que, de acuerdo con la declaración de principios adoptada en la resolución WHA41.7, si en el momento de la apertura de la 57ª Asamblea Mundial de la Salud, Belarús, el Perú, Santa Lucía y Venezuela siguen con atrasos de contribuciones de importancia bastante para que esté justificado aplicar el Artículo 7 de la Constitución, se les suspenda el derecho de voto con efecto a partir de dicha apertura;
- 2) que cualquier suspensión que entre en vigor a tenor del párrafo precedente continúe en la 57ª Asamblea Mundial de la Salud y en las Asambleas subsiguientes, hasta que los atrasos de Belarús, el Perú, Santa Lucía y Venezuela se hayan reducido a un nivel inferior a la cuantía que justifica la aplicación del Artículo 7 de la Constitución;
- 3) que esta decisión se aplique sin perjuicio del derecho que asiste a todo Miembro de pedir el restablecimiento de su derecho de voto de conformidad con el Artículo 7 de la Constitución.

Novena sesión plenaria, 26 de mayo de 2003  
A56/VR/9

= = =





56ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD

WHA56.12

Punto 16.5 del orden del día

26 de mayo de 2003

## Contribuciones para 2002 y 2003

La 56ª Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo considerado la recomendación formulada por el Consejo Ejecutivo en su 111ª reunión,<sup>1</sup>

RESUELVE:

- 1) que las contribuciones señaladas a la República Democrática de Timor-Leste sean de US\$ 1053 para 2002 y de US\$ 4213 para 2003;
- 2) que, a título de ajuste ad hoc, se modifiquen las contribuciones señaladas para 2003 al Afganistán y a la Argentina, fijándose en US\$ 4213 para el Afganistán y US\$ 4 026 622 para la Argentina;
- 3) que la diferencia de US\$ 611 135 resultante de la revisión de las contribuciones señaladas al Afganistán y a la Argentina se financie con cargo a la Cuenta de Ingresos Varios.

Novena sesión plenaria, 26 de mayo de 2003

A56/VR/9

= = =

---

<sup>1</sup> Decisión EB111(3).



56ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD

WHA56.17

Punto 18.1 del orden del día

28 de mayo de 2003

## Recursos humanos: paridad entre los géneros

La 56ª Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo tomado nota del informe sobre la paridad entre los géneros;<sup>1</sup>

Recordando la resolución WHA50.16 sobre empleo y participación de las mujeres en las actividades de la OMS;

Inquieta por que aún no se ha alcanzado la meta fijada y los progresos hechos a ese respecto en los distintos sectores de la Organización han sido desiguales,

1. REAFIRMA la meta del 50% respecto de los nombramientos de mujeres para puestos de las categorías profesional y superior;
2. PIDE a la Directora General que intensifique los esfuerzos encaminados a alcanzar la meta de la paridad en la distribución por géneros del personal de la categoría profesional y a aumentar la proporción de mujeres en los puestos de la categoría superior, y que comunique al Consejo Ejecutivo en enero de 2004 un plan de acción sobre contratación que integre el equilibrio geográfico y la paridad entre los géneros.

Décima sesión plenaria, 28 de mayo de 2003  
A56/VR/10

= = =

---

<sup>1</sup> Documento A56/39.



**56ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD**

**WHA56.19**

**Punto 14.14 del orden del día**

**28 de mayo de 2003**

## **Prevención y control de las pandemias y las epidemias anuales de gripe**

La 56ª Asamblea Mundial de la Salud,

Recordando las resoluciones WHA22.47 y WHA48.13;

Reconociendo que los virus de la gripe son responsables de epidemias estacionales que enferman a millones de personas en el mundo entero y causan complicaciones que se cobran hasta un millón de vidas por año;

Reconociendo asimismo que muchas de esas defunciones se podrían prevenir mediante una mayor utilización, en particular en las personas de alto riesgo, de las vacunas existentes, que son seguras y muy eficaces;

Felicitándose de la contribución de la vigilancia mundial de la gripe, coordinada por la OMS, a la determinación anual de la composición antigénica de las vacunas antigripales y al reconocimiento precoz de las condiciones propicias para una pandemia, así como de la asistencia facilitada por la OMS para la fabricación oportuna de vacunas antigripales;

Expresando preocupación porque la carga de morbilidad y los efectos económicos de la gripe en los países en desarrollo están insuficientemente documentados y porque los datos recientes sugieren un aumento de las tasas de complicaciones mortales asociadas a un estado nutricional y sanitario deficiente y a un acceso limitado a los servicios de salud;

Igualmente preocupada por la falta general de preparación nacional y mundial para una futura pandemia de gripe, en particular debido a la recurrencia de las pandemias de esa naturaleza y a la mortalidad elevada, los trastornos sociales y los costos económicos que causan invariablemente y que podrían verse exacerbados por los frecuentes viajes internacionales, el reciente aumento mundial del tamaño de las poblaciones en riesgo y el desarrollo de resistencia a los fármacos antivirales de primera línea;

Reconociendo que se necesitan mejores formulaciones vacunales, un aumento de la capacidad de fabricación de vacunas, un acceso más equitativo a los medicamentos antivirales y una vigilancia más intensa de la morbilidad como parte de la preparación nacional y mundial para una pandemia;

Observando que una mejor utilización de las vacunas en las epidemias estacionales contribuirá a conseguir una capacidad de fabricación que satisfaga la demanda en una pandemia futura, y que los planes

de preparación para una pandemia ayudarán a que las respuestas a las epidemias estacionales sean más racionales y costoeficaces y que puedan prevenirse numerosas defunciones;

Tomando nota con satisfacción del consenso alcanzado en la reunión consultiva de la OMS sobre las prioridades mundiales de la vigilancia y el control de la gripe (Ginebra, mayo de 2002) en lo concerniente al primer programa mundial de vigilancia y control de la gripe, que presenta un plan para establecer actividades coordinadas encaminadas a mejorar la preparación para las epidemias estacionales y para una futura pandemia;<sup>1</sup>

Tomando asimismo nota con satisfacción de las actividades de la OMS relacionadas con la planificación de la preparación para una pandemia de gripe y de su intención de elaborar un plan modelo,

1. INSTA a los Estados Miembros:

- 1) a que, donde existan políticas nacionales de vacunación antigripal, establezcan y apliquen estrategias para aumentar la cobertura de vacunación de todos los expuestos a los mayores riesgos, como las personas de edad y los enfermos, con el fin de conseguir una cobertura de vacunación de las personas de edad del 50% como mínimo para 2006 y del 75% para 2010;
- 2) a que, donde no existan políticas nacionales de vacunación antigripal, evalúen la carga de morbilidad y el impacto económico de las epidemias anuales de gripe como base para formular y aplicar políticas de prevención de la gripe en el contexto de otras prioridades nacionales de salud;
- 3) a que elaboren y apliquen planes nacionales de preparación para pandemias de gripe, prestando especial atención a la necesidad de garantizar suministros suficientes de vacunas, agentes antivirales y otros medicamentos vitales, de conformidad con lo descrito en el programa mundial de vigilancia y control de la gripe;
- 4) a que contribuyan a mejorar la preparación para epidemias y pandemias mediante el fortalecimiento de la capacidad nacional de vigilancia y de laboratorio y, según corresponda, presten más apoyo a los centros nacionales de lucha antigripal;
- 5) a que respalden la investigación y el desarrollo de mejores vacunas antigripales, así como de preparaciones antivirales eficaces, en particular en lo concerniente a su idoneidad para ser utilizadas en países en desarrollo, a fin de obtener una formulación de vacuna antigripal que confiera una protección duradera y amplia contra todas las cepas de virus gripales;

2. PIDE a la Directora General:

- 1) que siga combatiendo la gripe mediante la promoción de nuevas asociaciones con organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, organismos bilaterales de desarrollo, organizaciones no gubernamentales y el sector privado;

---

<sup>1</sup> Global agenda on influenza – adopted version. Part I. *Weekly Epidemiological Record* 2002 ; 77:179-182. Adoption of Global agenda on influenza – Part II. *Weekly Epidemiological Record* 2002 ; 77:191-195.

- 2) que continúe liderando la coordinación de las actividades relativas a la preparación para epidemias y pandemias, a las que se asigna prioridad en el programa mundial de vigilancia y control de la gripe;
- 3) que preste apoyo a los países en desarrollo en la evaluación de la carga de morbilidad y del impacto económico de la gripe, así como en la formulación y aplicación de políticas nacionales apropiadas para la prevención de la gripe;
- 4) que siga fortaleciendo la vigilancia mundial de la gripe como componente decisivo de la preparación para epidemias estacionales y pandemias de gripe;
- 5) que preste apoyo técnico a los Estados Miembros en la preparación de planes nacionales de preparación para una pandemia, entre otras cosas mediante orientaciones sobre la estimación de la demanda de vacunas y de medicamentos antivirales;
- 6) que, conjuntamente con otros asociados internacionales y nacionales, incluido el sector privado, busque soluciones para reducir la presente escasez mundial de vacunas antigripales y medicamentos antivirales y la falta de acceso equitativo a los mismos, así como para hacer que sean más asequibles, tanto en situaciones de epidemia como de pandemia mundial;
- 7) que mantenga al Consejo Ejecutivo y a la Asamblea de la Salud informados de los progresos realizados en esta esfera.

Décima sesión plenaria, 28 de mayo de 2003  
A56/VR/10

= = =



56ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD

WHA56.20

Punto 14.7 del orden del día

28 de mayo de 2003

## Reducción de la mortalidad por sarampión en el mundo

La 56ª Asamblea Mundial de la Salud,

Alarmada por la inaceptable carga de casi 800 000 muertes anuales por sarampión, principalmente entre los lactantes y los niños pequeños de los países en desarrollo;

Reconociendo que la actual carga del sarampión es resultado de la infrautilización de la vacuna anti-sarampionosa, debido a que los programas de inmunización y los sistemas de vigilancia de la enfermedad no cuentan con apoyo suficiente;

Destacando la importancia de que se alcance la meta fijada en el periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la infancia (2002) de reducir para 2005 la mortalidad infantil por sarampión a la mitad del número de muertes registradas en 1999, y el objetivo establecido en la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas de reducir la tasa de mortalidad de los niños menores de cinco años en dos terceras partes para el año 2015;

Reconociendo que existen vacunas contra el sarampión seguras, eficaces y económicas, y estrategias probadas para reducir la mortalidad por esta enfermedad;

Acogiendo con satisfacción los notables progresos que ha hecho la alianza en pro de la iniciativa de lucha contra el sarampión en la reducción de las muertes por sarampión en África;

Observando la importancia crítica de los servicios de inmunización sistemática como base de una estrategia para reducir la mortalidad por sarampión de manera sostenible, y el papel esencial de la vigilancia epidemiológica y de laboratorio integrada del sarampión para orientar las actividades de lucha contra esta enfermedad;

Habiendo examinado el informe sobre la estrategia para la salud y el desarrollo del niño y del adolescente, en que se indica que el sarampión es una de las cinco enfermedades transmisibles prevenibles que provocan la gran mayoría de las muertes infantiles,

1. INSTA a los Estados Miembros:

- 1) a que pongan plenamente en práctica el plan estratégico de la OMS y el UNICEF para la reducción de la mortalidad por sarampión (2001-2005) en los países con altas tasas de mortalidad por esta enfermedad en el marco de sus programas nacionales de inmunización;
- 2) a que presten el apoyo financiero necesario para aplicar en su totalidad los programas nacionales de inmunización en los que esté incorporada la estrategia de reducción de la mortalidad por sarampión, incluida la vacuna contra el sarampión para las actividades de inmunización sistemática y complementaria y el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica y de laboratorio de ésta y de otras enfermedades prevenibles mediante vacunación;
- 3) a que utilicen el planteamiento estratégico de reducción de la mortalidad por sarampión en el mundo como instrumento para fortalecer los programas nacionales de inmunización, haciendo especial hincapié en mejorar el acceso a los servicios de inmunización, velar por que las prácticas de inmunización sean seguras, y mejorar la capacidad de los recursos humanos, las redes de laboratorios, la vigilancia epidemiológica y los sistemas de cadena de frío;

2. PIDE a la Directora General:

- 1) que colabore con los Estados Miembros por conducto de las oficinas regionales para fortalecer los programas nacionales de inmunización y los sistemas de vigilancia de las enfermedades, utilizando el estado de la lucha contra el sarampión como uno de los principales indicadores de los avances realizados en la reducción de la mortalidad infantil;
- 2) que fortalezca las asociaciones en los niveles mundial, regional y subregional con el UNICEF y otros organismos internacionales, organizaciones no gubernamentales y el sector privado a fin de movilizar los recursos adicionales que se necesiten a fin de poder aplicar plenamente la estrategia de la OMS y el UNICEF para el programa ampliado de inmunización y las estrategias de reducción de la mortalidad por sarampión;
- 3) que informe a la 57ª Asamblea Mundial de la Salud, por conducto del Consejo Ejecutivo, sobre los progresos realizados en la aplicación de la presente resolución.

Décima sesión plenaria, 28 de mayo de 2003  
A56/VR/10

= = =



56ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD

WHA56.21

Punto 14.7 del orden del día

28 de mayo de 2003

## Estrategia para la salud y el desarrollo del niño y del adolescente

La 56ª Asamblea Mundial de la Salud,

Visto el informe sobre la estrategia para la salud y el desarrollo del niño y del adolescente;<sup>1</sup>

Reconociendo el derecho de los niños y los adolescentes al grado máximo posible de salud y acceso a los servicios de salud, de conformidad con lo estipulado en los instrumentos de derechos humanos internacionalmente acordados;

Recordando y reconociendo los resultados de la Cumbre Mundial en favor de la Infancia (Nueva York, 1990), la Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer (1993),<sup>2</sup> y los resultados de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo, 1994), la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social (Copenhague, 1995), la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995), la Cumbre Mundial sobre la Alimentación (Roma, 1996), la Cumbre del Milenio (Nueva York, 2000), el periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (2001), y el periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la infancia (2002), así como sus recomendaciones y sus actividades complementarias e informes respectivos;

Acogiendo con agrado la formulación de las orientaciones estratégicas para mejorar la salud y el desarrollo de los niños y los adolescentes;<sup>3</sup>

Preocupada porque las necesidades específicas de los neonatos y los adolescentes todavía no se han abordado lo suficiente y será preciso redoblar los esfuerzos para alcanzar las metas internacionales relativas a la salud materna y a la salud y el desarrollo de los niños y los adolescentes;

Reconociendo que los niños y los adolescentes son los recursos fundamentales en que se basa el desarrollo humano, social y económico;

---

<sup>1</sup> Documento A56/15.

<sup>2</sup> Resolución 48/104 de la Asamblea General de las Naciones Unidas.

<sup>3</sup> Documento WHO/FCH/CAH/02.21.



Reconociendo además el derecho de los niños, incluidos los adolescentes, a la libertad de expresión y a que se tengan en cuenta sus opiniones en todas las cuestiones que les atañen, según su edad y su grado de madurez;

Reconociendo también que los progenitores, las familias, los tutores legales y otros cuidadores tienen un papel y una responsabilidad primordiales en el bienestar de los niños y deben recibir apoyo en el desempeño de sus responsabilidades en la crianza de éstos;

Consciente de que existen intervenciones capaces de satisfacer las necesidades de salud de las embarazadas, las madres, los neonatos, los niños y los adolescentes, y preocupada porque en los países en desarrollo esos grupos de población tienen un acceso limitado a dichas intervenciones;

Reconociendo que la Convención sobre los Derechos del Niño contiene un amplio conjunto de normas jurídicas internacionales en pro de la protección y el bienestar de los niños, y también que la Convención constituye un importante marco para abordar la salud y el desarrollo del niño y del adolescente,

1. INSTA a los Estados Miembros:

- 1) a que intensifiquen y extiendan los esfuerzos encaminados a lograr las metas internacionales de reducción de la mortalidad y la malnutrición de madres y niños;
- 2) a que asignen prioridad a la mejora de la salud neonatal, la supervivencia de los niños y la salud y el desarrollo de los adolescentes mediante la realización de actividades de promoción en el más alto nivel, el fortalecimiento de los programas, el aumento de los recursos nacionales asignados para esos fines, la creación de asociaciones y la asunción de un compromiso político sostenido;
- 3) a que procuren alcanzar la plena cobertura de su población de madres, neonatos, niños y adolescentes con intervenciones de reconocida eficacia, en especial intervenciones que ayuden a que los progenitores, otros cuidadores, las familias y las comunidades puedan atender a los menores y que mejoren la calidad de los servicios de salud y los sistemas de salud;
- 4) a que promuevan el acceso de los niños y los adolescentes, los progenitores, las familias, los tutores legales y otros cuidadores a una gama completa de información y servicios que fomenten la salud y la supervivencia, el desarrollo, incluido el desarrollo psicológico, la protección y la participación de los niños, reconociendo que muchos niños viven sin apoyo de los progenitores y que es preciso adoptar medidas para apoyar a esos niños y para fomentar y fortalecer sus capacidades;

2. PIDE a la Directora General:

- 1) que preste el mayor apoyo posible al logro de las metas internacionales acordadas en relación con la salud y el desarrollo del niño;
- 2) que siga abogando por un enfoque de salud pública encaminado a reducir las enfermedades comunes, con inclusión de estrategias de inmunización sencillas y eficaces, la atención integrada a las enfermedades de la infancia, la mejora de la nutrición de las madres, los niños y los adolescentes, y el abastecimiento de agua y el saneamiento;
- 3) que promueva las investigaciones necesarias, incluso sobre los factores determinantes del comportamiento, y elabore orientaciones y prácticas óptimas para que los Estados Miembros las uti-

licen en la aplicación plena de enfoques costoeficaces para alcanzar las metas internacionales fijadas en relación con la salud de los neonatos, los niños y los adolescentes;

4) que mantenga el compromiso y el apoyo de la Organización para que se alcancen y mantengan niveles elevados de cobertura con intervenciones de demostrada eficacia mediante mecanismos de aplicación eficientes e integrados o mediante la combinación de diversos mecanismos;

5) que abogue por que se dé más prioridad a la salud materna y neonatal y a la salud y al desarrollo de los adolescentes;

6) que preste apoyo a la realización de nuevas investigaciones sobre los factores determinantes de los modos de vida de los adolescentes, así como de intervenciones eficaces que redunden en una mejora de su salud;

7) que informe a la 59ª Asamblea Mundial de la Salud en 2006, por conducto del Consejo Ejecutivo, acerca de la contribución de la OMS a la aplicación de la estrategia para la salud y el desarrollo del niño y del adolescente, haciendo particular hincapié en las medidas relacionadas con la reducción de la pobreza y el logro de las metas internacionales acordadas en relación con la salud y el desarrollo del niño.

Décima sesión plenaria, 28 de mayo de 2003  
A56/VR/10

= = =



56ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD

WHA56.22

Punto 14.5 del orden del día

28 de mayo de 2003

## **Enfoque estratégico para la gestión de los productos químicos a nivel internacional: participación de asociados para la salud mundial**

La 56ª Asamblea Mundial de la Salud,

Recordando el primer principio de la Declaración de Río sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo, a saber, que «Los seres humanos constituyen el centro de las preocupaciones relacionadas con el desarrollo sostenible. Tienen derecho a una vida saludable y productiva en armonía con la naturaleza»;

Tomando nota de que en la Declaración de Bahía y las Prioridades para la Acción Más Allá del 2000 del Foro Intergubernamental sobre Seguridad Química se hizo hincapié en el papel esencial de la gestión racional de los productos químicos para el desarrollo sostenible y la protección de la salud humana y del medio ambiente;

Tomando nota asimismo de que en el párrafo 23(b) del Plan de aplicación de la Cumbre Mundial sobre el Desarrollo Sostenible se promueve la elaboración ulterior de un enfoque estratégico para la gestión de los productos químicos a nivel internacional y se insta a las organizaciones internacionales que se ocupan de la gestión de los productos químicos a que cooperen estrechamente en ese ámbito;

Apoyando plenamente la decisión 22/4 del Consejo de Administración del PNUMA en la que se decidió proseguir la elaboración ulterior de un enfoque estratégico para la gestión de los productos químicos a nivel internacional, mediante un proceso abierto, transparente y participativo y, se ofreció a todos los interesados directos la oportunidad de participar en este proceso y se invitó a una variedad de organizaciones internacionales, incluida la OMS, a que colaboraran activamente en la elaboración ulterior del enfoque estratégico;

Tomando nota de la participación de la OMS en el Comité Directivo del enfoque estratégico para la gestión de los productos químicos a nivel internacional, establecido a fin de que actúe como mecanismo directivo de facilitación para abordar los aspectos prácticos del enfoque estratégico;

Tomando nota también del papel de la OMS como organización encargada de administrar el Foro Intergubernamental sobre Seguridad Química;

Teniendo presente la contribución de la OMS a la gestión de los productos químicos a nivel internacional por conducto del Programa Internacional de Seguridad de las Sustancias Químicas, en el que cooperan la OIT, la OMS y el PNUMA;

Recordando la resolución WHA45.32 sobre el Programa Internacional, donde se hizo hincapié en la necesidad de que se establecieran o fortaleciesen mecanismos gubernamentales que sirvieran para enlazar y coordinar las autoridades e instituciones de la seguridad química, y la resolución WHA42.26, sobre la participación de la OMS en los esfuerzos internacionales en favor de un desarrollo sostenible, en la que se consideró que el desarrollo sanitario equitativo era un requisito previo indispensable para el desarrollo socioeconómico;

Reconociendo la necesidad de que en el enfoque estratégico para la gestión de los productos químicos a nivel internacional se reflejen y aborden los intereses sanitarios de los países,

1. INSTA a los Estados Miembros a que en la elaboración ulterior del enfoque estratégico para la gestión de los productos químicos a nivel internacional tengan en cuenta todos los aspectos sanitarios de la seguridad química;

2. PIDE a la Directora General:

1) que apoye el mantenimiento del papel de la OMS y del Foro Intergubernamental sobre Seguridad Química en la supervisión de la elaboración del enfoque estratégico mediante su participación en el Comité de Dirección;

2) que, en respuesta a la invitación del Consejo de Administración del PNUMA, aporte contribuciones al contenido del enfoque estratégico mediante la presentación inicial de posibles elementos centrados en la salud, así como mediante la participación de la OMS en las reuniones preparatorias y en la conferencia final;

3) que presente a la Asamblea de la Salud un informe sobre la marcha de los trabajos antes de la fecha estimada para la ultimación del enfoque estratégico;

4) que una vez que se haya ultimado el enfoque estratégico para la gestión de los productos químicos a nivel internacional lo presente a la Asamblea de la Salud para su consideración.

Décima sesión plenaria, 28 de mayo de 2003  
A56/VR/10

= = =



56ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD

WHA56.23

Punto 14.19 del orden del día

28 de mayo de 2003

## **Evaluación conjunta FAO/OMS de los trabajos de la Comisión del Codex Alimentarius**

La 56ª Asamblea Mundial de la Salud,

Recordando la resolución WHA40.20 sobre la Comisión del Codex Alimentarius y la resolución WHA53.15 sobre inocuidad de los alimentos;

Visto el informe sobre la evaluación conjunta FAO/OMS de los trabajos de la Comisión del Codex Alimentarius y otros trabajos de la FAO y la OMS en materia de normas alimentarias;<sup>1</sup>

Reconociendo con beneplácito la declaración de la Comisión del Codex Alimentarius sobre los resultados de la evaluación conjunta FAO/OMS, declaración anexa a la presente resolución;

Acogiendo con agrado la recomendación de que se dé más prioridad al establecimiento de normas científicamente fundamentadas en la esfera de la inocuidad de los alimentos, las cuestiones relativas a la nutrición y la salud;

Tomando nota con satisfacción de la excelente colaboración entre la OMS y la FAO en la esfera de la inocuidad de los alimentos y la nutrición;

Consciente de que el aumento de la distribución mundial de alimentos entraña una mayor necesidad de evaluaciones y directrices internacionalmente acordadas en materia de inocuidad de los alimentos y nutrición;

Reconociendo que uno de los requisitos previos para el desarrollo económico es un sistema seguro de producción de los alimentos destinados al mercado tanto interno como de exportación, basado en marcos reguladores que protejan la salud de los consumidores;

Consciente de la necesidad de que los países en desarrollo participen plenamente en el establecimiento de normas a nivel mundial;

---

<sup>1</sup> Documento A56/34.

Poniendo de relieve la responsabilidad primordial de la OMS de suministrar, en colaboración con la FAO, evaluaciones científicas rigurosas de los peligros asociados a los alimentos y la nutrición como base de la gestión de riesgos a nivel nacional e internacional;

Subrayando la urgente necesidad de fortalecer la participación del sector de la salud en las actividades de establecimiento de normas relativas a los alimentos a fin de promover y proteger la salud de los consumidores,

1. RESPALDA la creciente participación directa de la OMS en la Comisión del Codex Alimentarius y el aumento de la capacidad de la Organización para la evaluación de riesgos;

2. INSTA a los Estados Miembros:

1) a que participen activamente en el establecimiento de normas internacionales en el marco de la Comisión del Codex Alimentarius, especialmente en la esfera de la inocuidad de los alimentos y la nutrición;

2) a que apliquen cabalmente en toda la cadena alimentaria las normas del Codex para la protección de la salud humana, incluida la prestación de asistencia para hacer elecciones saludables en materia de nutrición y regímenes alimentarios;

3) a que fomenten la colaboración entre todos los sectores interesados a nivel nacional en el establecimiento de normas basadas en el Codex Alimentarius relativas a la inocuidad de los alimentos y la nutrición, prestando especial atención al sector de la salud y con la plena participación de todos los interesados directos;

4) a que faciliten la participación de expertos nacionales en las actividades internacionales de establecimiento de normas;

3. INVITA a los comités regionales a que, en colaboración con la FAO, revisen las políticas y estrategias regionales de fortalecimiento de la capacidad en las áreas de establecimiento de normas relativas a la inocuidad de los alimentos e información sobre la nutrición;

4. PIDE a los donantes que acrecienten la financiación de las actividades de la OMS relativas al establecimiento de normas alimentarias, prestando especial atención a los países menos adelantados;

5. PIDE a la Directora General:

1) que apoye la formulación y aplicación de un plan de acción para abordar las recomendaciones incluidas en el informe sobre la evaluación del Codex y que, en colaboración con la FAO, estudie medios para mejorar la eficiencia del proceso de establecimiento de normas del Codex atendiendo a las necesidades especiales de su régimen de gobierno dentro de la estructura general de la OMS y la FAO;

2) que refuerce el papel de la OMS:

a) en la gestión de la Comisión del Codex Alimentarius y dé mayor relieve a los trabajos de la Comisión y a las actividades conexas en toda la Organización;

- b) en la complementación de los trabajos de la Comisión del Codex Alimentarius con otras actividades importantes de la OMS en materia de inocuidad de los alimentos y nutrición, con especial hincapié en las cuestiones que deben abordarse con arreglo a resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud, así como con el Reglamento Sanitario Internacional;
  - c) en la evaluación de riesgos, incluso mediante el sistema de órganos mixtos FAO/OMS de expertos y reuniones consultivas conjuntas y mediante el establecimiento de una función de coordinación en la OMS;
  - d) en la prestación de apoyo a los sistemas de inocuidad de los alimentos para que puedan proteger la salud humana a lo largo de toda la cadena alimentaria;
  - e) en la prestación de apoyo al análisis de los vínculos entre los datos sobre las enfermedades de origen alimentario y la contaminación de los alimentos;
  - f) en la prestación, en colaboración con la FAO, de apoyo especial a los países en desarrollo a fin de que puedan generar datos para la elaboración de normas del Codex Alimentarius a nivel mundial;
- 3) que respalde a los Estados Miembros, en particular a los países en desarrollo y los países menos adelantados, en el fortalecimiento de la capacidad en las esferas arriba mencionadas;
  - 4) que fomente, especialmente en los países, el establecimiento de redes entre organismos nacionales y regionales de reglamentación en materia de inocuidad de los alimentos;
  - 5) que siga promoviendo la colaboración con la FAO, incluida una mayor coordinación entre ambas organizaciones en materia de creación de capacidad, en particular en el marco del Programa Conjunto FAO/OMS sobre Normas Alimentarias;
  - 6) que reasigne recursos para financiar actividades de la OMS relativas al establecimiento de normas alimentarias basadas en el Codex Alimentarius, prestando especial atención a los países menos adelantados.

ANEXO

**DECLARACIÓN DE LA COMISIÓN DEL CODEX ALIMENTARIUS SOBRE  
LOS RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN CONJUNTA FAO/OMS DEL  
CODEX ALIMENTARIUS Y OTROS TRABAJOS DE LA FAO Y LA OMS  
EN MATERIA DE NORMAS ALIMENTARIAS**

1. La Comisión del Codex Alimentarius, tras haber examinado el informe y las recomendaciones de la *Evaluación Conjunta FAO/OMS del Codex Alimentarius y otros trabajos de la FAO y la OMS en materia de normas alimentarias*, expresó su agradecimiento a las organizaciones patrocinadoras por haber iniciado la Evaluación y haber garantizado que se llevara a cabo con modalidades consultivas y de manera efectiva y eficaz. Asimismo felicitó al equipo de la Evaluación y al Cuadro de Expertos por su excelente informe, por la profundidad de su análisis y por las propuestas y recomendaciones generales contenidas en el mismo.
2. La Comisión tomó nota con satisfacción de los resultados de la Evaluación respecto de que sus normas alimentarias eran muy importantes para los Estados Miembros, ya que constituían un componente fundamental de los sistemas de control de los alimentos destinados a proteger la salud de los consumidores y asegurar prácticas equitativas en el comercio alimentario. Refrendó la opinión de que las normas eran un requisito previo esencial para la protección de la salud de los consumidores, pero que debían considerarse en el contexto global de toda la cadena alimentaria sobre todo en lo referente a la inocuidad de los alimentos.
3. La Comisión recordó que los Estados Miembros utilizaban las normas del Codex como textos de referencia en relación con sus obligaciones en el marco del Acuerdo de la OMC sobre Obstáculos Técnicos al Comercio y sobre la Aplicación de Medidas Sanitarias y Fitosanitarias. En relación con esto, reconoció que muchos Estados Miembros con economías menos desarrolladas o economías en transición estaban en condiciones de utilizar directamente las normas del Codex como base para establecer de sus leyes y normas nacionales de conformidad con dichos Acuerdos. Observó que esto era posible sobre todo cuando las normas estaban basadas en datos mundiales que incluían información de países en desarrollo.
4. La Comisión apoyó el enfoque general del informe de la Evaluación y expresó su compromiso de **aplicar** estrategias que permitieran cumplir los objetivos de las recomendaciones que tal informe contenía; estuvo plenamente de acuerdo en que estas recomendaciones debían examinarse de manera rápida y eficaz. Observó asimismo que desde la Conferencia FAO/OMS sobre Normas Alimentarias, Sustancias Químicas en los Alimentos y Comercio Alimentario celebrada en 1991 se habían introducido cambios importantes en las prioridades y programas de la Comisión, haciéndose más hincapié en las cuestiones relacionadas con la inocuidad de los alimentos. Esta tendencia había determinado una mayor producción de normas relacionadas con la salud y se estaba extendiendo a toda la cadena alimentaria, proceso que se seguiría desarrollando.
5. La Comisión, tomando nota de las recomendaciones de la Evaluación relativas a su mandato, manifestó la opinión de que su **mandato** actual de proteger la salud de los consumidores y asegurar prácticas equitativas en el comercio de los alimentos seguía siendo apropiado, aunque quizás pudiera examinarse en el futuro. En el marco de este mandato, la Comisión destacó que su prioridad máxima sería la elaboración de normas que tuvieran repercusiones en la salud de los consumidores y la inocuidad del consumo alimentario.



6. A fin de mantener el firme apoyo de todos los Estados Miembros y todas las partes interesadas, la Comisión **convino** en que, en su respuesta a la Evaluación, la Comisión y las organizaciones patrocinadoras deberían esforzarse por lograr:

una mayor eficacia y eficiencia en la elaboración de normas del Codex, manteniendo al mismo tiempo la transparencia, integración y coherencia del proceso de elaboración de las mismas;

un aumento de la participación de los Estados Miembros en desarrollo y Estados Miembros en transición económica en la labor de la Comisión del Codex Alimentarius, en todo el proceso de elaboración de normas;

una mayor utilidad de las normas del Codex para los Estados Miembros, tanto por su pertinencia respecto de las necesidades de los mismos como por su elaboración oportuna;

el fortalecimiento de la base científica del análisis de riesgos, incluida la evaluación de los riesgos relacionados con la inocuidad de los alimentos, para mejorar la eficiencia y eficacia en la prestación de asesoramiento científico especializado a la Comisión y a los Estados Miembros así como para mejorar la comunicación de riesgos; y

una eficacia mayor en la creación de capacidad para el desarrollo de los sistemas nacionales de control de los alimentos.

7. La Comisión acordó que debería tener más independencia, dentro de la estructura global de la FAO y la OMS, para proponer y ejecutar su **programa de trabajo y presupuesto**, una vez aprobado por las dos organizaciones patrocinadoras.

8. La Comisión coincidió con las opiniones expresadas en el informe de la Evaluación respecto de que la **Secretaría** del Codex realizaba una labor ardua, eficaz y dirigida a los Estados Miembros, pero que tenía demasiado trabajo y no contaba con recursos suficientes para sostener las actividades actuales del Codex. Apoyó firmemente la recomendación de que se ampliara la Secretaría y de que el nivel y la composición de su personal se ajustaran a las mayores necesidades actuales de la Comisión.

9. Respecto de la cuestión del **asesoramiento de expertos** al Codex, la Comisión se mostró plenamente de acuerdo con la opinión de que éste constituía un elemento muy importante para todos los Estados Miembros y para la propia Comisión. Manifestó la opinión de que era necesario que dentro de las organizaciones patrocinadoras existiera capacidad suficiente para brindar asesoramiento científico en tiempo oportuno. Asimismo convino en que era preciso dar a su labor una identidad más clara dentro de las Organizaciones, vínculos más estrechos con las prioridades del Codex y coordinación interna, así como aumentar significativamente sus recursos. Era necesario asimismo reforzar más aún su independencia de las influencias externas, así como su transparencia en el marco de la FAO y la OMS. La Comisión señaló que debería haber, además, una mayor distinción entre la función de evaluación de riesgos que desempeñaban los expertos y la de gestión de riesgos llevada a cabo por los comités del Codex, señalando al mismo tiempo los vínculos que debían existir entre esas funciones. La Comisión subrayó que la prestación de asesoramiento científico de expertos era una responsabilidad conjunta de la FAO y la OMS y que debería seguirlo siendo. Recomendó firmemente que la OMS aumentara en mucho su contribución a la evaluación de riesgos asociados con la salud que realizaban los comités de expertos FAO/OMS y las consultas mixtas de expertos de ambas organizaciones. Recomendó asimismo que la FAO fortaleciera sus aportaciones en esferas que reflejaban su responsabilidad y competencia especializada. La Comisión se congratuló por la afirmación de la Dra. Brundtland, en sus palabras de apertura del presente periodo de sesiones, de que la FAO y la OMS prepararían y convocarían, como prioridad inmediata, la consulta solicitada por la Comi-

sión del Codex Alimentarius en su 24º periodo de sesiones<sup>1</sup> sobre el fortalecimiento del apoyo científico para la adopción de decisiones en el Codex.

10. En el ámbito de la **creación de capacidad**, la Comisión acogió con agrado las valiosas iniciativas descritas en el informe, que incluían el Servicio de Elaboración de Normas y Fomento del Comercio puesto en marcha por la OMC en colaboración con el Banco Mundial, la FAO, la OIE y la OMS, y en particular el nuevo Fondo Fiduciario FAO/OMS para una participación efectiva en el Codex. Pidió que la FAO y la OMS realizaran un esfuerzo importante para recabar fondos extrapresupuestarios y fomentar la asistencia bilateral coordinada en materia de creación de capacidad. Asimismo solicitó un enfoque más coordinado entre la FAO y la OMS respecto de la creación de capacidad, y pidió a las organizaciones patrocinadoras que analizaran urgentemente los medios de que disponían para realizar tal creación de capacidad e informaran a la Comisión del Codex Alimentarius sobre el modo en que podrían mejorar la coordinación y la distribución del trabajo sobre la base de sus respectivos aspectos positivos y sinergias.

11. La Comisión pidió a la **FAO y la OMS** que proporcionaran más recursos del Programa Ordinario, complementándolos con recursos extrapresupuestarios cuando fuera necesario, para fortalecer el Codex y la labor relacionada con el Codex en ambas organizaciones.

12. La Comisión pidió a los **Estados Miembros** que apoyaran el seguimiento del proceso de la Evaluación, incluso mediante sus declaraciones y posiciones en la Asamblea Mundial de la Salud y el Consejo y la Conferencia de la FAO.

13. La Comisión reiteró su **compromiso** de aplicar con la mayor celeridad las recomendaciones que se le habían formulado en el informe de la Evaluación, y a este respecto:

- Invitó a los **Estados Miembros** y organismos internacionales interesados que no lo hubieran hecho todavía a presentar observaciones por escrito a la Secretaría;
- Solicitó a la Secretaría que analizara las observaciones que estuvieran relacionadas con las **estructuras y los mandatos de los Comités del Codex**, y propusieran opciones a fin de que la Comisión las examinara en su próximo periodo de sesiones ordinario;
- Pidió a la Secretaría que analizara las observaciones relacionadas con las funciones del **Comité Ejecutivo**, y proporcionara opciones para examen de la Comisión en el próximo periodo de sesiones ordinario;
- Pidió a la Secretaría que analizara las observaciones que estuvieran relacionadas con la **gestión de normas** y los procedimientos de **elaboración de normas**, incluido el establecimiento de prioridades recomendadas por los Estados Miembros en desarrollo, y que recomendara estrategias para la pronta aplicación de procesos más eficaces y eficientes, proporcionando opciones que la Comisión pudiera examinar en su próximo periodo de sesiones ordinario;
- Pidió a la Secretaría que determinara una estrategia, para que la Comisión la examinara en su próximo periodo de sesiones ordinario, sobre la aplicación de las recomendaciones relativas a la revisión del **Reglamento** y otros procedimientos internos, y
- Pidió a la Secretaría que analizara las observaciones relativas a las recomendaciones del informe de la Evaluación no mencionadas en los apartados anteriores, y que proporcionara opciones en cuanto a cómo proceder al respecto.

Décima sesión plenaria, 28 de mayo de 2003  
A56/VR/10

---

<sup>1</sup> ALINORM 01/41, párr. 61.



56ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD

WHA56.24

Punto 14.15 del orden del día

28 de mayo de 2003

## Aplicación de las recomendaciones del *Informe mundial sobre la violencia y la salud*

La 56ª Asamblea Mundial de la Salud,

Recordando la resolución WHA49.25, en que se declara que la violencia es un importante problema de salud pública en todo el mundo, y la resolución WHA50.19, en que se aprueba el plan de acción de la OMS en pro de la adopción de un enfoque de salud pública para la prevención de la violencia y en favor de la salud basado en datos científicos, y se pide que siga desarrollándose dicho plan;

Observando que en una reunión de órganos del sistema de las Naciones Unidas sobre colaboración para la prevención de la violencia interpersonal (Ginebra, 15-16 de noviembre de 2001) se invitó a la OMS a que facilitara una respuesta mejor coordinada a la violencia interpersonal, y que como resultado de ello la OMS ha publicado una guía sobre los recursos y las actividades de las Naciones Unidas para la prevención de la violencia interpersonal;<sup>1</sup>

Recordando que la OMS es un copartícipe fundamental, junto con el UNICEF y la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, de un grupo de trabajo que contribuye al estudio de las Naciones Unidas sobre la violencia contra los niños, y que la OMS participa activamente en la prevención de la violencia contra los jóvenes, las mujeres, los discapacitados y las personas mayores;

Reconociendo que la prevención de la violencia es una condición indispensable para la seguridad y la dignidad de los seres humanos, y que es urgente que los gobiernos tomen medidas para prevenir todas las formas de violencia y reducir sus consecuencias para la salud y el desarrollo socioeconómico;

Observando que en el *Informe mundial sobre la violencia y la salud*<sup>2</sup> se presenta una exposición actualizada sobre las repercusiones de la violencia en la salud pública, se examinan sus determinantes y las intervenciones eficaces, y se formulan recomendaciones para las políticas y los programas de salud pública,

---

<sup>1</sup> *Guide to United Nations resources and activities for the prevention of interpersonal violence*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2002.

<sup>2</sup> *Informe mundial sobre la violencia y la salud*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2002.

1. TOMA NOTA de las nueve recomendaciones para la prevención de la violencia que figuran en el *Informe mundial sobre la violencia y la salud* y se recogen en el anexo de la presente resolución, y alienta a los Estados Miembros a considerar la posibilidad de adoptarlas;
2. INSTA a los Estados Miembros a que promuevan el *Informe mundial sobre la violencia y la salud*, y a que usen activamente las conclusiones y recomendaciones del informe para mejorar las actividades de prevención y revelación de los casos de violencia, y para proporcionar asistencia médica, psicológica, social y jurídica, así como rehabilitación, a las personas que sufren por causa de la violencia;
3. ALIENTA a todos los Estados Miembros que todavía no lo hayan hecho a que nombren un coordinador para la prevención de la violencia dentro del ministerio de salud;
4. ALIENTA a los Estados Miembros a que preparen oportunamente un informe sobre la violencia y la prevención de la violencia en que se expongan la magnitud del problema, los factores de riesgo, los esfuerzos que se están desplegando para prevenirla y las medidas futuras encaminadas a promover una respuesta multisectorial;
5. PIDE a la Directora General:
  - 1) que ayude a los Estados Miembros a establecer políticas y programas de salud pública basados en datos científicos para la aplicación de medidas que prevengan la violencia y mitiguen sus consecuencias a nivel individual y social;
  - 2) que aliente la realización urgente de investigaciones en apoyo de enfoques basados en datos científicos para prevenir la violencia y mitigar sus consecuencias a nivel individual, familiar y social, en particular las investigaciones de los factores de riesgo de la violencia que actúan a varios niveles y la evaluación de programas modelo de prevención;
  - 3) que, en colaboración con otras organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, siga tratando de integrar un enfoque de salud pública para prevenir la violencia basado en datos científicos en otras iniciativas mundiales de prevención importantes;
  - 4) que, utilizando los recursos disponibles y aprovechando las oportunidades de colaboración:
    - a) apoye y coordine los esfuerzos encaminados a preparar y revisar documentos normativos y directrices para la elaboración de políticas y programas de prevención, según corresponda;
    - b) preste apoyo técnico para reforzar los servicios de atención psicológica y médica destinados a los supervivientes o víctimas de actos violentos;
    - c) continúe abogando por que se adopten medidas de salud pública para combatir la violencia en todas sus formas, y por que se amplíen las existentes;
    - d) establezca redes que promuevan la prevención integrada de la violencia y los traumatismos;
6. PIDE ADEMÁS a la Directora General que informe a la 58ª Asamblea Mundial de la Salud, por conducto del Consejo Ejecutivo, sobre los progresos realizados en la aplicación del *Informe mundial sobre la violencia y la salud*.

ANEXO

**RECOMENDACIONES PARA LA PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA**

1. Crear, aplicar y supervisar un plan nacional de acción para prevenir la violencia.
2. Aumentar la capacidad de recolección de datos sobre la violencia.
3. Definir las prioridades y apoyar la investigación de las causas, las consecuencias, los costos y la prevención de la violencia.
4. Promover respuestas de prevención primaria.
5. Reforzar las respuestas a las víctimas de la violencia.
6. Integrar la prevención de la violencia en las políticas sociales y educativas, y promover así la igualdad social y entre los sexos.
7. Incrementar la colaboración y el intercambio de información sobre la prevención de la violencia.
8. Promover y supervisar el cumplimiento de los tratados internacionales y la legislación y otros mecanismos de protección de los derechos humanos.
9. Buscar respuestas prácticas y consensuadas a nivel internacional al tráfico mundial de drogas y de armas.

Décima sesión plenaria, 28 de mayo de 2003  
A56/VR/10

= = =



56ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD

WHA56.25

Punto 14.13 del orden del día

28 de mayo de 2003

## **Función de los arreglos contractuales en la mejora del desempeño de los sistemas de salud**

La 56ª Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe sobre la función de los arreglos contractuales en la mejora del desempeño de los sistemas de salud;<sup>1</sup>

Observando que es preciso fortalecer el desempeño de los sistemas de salud para seguir mejorando la salud de la población, asegurar la financiación equitativa de la salud y responder a las expectativas legítimas de la población;

Considerando que la reforma de los sistemas de salud ha propiciado en general una reestructuración institucional que ha supuesto la diversificación de los agentes que intervienen en el campo de la salud, en los sectores público y privado, y en las asociaciones;

Observando que a menudo se requiere un cambio de mentalidad en el ámbito de los servicios de Salud, por ejemplo, una mayor preocupación por las necesidades del paciente, una concepción más amplia de la salud basada en la población y un mayor interés en abordar las desigualdades en materia de salud, para mejorar el desempeño, y que el cambio estructural puede no afectar al enfoque centrado en los sistemas sanitarios;

Reconociendo la importante función rectora del gobierno en la reglamentación de los arreglos contractuales del sector de la salud,

1. INSTA a los Estados Miembros:

- 1) a que garanticen que los arreglos contractuales en el campo de la salud se ajusten a normas y principios acordes con la política nacional de salud;
- 2) a que elaboren políticas contractuales que potencien al máximo las repercusiones en el desempeño de los sistemas de salud y armonicen las prácticas de todos los interesados de manera transparente, para evitar efectos adversos;

---

<sup>1</sup> Documento A56/22.

- 3) a que compartan sus experiencias en relación con el establecimiento de arreglos contractuales de prestación de servicios de salud en los que participen los sectores público y privado y organizaciones no gubernamentales;
2. PIDE a la Directora General:
- 1) que cree una base científica que permita evaluar las repercusiones de diversos tipos de arreglos contractuales en el desempeño de los sistemas de salud e identificar prácticas óptimas, teniendo en cuenta las diferencias socioculturales;
  - 2) que, a petición de los Estados Miembros, preste apoyo técnico para reforzar sus capacidades y conocimientos prácticos en la concertación de arreglos contractuales;
  - 3) que, a petición de los Estados Miembros, desarrolle métodos e instrumentos adaptados a las realidades nacionales para prestar apoyo a los Estados Miembros en el establecimiento de un sistema de supervisión para asegurar la prestación de servicios de salud de calidad, por ejemplo, mediante la acreditación, la concesión de licencias y el registro de organizaciones de los sectores público y privado y organizaciones no gubernamentales del sector de la salud;
  - 4) que facilite el intercambio de experiencias entre los Estados Miembros;
  - 5) que informe al Consejo Ejecutivo en su 117ª reunión y a la 59ª Asamblea Mundial de la Salud sobre los efectos positivos de los arreglos contractuales y otras estrategias de fortalecimiento de los sistemas de salud en el desempeño de los sistemas de salud de los Estados Miembros.

Décima sesión plenaria, 28 de mayo de 2003  
A56/VR/10

= = =



56ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD

WHA56.27

Punto 14.9 del orden del día

28 de mayo de 2003

## **Derechos de propiedad intelectual, innovación y salud pública**

La 56ª Asamblea Mundial de la Salud,

Visto el informe sobre derechos de propiedad intelectual, innovación y salud pública;<sup>1</sup>

Considerando que, según los datos disponibles, de unos 1400 nuevos productos desarrollados por la industria farmacéutica entre 1975 y 1999, sólo 13 estaban destinados al tratamiento de las enfermedades tropicales y tres a la tuberculosis;

Consciente de que casi el 90% de las ventas mundiales de productos farmacéuticos corresponden a los países desarrollados, mientras que el 90% de los 14 millones de defunciones que se producen en el mundo debido a enfermedades infecciosas ocurre en los países en desarrollo;

Preocupada por la insuficiente investigación y desarrollo en relación con las llamadas «enfermedades desatendidas», o «enfermedades relacionadas con la pobreza», y advirtiendo que la investigación y desarrollo en el sector farmacéutico debe responder a las necesidades de salud pública y no sólo a las posibilidades de obtener beneficios comerciales;

Consciente de las preocupaciones acerca del actual sistema de protección mediante patente, especialmente en lo que se refiere al acceso a los medicamentos en los países en desarrollo;

Recordando que, según la Declaración relativa al Acuerdo sobre los ADPIC y la salud pública (Declaración de Doha), el Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC) no impide ni debe impedir a los Miembros que tomen medidas para proteger la salud pública y, en particular, para promover el acceso a los medicamentos para todos;

Observando que el Acuerdo sobre los ADPIC contiene flexibilidades y que, para utilizarlas adecuadamente, los Estados Miembros necesitan adaptar su legislación nacional sobre patentes;

Reafirmando la resolución WHA52.19 sobre la estrategia revisada en materia de medicamentos, la resolución WHA54.11 sobre la estrategia farmacéutica de la OMS y la resolución WHA55.14 sobre garantía de la accesibilidad a los medicamentos esenciales;

---

<sup>1</sup> Documento A56/17.



Considerando que los Estados Miembros deben instar a la industria farmacéutica a que redoble sus esfuerzos para producir innovaciones que aporten una real ventaja terapéutica al tratamiento de las principales enfermedades mortíferas del mundo, especialmente en los países en desarrollo;

Reconociendo la importancia de los derechos de propiedad intelectual para fomentar la investigación y el desarrollo de medicamentos innovadores y la importante función desempeñada por la propiedad intelectual con respecto al desarrollo de medicamentos esenciales;

Teniendo en cuenta que, para hacer frente a los nuevos problemas de salud pública de repercusión internacional, como la aparición del síndrome respiratorio agudo severo (SRAS), el acceso a nuevos medicamentos con posibles efectos terapéuticos, así como las innovaciones y los descubrimientos en materia de salud, deben estar a disposición de todos sin discriminación;

Considerando además los continuos esfuerzos de los miembros de la OMC por llegar a una solución respecto del párrafo 6 de la Declaración de Doha, en que se reconoce que «los miembros de la OMC cuyas capacidades de fabricación en el sector farmacéutico son insuficientes o inexistentes podrían tropezar con dificultades para hacer un uso efectivo de las licencias obligatorias con arreglo al Acuerdo sobre los ADPIC»;

Reiterando la necesidad de cumplir la meta 7 del sexto objetivo de desarrollo del Milenio y la meta 17 del octavo objetivo de desarrollo del Milenio;

Tomando nota de las resoluciones 2001/33 y 2003/29 de la Comisión de Derechos Humanos sobre acceso a la medicación en el contexto de pandemias como la de VIH/SIDA,

1. INSTA a los Estados Miembros:

- 1) a que reafirmen que los intereses de la salud pública son primordiales tanto en las políticas farmacéuticas como en las sanitarias;
- 2) a que estudien la posibilidad de adaptar, siempre que sea necesario, la legislación nacional para aprovechar plenamente las flexibilidades previstas en el Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC);
- 3) a que prosigan las gestiones encaminadas a alcanzar, en el marco de la OMC y antes de la Quinta Conferencia Ministerial de la OMC, una solución de consenso para el problema planteado en el párrafo 6 de la Declaración de Doha, con miras a atender las necesidades de los países en desarrollo;
- 4) a que procuren crear condiciones favorables a la investigación y desarrollo para impulsar el desarrollo de nuevos medicamentos contra las enfermedades que afectan a los países en desarrollo;

2. PIDE a la Directora General:

- 1) que continúe prestando apoyo a los Estados Miembros en el intercambio y la transferencia de tecnología y de resultados de investigaciones, atribuyendo elevada prioridad a la fabricación de fármacos antirretrovíricos para combatir el VIH/SIDA y de medicamentos para controlar la tuberculosis, el paludismo y otros grandes problemas sanitarios, en consonancia con el párrafo 7 de la Declaración de Doha, que fomenta y propicia la transferencia de tecnología;

- 2) que establezca, para la fecha en que se celebre la 113ª reunión del Consejo Ejecutivo (enero de 2004), el mandato de un órgano apropiado de duración limitada encargado de recoger datos y propuestas de las diferentes partes interesadas, y de elaborar un análisis de los derechos de propiedad intelectual, la innovación y la salud pública, con inclusión de la cuestión de los mecanismos apropiados de financiación y creación de incentivos para el desarrollo de nuevos medicamentos y otros productos contra enfermedades que afectan en forma desproporcionada a los países en desarrollo, y de presentar un informe provisional a la 57ª Asamblea Mundial de la Salud y un informe final, que contenga propuestas concretas, al Consejo Ejecutivo en su 115ª reunión (enero de 2005);
- 3) que coopere con los Estados Miembros que lo soliciten y con las organizaciones internacionales para vigilar y analizar las consecuencias de índole farmacéutica y de salud pública de los acuerdos internacionales pertinentes, incluidos los acuerdos comerciales, de forma que los Estados Miembros puedan evaluar eficazmente y luego desarrollar políticas y medidas de reglamentación farmacéuticas y sanitarias que respondan a sus preocupaciones y prioridades, y potenciar los efectos positivos de esos acuerdos atenuando al mismo tiempo sus efectos negativos;
- 4) que aliente a los países desarrollados a asumir nuevos compromisos de inversión en investigaciones biomédicas y conductuales, con inclusión, cuando sea posible, de la realización de investigaciones apropiadas con asociados de países en desarrollo.

Décima sesión plenaria, 28 de mayo de 2003  
A56/VR/10

= = =



56ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD

WHA56.28

Punto 14.16 del orden del día

28 de mayo de 2003

## Revisión del Reglamento Sanitario Internacional

La 56ª Asamblea Mundial de la Salud,

Recordando las resoluciones WHA48.7, WHA48.13, WHA54.14 y WHA55.16, que responden a la necesidad de velar por la seguridad sanitaria mundial en un momento en que la amenaza de las enfermedades infecciosas está resurgiendo;

Teniendo en cuenta asimismo la existencia de nuevos riesgos y amenazas para la salud derivados del posible uso deliberado de agentes con propósitos terroristas;

Reconociendo el papel que desempeñan los animales en la transmisión y la patogénesis de algunas enfermedades que afectan a los seres humanos;

Consciente de la amenaza adicional que entraña el aumento sustancial del comercio y los viajes internacionales, que suponen mayores oportunidades para la aparición y propagación de enfermedades infecciosas;

Subrayando la continua importancia del Reglamento Sanitario Internacional como instrumento para conseguir la máxima protección posible contra la propagación internacional de enfermedades con un mínimo de trabas para el tráfico internacional;

Reconociendo los estrechos vínculos existentes entre el Reglamento y las actividades de la OMS en materia de alerta y respuesta ante brotes, en cuyo ámbito se han determinado los objetivos principales que han de conseguirse al revisar el Reglamento;

Preocupada porque lo ocurrido tras la aparición y rápida propagación internacional del síndrome respiratorio agudo severo (SRAS) ha reflejado de forma concreta la magnitud de esos retos, la insuficiencia del actual Reglamento, y la apremiante necesidad de que la OMS y sus asociados internacionales emprendan acciones específicas no contempladas en el mismo,

1. EXPRESA su satisfacción por los procedimientos y las actividades que se han previsto a fin de ultimar el proyecto de Reglamento revisado para su adopción por la 58ª Asamblea Mundial de la Salud, en 2005;

2. RESUELVE:

1) de conformidad con el artículo 42 de su Reglamento Interior, establecer un grupo de trabajo intergubernamental abierto a todos los Estados Miembros encargado de examinar y recomendar un proyecto de revisión del Reglamento Sanitario Internacional para su examen por la Asamblea de la Salud a tenor del Artículo 21 de la Constitución de la OMS;

2) que las organizaciones de integración económica regional constituidas por Estados soberanos, Miembros de la OMS, a las que sus Estados Miembros han transferido competencias en asuntos regidos por la presente resolución, incluida la competencia para suscribir reglamentos internacionales jurídicamente vinculantes, participen, de conformidad con el artículo 55 del Reglamento Interior de la Asamblea de la Salud, en la labor del grupo de trabajo intergubernamental a que se hace referencia en el apartado (1);

3. INSTA a los Estados Miembros:

1) a que atribuyan alta prioridad a la labor de revisión del Reglamento Sanitario Internacional y a que proporcionen los recursos y la cooperación que se necesiten para facilitar el progreso de esa labor;

2) a que establezcan de inmediato un grupo especial permanente nacional u otro grupo equivalente y a que designen en él a uno o varios funcionarios con responsabilidades operativas y accesibles en todo momento por teléfono o por medios electrónicos para asegurar, especialmente en caso de emergencia, la rapidez tanto de las notificaciones a la OMS como de las consultas con las autoridades nacionales cuando deban adoptarse decisiones urgentes;

3) a que aseguren la colaboración, cuando proceda, con organismos veterinarios y agrícolas, así como con otros organismos pertinentes de atención veterinaria, para realizar investigaciones sobre medidas de prevención y control, incluida su planificación y aplicación;

4. PIDE a la Directora General:

1) que tenga en cuenta informes de fuentes distintas de las notificaciones oficiales y que valide esos informes con arreglo a los principios epidemiológicos establecidos;

2) que, cuando sea necesario y después de informar al gobierno interesado, alerte, aplicando criterios y procedimientos elaborados conjuntamente con los Estados Miembros, a la comunidad internacional de la aparición de una amenaza para la salud pública que pueda representar un serio peligro para los países vecinos o para la salud internacional;

3) que colabore con las autoridades nacionales para evaluar la gravedad de la amenaza y la idoneidad de las medidas de control y para que, cuando sea necesario, un equipo de la OMS lleve a cabo estudios *in situ*, a fin de asegurar que se adopten las medidas de control apropiadas;

5. PIDE ASIMISMO a la Directora General:

1) que ultime los trabajos técnicos necesarios para facilitar la concertación de un acuerdo sobre el Reglamento Sanitario Internacional revisado, incorporando las aportaciones técnicas de las disci-

plinas y los organismos pertinentes, con inclusión de los que se dedican a la atención veterinaria y a otros aspectos del cuidado de los animales, así como de las profesiones agrícolas pertinentes;

2) que utilice plenamente las reuniones consultivas técnicas y las comunicaciones electrónicas existentes para presentar al grupo de trabajo intergubernamental un texto lo más consensuado posible;

3) que mantenga informados a los Estados Miembros acerca de los trabajos técnicos relativos a la revisión del Reglamento por conducto de los comités regionales y otros mecanismos;

4) que convoque la reunión del grupo de trabajo intergubernamental sobre la revisión del Reglamento Sanitario Internacional en tiempo oportuno, previo acuerdo del Consejo Ejecutivo en su 113ª reunión, en enero de 2004, teniendo en cuenta los progresos alcanzados en los trabajos técnicos y los demás compromisos de la Organización;

5) que facilite la participación de los países menos adelantados en la labor del grupo de trabajo intergubernamental y en las consultas técnicas intergubernamentales;

6) que invite a participar en calidad de observadores en las reuniones del grupo de trabajo intergubernamental sobre la revisión del Reglamento Sanitario Internacional, de conformidad con el artículo 48 del Reglamento Interior de la Asamblea Mundial de la Salud, a representantes de Estados que no sean Miembros, de los movimientos de liberación a que se hace referencia en la resolución WHA27.37, de las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, de las organizaciones intergubernamentales con las que la OMS ha establecido relaciones efectivas, y de las organizaciones no gubernamentales que mantienen relaciones oficiales con la OMS, para que asistan a las reuniones de ese órgano de conformidad con lo dispuesto en el Reglamento Interior y en las resoluciones pertinentes de la Asamblea de la Salud.

Décima sesión plenaria, 28 de mayo de 2003  
A56/VR/10

= = =

**56ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD****WHA56.29****Punto 14.16 del orden del día****28 de mayo de 2003**

## **Síndrome respiratorio agudo severo (SRAS)**

La 56ª Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe sobre la aparición del síndrome respiratorio agudo severo (SRAS) y la respuesta internacional;<sup>1</sup>

Recordando las resoluciones WHA48.13, sobre enfermedades infecciosas nuevas, emergentes y re-emergentes, WHA54.14, sobre seguridad sanitaria mundial, alerta y respuesta ante epidemias, EB111.R13, sobre la revisión del Reglamento Sanitario Internacional, y EB111.R6, sobre prevención y control de las pandemias y las epidemias anuales de gripe;

Hondamente preocupada por la grave amenaza que para la seguridad sanitaria mundial, la subsistencia de las poblaciones, el funcionamiento de los sistemas de salud y la estabilidad y el crecimiento de las economías supone el SRAS, la primera enfermedad infecciosa grave aparecida en el siglo XXI;

Apreciando profundamente la dedicación con que ha respondido al SRAS el personal sanitario de todos los países, en particular el funcionario de la OMS, Dr. Carlo Urbani, quien a finales de febrero de 2003 fue el primero que señaló el SRAS a la atención de la comunidad internacional, y que falleció a causa de esa enfermedad el 29 de marzo de 2003;

Reconociendo la necesidad de que los Estados Miembros emprendan acciones individuales y colectivas para aplicar medidas eficaces de contención de la propagación del SRAS;

Reconociendo que el control del SRAS requiere una intensa cooperación regional y mundial, estrategias eficaces y recursos adicionales a nivel local, nacional, regional e internacional;

Apreciando el papel fundamental de la OMS en la campaña mundial para el control y la contención de la propagación del SRAS;

Reconociendo los grandes esfuerzos que han desplegado para contener el SRAS los países afectados, incluidos los que sólo disponen de escasos recursos, así como otros Estados Miembros;

---

<sup>1</sup> Documento A56/48.

Reconociendo la buena disposición de la comunidad científica, facilitada por la OMS, para cooperar de forma urgente, que ha permitido que se realicen progresos excepcionalmente rápidos en la comprensión de una nueva enfermedad;

Observando, no obstante, que quedan por esclarecer muchos aspectos del agente causal y de las características clínicas y epidemiológicas del SRAS, y que todavía no se puede prever la evolución futura del brote;

Observando que las diversas experiencias nacionales e internacionales vividas con el SRAS permiten extraer lecciones que podrían mejorar la preparación para responder a futuras enfermedades infecciosas emergentes, a la próxima pandemia de gripe y a la posible utilización de agentes biológicos con el fin de causar daños, así como para mitigar sus consecuencias económicas, sociales y en la salud pública;

Procurando aplicar el espíritu de varias acciones regionales e internacionales en la lucha contra la epidemia de SRAS, en particular la Reunión Especial de los Ministros de Salud de la Asociación de Naciones del Asia Sudoriental (ASEAN) Más Tres<sup>1</sup> sobre el Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SRAS) (Kuala Lumpur, 26 de abril de 2003), la Reunión Especial de Dirigentes de la ASEAN y China sobre el Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SRAS) (Bangkok, 29 de abril de 2003), la Reunión de Emergencia de los Ministros de Salud de la Asociación de Asia Meridional para la Cooperación Regional (SAARC) sobre la Epidemia de SRAS (Malé, 29 de abril de 2003), el Foro Aeronáutico ASEAN Más Tres sobre la Prevención y Contención del SRAS (Manila, 15-16 de mayo de 2003), y la Reunión Extraordinaria del Consejo de Ministros de Salud de la Unión Europea (Bruselas, 6 de mayo de 2003),

1. INSTA a los Estados Miembros:

- 1) a que se comprometan plenamente en la lucha contra el SRAS y otras enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes, mediante el ejercicio del liderazgo político, la asignación de recursos suficientes - incluso en el marco de la cooperación internacional - la intensificación de la colaboración multisectorial y la información pública;
- 2) a que apliquen las directrices recomendadas por la OMS en materia de vigilancia, con inclusión de las relativas a las definiciones y la gestión de casos, así como a los viajes internacionales;<sup>2</sup>
- 3) que informen con prontitud y transparencia sobre los casos registrados y faciliten a la OMS la información solicitada;
- 4) que amplíen su colaboración con la OMS y otras organizaciones internacionales y regionales para prestar apoyo a los sistemas de vigilancia epidemiológica y de laboratorio, y propicien medidas de respuesta rápidas y efectivas para contener la enfermedad;
- 5) a que fortalezcan, en la medida de lo posible, la capacidad de vigilancia y control del SRAS formulando o potenciando programas nacionales de lucha contra las enfermedades transmisibles;

---

<sup>1</sup> China, Japón y la República de Corea.

<sup>2</sup> Viajes con destino u origen en zonas afectadas por el SRAS, gestión a bordo de casos sospechosos de SRAS cuyos síntomas se manifiestan durante el viaje, con inclusión de técnicas de desinfección de aeronaves.

- 6) a que velen por que en todo momento sea posible establecer contacto por teléfono o por medios electrónicos con las personas que desempeñen responsabilidades operativas;
  - 7) a que sigan colaborando con la Red Mundial OMS de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos, que constituye el brazo operacional de la respuesta mundial, y a que, cuando corresponda, le presten asistencia;
  - 8) a que soliciten el apoyo de la OMS, cuando corresponda, y en particular cuando las medidas de control aplicadas no resulten eficaces para contener la propagación de la enfermedad;
  - 9) a que utilicen sus respectivas experiencias con el SRAS en materia de preparación y respuesta para reforzar la capacidad epidemiológica y de laboratorio en el marco de los planes de preparación a fin de responder a la próxima infección emergente, la próxima pandemia de gripe y la posible utilización deliberada de un agente biológico para causar daño;
  - 10) a que intercambien informaciones y experiencias sobre epidemias y sobre la prevención y el control oportunos de enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes, incluso entre países con fronteras terrestres comunes;<sup>1</sup>
  - 11) a que adopten medidas para mitigar los efectos perjudiciales de la epidemia del SRAS en la salud de la población, los sistemas sanitarios y el desarrollo socioeconómico;
2. PIDE a la Directora General:
- 1) que siga movilizando y manteniendo los esfuerzos desplegados a nivel mundial para controlar la epidemia del SRAS;
  - 2) que adopte medidas para actualizar y uniformar las directrices sobre viajes internacionales, en particular las relativas a los viajes por avión, potenciando la colaboración con otras organizaciones internacionales y regionales;
  - 3) que actualice las directrices sobre vigilancia, con inclusión de las definiciones de casos, los diagnósticos clínicos y de laboratorio, y la gestión de casos, así como sobre medidas de prevención efectivas;
  - 4) que, sobre la base de las informaciones y los datos epidemiológicos facilitados por los Estados Miembros, revise y actualice la clasificación de las «zonas con transmisión local reciente» mediante la realización de consultas interactivas estrechas con los Estados Miembros interesados y de una manera que salvaguarde la salud de la población y al mismo tiempo reduzca al mínimo la confusión que pueda crearse entre el público y los efectos socioeconómicos perjudiciales;
  - 5) que movilice las investigaciones científicas a nivel mundial para mejorar el conocimiento de la enfermedad y desarrollar instrumentos de control, como pruebas de diagnóstico, medicamentos y vacunas, que sean accesibles y asequibles para los Estados Miembros, en especial para los países en desarrollo y para los países con economías en transición;

---

<sup>1</sup> La OMS considera que en todo país que tenga un aeropuerto internacional o una frontera común con una zona con transmisión local reciente de SRAS, existe el riesgo de que se reciban casos importados.



- 6) que colabore con los Estados Miembros en sus esfuerzos para movilizar recursos humanos y financieros y apoyo técnico a fin de establecer o mejorar sistemas nacionales, regionales y mundiales de vigilancia epidemiológica y garantizar la adopción de medidas de respuesta efectivas contra las enfermedades emergentes y reemergentes, con inclusión del SRAS;
- 7) que dé respuesta apropiada a todas las peticiones que se hagan a la OMS para la prestación de apoyo en materia de vigilancia, prevención y control del SRAS, de conformidad con la Constitución de la Organización;
- 8) que fortalezca las funciones de la Red Mundial OMS de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos;
- 9) que refuerce la red mundial de centros colaboradores de la OMS a fin de llevar a cabo actividades de investigación y capacitación para la gestión de enfermedades emergentes y reemergentes, con inclusión del SRAS;
- 10) que, al revisar el Reglamento Sanitario Internacional, tenga en cuenta las pruebas científicas, las experiencias, los conocimientos y las lecciones aprendidas en la aplicación de medidas de respuesta al SRAS;
- 11) que, por conducto del Consejo Ejecutivo en su 113ª reunión, informe a la 57ª Asamblea Mundial de la Salud sobre los progresos realizados en la aplicación de la presente resolución.

Décima sesión plenaria, 28 de mayo de 2003  
A56/VR/10

= = =



56ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD

WHA56.30

Punto 14.4 del orden del día

28 de mayo de 2003

## **Estrategia mundial del sector sanitario para el VIH/SIDA**

La 56ª Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el proyecto de estrategia mundial del sector sanitario para el VIH/SIDA;<sup>1</sup>

Consciente del papel que ha de desempeñar la OMS, como copatrocinadora del ONUSIDA, para asegurar el seguimiento de la Declaración de Compromiso sobre el VIH/SIDA emanada del periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (junio de 2001);

Hondamente preocupada por la carga sin precedentes que la epidemia de VIH/SIDA está imponiendo al sector de la salud, y reconociendo la función capital de este sector en la articulación de una respuesta ampliada y multisectorial;

Advirtiendo las oportunidades y los retos que entraña para los Estados Miembros la disponibilidad de nuevos recursos, provenientes de mecanismos como el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, así como del Banco Mundial, organismos bilaterales, fundaciones y otros donantes;

Plenamente consciente de la necesidad de reforzar la capacidad del sector sanitario a fin de:  
*a)* absorber y gestionar los recursos; *b)* mejorar la planificación, el establecimiento de prioridades, el desarrollo de los recursos humanos, la gestión de los programas, la aplicación e integración de intervenciones clave, la movilización de organizaciones no gubernamentales y el aseguramiento de la calidad y sostenibilidad de los servicios; y *c)* apoyar las investigaciones como parte de las respuestas nacionales;

Advirtiendo asimismo la necesidad de ampliar simultáneamente las actividades de prevención, tratamiento, atención, apoyo, vigilancia, monitoreo y evaluación, como elementos esenciales y mutuamente reforzantes de una respuesta global fortalecida contra la epidemia de VIH/SIDA;

Consciente del correspondiente aumento de la demanda de apoyo técnico, orientación normativa e información estratégica que necesitan los Estados Miembros para hacer un uso óptimo de los recursos y maximizar el impacto de las intervenciones;

---

<sup>1</sup> Documento A56/12, anexo.

Recordando que en la resolución WHA53.14 se pedía a la Directora General, entre otras cosas, que desarrollara una estrategia mundial del sector sanitario para el VIH/SIDA y las infecciones de transmisión sexual,

1. TOMA NOTA de la estrategia mundial del sector sanitario para el VIH/SIDA;
2. EXHORTA a los Estados Miembros, con carácter urgente:
  - 1) a que adopten y apliquen la estrategia en función de sus circunstancias nacionales como parte de las respuestas nacionales y multisectoriales a la epidemia de VIH/SIDA;
  - 2) a que refuercen las estructuras existentes, o establezcan otras nuevas, y a que movilicen y hagan participar a todas las partes interesadas, dentro y fuera del sector de la salud, con el fin de aplicar la estrategia a través del sector sanitario y de otros sectores interesados, y de vigilar y evaluar su eficacia;
  - 3) a que tomen todas las medidas necesarias, entre ellas la movilización de recursos, para cumplir sus obligaciones de conformidad con la Declaración de Compromiso sobre el VIH/SIDA emanada del periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, incluidas las relativas al acceso a la atención y al tratamiento; y a los esfuerzos encaminados a prevenir la infección por el VIH;
  - 4) a que refuercen las medidas de cooperación y apoyo, tanto de forma bilateral como multilateral, para luchar contra la epidemia de VIH/SIDA, ya sea directamente entre ellos o por conducto de la OMS u otras instituciones internacionales y regionales competentes;
  - 5) a que reafirmen que los intereses de la salud pública tienen una importancia primordial en las políticas tanto farmacéuticas como sanitarias, reconozcan las dificultades con que tropiezan los países en desarrollo para el uso efectivo de las licencias obligatorias de conformidad con la Declaración relativa al Acuerdo sobre los ADPIC y la salud pública (Declaración de Doha), y, cuando proceda, usen las flexibilidades del Acuerdo sobre los ADPIC para satisfacer las necesidades de los países en desarrollo en materia de medicamentos contra el VIH/SIDA;
3. PIDE a la Directora General:
  - 1) que preste apoyo a los Estados Miembros que así lo soliciten para aplicar la estrategia y evaluar su impacto y su eficacia;
  - 2) que coopere con los Estados Miembros que soliciten apoyo técnico para preparar las propuestas que presenten al Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria;
  - 3) que adopte las medidas necesarias para velar por que las ofertas bilaterales y multilaterales de colaboración y apoyo que presenten uno o más Estados Miembros en relación con la lucha contra la epidemia de VIH/SIDA se difundan ampliamente y se promuevan entre los demás Estados Miembros, y que periódicamente evalúe en la Asamblea de la Salud las repercusiones de esa práctica;
  - 4) que apoye, movilice y facilite los esfuerzos de los Estados Miembros y de las demás partes interesadas para lograr el objetivo de proporcionar, centrándose en la pobreza, con un criterio equi-

tativo y en beneficio de los sectores más vulnerables, tratamiento antirretrovírico eficaz en el contexto del fortalecimiento de los sistemas nacionales de salud, manteniendo al mismo tiempo un equilibrio adecuado de las inversiones en materia de prevención, atención y tratamiento, y teniendo presente la meta de la OMS de ampliar el acceso a la terapia antirretrovírica a tres millones de personas para 2005;<sup>1</sup>

5) que siga movilizando a los Estados Miembros y a todas las partes para prestar apoyo a las medidas adoptadas por los países con epidemias de SIDA, y en especial los países en desarrollo, para obtener medicamentos asequibles y accesibles a fin de combatir el VIH/SIDA;

6) que informe a la 57ª Asamblea Mundial de la Salud por conducto del Consejo Ejecutivo en su 113ª reunión sobre los progresos en la aplicación de la presente resolución.

Décima sesión plenaria, 28 de mayo de 2003  
A56/VR/10

= = =

---

<sup>1</sup> Documento A56/12.



56ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD

WHA56.32

Punto 12.1 del orden del día

28 de mayo de 2003

## Resolución de Apertura de Créditos para el ejercicio 2004-2005

La 56ª Asamblea Mundial de la Salud

1. RESUELVE abrir créditos para el ejercicio 2004-2005 por un importe de US\$ 960 111 000 con cargo al presupuesto ordinario, como sigue:

Sección	Asignación de los créditos	Importe US\$
1.	Enfermedades transmisibles	93 025 000
2.	Enfermedades no transmisibles y salud mental	69 616 000
3.	Salud familiar y comunitaria	60 340 000
4.	Desarrollo sostenible y ambientes saludables	81 802 000
5.	Tecnología de la salud y productos farmacéuticos	49 728 000
6.	Pruebas científicas e información para la salud	175 451 000
7.	Relaciones externas y órganos deliberantes	44 055 000
8.	Administración general	139 294 000
9.	Director General, Directores Regionales y funciones independientes	21 670 000
10.	Presencia de la OMS en los países	111 130 000
11.	Varios	34 000 000
	Presupuesto efectivo	880 111 000
12.	Transferencia al Fondo de Igualdad de Impuestos	80 000 000
	<b>Total</b>	<b>960 111 000</b>

2. RESUELVE financiar el presupuesto ordinario para el ejercicio 2004-2005 como sigue:

<b>Fuente de financiación</b>	<b>Importe US\$</b>
Ingresos varios	21 636 000
Contribuciones netas de los Miembros al presupuesto ordinario (véase también el párrafo 3(3) <i>infra</i> )	863 100 890
Transferencia neta al Fondo de Igualdad de Impuestos	75 374 110
<b>Total</b>	<u>960 111 000</u>

3. RESUELVE además que:

1) no obstante lo dispuesto en el párrafo 4.3 del Reglamento Financiero, la Directora General podrá efectuar transferencias de créditos entre las secciones del presupuesto efectivo, siempre que el importe de las transferencias efectuadas con cargo a una sección no exceda del 10% de la dotación de ésta; todas esas transferencias constarán en el informe financiero sobre el ejercicio 2004-2005; cualquier otra transferencia que sea necesaria habrá de hacerse y notificarse con sujeción a las disposiciones del párrafo 4.3 del Reglamento Financiero;

2) de conformidad con las disposiciones del Reglamento Financiero, se liberarán las cantidades necesarias para atender el pago de las obligaciones contraídas entre el 1 de enero de 2004 y el 31 de diciembre de 2005, sin que su importe pueda exceder de los créditos abiertos en el párrafo 3; no obstante lo dispuesto en el presente párrafo, la Directora General limitará las obligaciones que hayan de contraerse durante el ejercicio 2004-2005 al importe de las secciones 1 a 11;

3) para calcular la cuantía que ha de abonar cada Miembro, se deducirán de su contribución señalada las cantidades abonadas en su favor en el Fondo de Igualdad de Impuestos, con la salvedad de que en el caso de los Miembros que gravan con impuestos los sueldos percibidos por los funcionarios de la OMS, los abonos se reducirán en la cuantía previsible de los correspondientes reembolsos pagaderos por la Organización a ese personal; el monto total de esos reembolsos se estima en US\$ 4 625 890;

4. DECIDE:

1) que, no obstante las disposiciones del artículo 5.1 del Reglamento Financiero, una cuantía de US\$ 12 364 000 se financiará directamente con cargo a la Cuenta de Ingresos Varios para disponer de un mecanismo de ajuste en beneficio de los Estados Miembros que resulten afectados por el incremento de la cuota de contribución correspondiente al ejercicio 2004-2005 respecto de la aplicable en el ejercicio 2000-2001 y que comuniquen a la Organización su deseo de beneficiarse de ese mecanismo;<sup>1</sup>

2) que la cuantía necesaria para efectuar los pagos relativos al plan de incentivos financieros correspondientes a 2004 y 2005, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo 6.5 del Reglamento

---

<sup>1</sup> Véase la resolución WHA56.34.

Financiero, estimada en US\$ 1 000 000, se financiará directamente con cargo a la Cuenta de Ingresos Varios;

3) que el nivel del Fondo de Operaciones se mantenga en US\$ 31 000 000, como se decidió anteriormente en la resolución WHA52.20;

5. PIDE a la Directora General que presente al Consejo Ejecutivo, en su 113ª reunión, información presupuestaria sobre dotación de personal y categorías de gastos derivada de la planificación operacional para 2004-2005;

6. TOMA NOTA de que los gastos del presupuesto por programas para el ejercicio 2004-2005 que se financiarán con cargo a fuentes distintas del presupuesto ordinario se estiman en US\$ 1 824 500 000, lo que eleva el total del presupuesto por programas, teniendo en cuenta todas las fuentes de financiación, a US\$ 2 704 611 000.

Décima sesión plenaria, 28 de mayo de 2003  
A56/VR/10

= = =



56ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD

WHA56.33

Punto 16.6 del orden del día

28 de mayo de 2003

## Escala de contribuciones para el ejercicio 2004-2005

La 56ª Asamblea Mundial de la Salud,

1. RESUELVE aceptar en adelante la última escala de cuotas de las Naciones Unidas conocida como base para determinar las contribuciones señaladas a los Estados Miembros, aplicando una cuota de contribución máxima del 22% y una cuota de contribución mínima del 0,001% y ajustando la escala para tener en cuenta las diferencias de composición entre la OMS y las Naciones Unidas;
2. RESUELVE que la escala de contribuciones para los años 2004 y 2005 sea la siguiente:

(1)	(2)
Miembros y Miembros Asociados	Escala de la OMS para 2004-2005
	%
Afganistán	0,00890
Albania	0,00300
Alemania	9,61200
Andorra	0,00390
Angola	0,00200
Antigua y Barbuda	0,00200
Arabia Saudita	0,54510
Argentina	1,13050
Argelia	0,06890
Armenia	0,00200
Australia	1,60090
Austria	0,93180
Azerbaiyán	0,00390
Bahamas	0,01180
Bahrein	0,01770
Bangladesh	0,00980
Barbados	0,00890
Belarús	0,01870



(1)	(2)
Miembros y Miembros Asociados	Escala de la OMS para 2004-2005
	%
Bélgica	1,11090
Belice	0,00100
Benin	0,00200
Bhután	0,00100
Bolivia	0,00790
Bosnia y Herzegovina	0,00390
Botswana	0,00980
Brasil	2,35160
Brunei Darussalam	0,03250
Bulgaria	0,01280
Burkina Faso	0,00200
Burundi	0,00100
Cabo Verde	0,00100
Camboya	0,00200
Camerún	0,00890
Canadá	2,51690
Chad	0,00100
Chile	0,20860
China	1,50740
Chipre	0,03740
Colombia	0,19780
Comoras	0,00100
Congo	0,00100
Costa Rica	0,01970
Côte d'Ivoire	0,00890
Croacia	0,03840
Cuba	0,02950
Dinamarca	0,73700
Djibouti	0,00100
Dominica	0,00100
Ecuador	0,02460
Egipto	0,07970
El Salvador	0,01770
Emiratos Árabes Unidos	0,19870
Eritrea	0,00100
Eslovaquia	0,04230
Eslovenia	0,07970
España	2,47830
Estados Unidos de América	22,00000
Estonia	0,00980
Etiopía	0,00390
Ex República Yugoslava de Macedonia	0,00590
Federación de Rusia	1,18070

(1)	(2)
Miembros y Miembros Asociados	Escala de la OMS para 2004-2005
	%
Fiji	0,00390
Filipinas	0,09840
Finlandia	0,51360
Francia	6,36210
Gabón	0,01380
Gambia	0,00100
Georgia	0,00490
Ghana	0,00490
Granada	0,00100
Grecia	0,53030
Guatemala	0,02660
Guinea	0,00300
Guinea Ecuatorial	0,00100
Guinea-Bissau	0,00100
Guyana	0,00100
Haití	0,00200
Honduras	0,00490
Hungría	0,11810
India	0,33550
Indonesia	0,19680
Irán (República Islámica del)	0,26760
Iraq	0,13380
Irlanda	0,28930
Islandia	0,03250
Islas Cook <sup>a</sup>	0,00100
Islas Marshall	0,00100
Islas Salomón	0,00100
Israel	0,40830
Italia	4,98340
Jamahiriya Árabe Libia	0,06590
Jamaica	0,00390
Japón	19,20220
Jordania	0,00790
Kazajstán	0,02750
Kenya	0,00790
Kirguistán	0,00100
Kiribati	0,00100
Kuwait	0,14460
Lesotho	0,00100
Letonia	0,00980

<sup>a</sup> No es miembro de las Naciones Unidas.

(1)	(2)
Miembros y Miembros Asociados	Escala de la OMS para 2004-2005
	%
Líbano	0,01180
Liberia	0,00100
Lituania	0,01670
Luxemburgo	0,07870
Madagascar	0,00300
Malasia	0,23120
Malawi	0,00200
Maldivas	0,00100
Malí	0,00200
Malta	0,01480
Marruecos	0,04330
Mauricio	0,01080
Mauritania	0,00100
México	1,06850
Micronesia (Estados Federados de)	0,00100
Mónaco	0,00390
Mongolia	0,00100
Mozambique	0,00100
Myanmar	0,00980
Namibia	0,00690
Nauru	0,00100
Nepal	0,00390
Nicaragua	0,00100
Níger	0,00100
Nigeria	0,06690
Niue <sup>a</sup>	0,00100
Noruega	0,63560
Nueva Zelandia	0,23710
Omán	0,06000
Países Bajos	1,71010
Pakistán	0,06000
Palau	0,00100
Panamá	0,01770
Papua Nueva Guinea	0,00590
Paraguay	0,01570
Perú	0,11610
Polonia	0,37190
Portugal	0,45460
Puerto Rico <sup>a,b</sup>	0,00100

<sup>a</sup> No es miembro de las Naciones Unidas.

<sup>b</sup> Miembro Asociado de la OMS.

(1)	(2)
Miembros y Miembros Asociados	Escala de la OMS para 2004-2005
	%
Qatar	0,03340
Reino Unido de Gran Bretaña y Norte de Irlanda	5,44700
República Árabe Siria	0,07870
República Centrafricana	0,00100
República Checa	0,19970
República de Corea	1,82130
República de Moldova	0,00200
República Democrática del Congo	0,00390
República Democrática Popular Lao	0,00100
República Dominicana	0,02260
República Popular Democrática de Corea	0,00890
República Unida de Tanzania	0,00390
Rumania	0,05710
Rwanda	0,00100
Saint Kitts y Nevis	0,00100
Samoa	0,00100
San Marino	0,00200
San Vicente y las Granadinas	0,00100
Santa Lucía	0,00200
Santo Tomé y Príncipe	0,00100
Senegal	0,00490
Serbia y Montenegro	0,01970
Seychelles	0,00200
Sierra Leona	0,00100
Singapur	0,38670
Somalia	0,00100
Sri Lanka	0,01570
Sudáfrica	0,40140
Sudán	0,00590
Suecia	1,01030
Suiza	1,25350
Suriname	0,00200
Swazilandia	0,00200
Tailandia	0,28930
Tayikistán	0,00100
Timor-Leste	0,00100
Togo	0,00100
Tokelau <sup>a,b</sup>	0,00100
Tonga	0,00100

<sup>a</sup> No es miembro de las Naciones Unidas.

<sup>b</sup> Miembro Asociado de la OMS.

(1)	(2)
Miembros y Miembros Asociados	Escala de la OMS para 2004-2005
	%
Trinidad y Tabago	0,01570
Túnez	0,02950
Turkmenistán	0,00300
Turquía	0,43290
Tuvalu	0,00100
Ucrania	0,05210
Uganda	0,00490
Uruguay	0,07870
Uzbekistán	0,01080
Vanuatu	0,00100
Venezuela	0,20470
Viet Nam	0,01570
Yemen	0,00590
Zambia	0,00200
Zimbabwe	0,00790

Décima sesión plenaria, 28 de mayo de 2003  
A56/VR/10

= = =



56ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD

WHA56.34

Punto 16.6 del orden del día

28 de mayo de 2003

## Mecanismo de ajuste

La 56ª Asamblea Mundial de la Salud

DECIDE:

- 1) establecer un mecanismo de ajuste que se podrá utilizar para conceder compensaciones a los Estados Miembros que resulten afectados por un incremento de sus cuotas de contribución como consecuencia del cambio en la escala de contribuciones de la OMS para 2004-2005<sup>1</sup> y para 2006-2007 con respecto a la escala de contribuciones para 2000-2001;
- 2) que las compensaciones se concederán a los Estados Miembros que, antes del comienzo del año de que se trate, comuniquen a la Directora General que desean beneficiarse de este mecanismo;
- 3) que la cuantía máxima disponible para cada uno de los Estados Miembros a los que se hace referencia en el párrafo 1 se limitará a la cantidad que corresponda al incremento resultante del cambio en la escala de contribuciones de la OMS entre 2000-2001 y 2004-2005 y entre 2000-2001 y 2006-2007, sobre un total de US\$ 858 475 000;
- 4) que la cuantía calculada de conformidad con el párrafo 3 se limitará a un máximo del 60% del incremento en 2004, un máximo del 40% del incremento en 2005, un máximo del 40% del incremento en 2006 y un máximo del 30% en 2007;
- 5) que las cantidades calculadas de conformidad con los párrafos 3 y 4 se acreditarán a las cuentas de los Estados Miembros con validez a partir del 1 de enero del año al que corresponda el crédito;
- 6) que en la Resolución de Apertura de Créditos para el bienio 2006-2007 se incluirá una transferencia adicional de US\$ 8 655 000 para el mecanismo de ajuste con cargo a la partida de ingresos varios.

Décima sesión plenaria, 28 de mayo de 2003  
A56/VR/10

= = =

---

<sup>1</sup> Véase la resolución WHA56.33.



56ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD

WHA56.35

Punto 18.2 del orden del día

28 de mayo de 2003

## Representación de los países en desarrollo en la Secretaría

La 56ª Asamblea Mundial de la Salud,

Recordando la resolución WHA55.24;

Habiendo examinado el informe de la Directora General sobre la representación de los países en desarrollo en la Secretaría;<sup>1</sup>

Guiada por los propósitos y principios de la Carta de las Naciones Unidas, en particular por el principio de la igualdad soberana de todos sus Estados Miembros;

Reafirmando el principio de la participación equitativa de todos los Miembros de la OMS en la labor de la Organización, incluida la de su Secretaría y sus diversos comités y órganos;

Teniendo presente el principio de paridad entre los géneros;

Teniendo presente el Artículo 35 de la Constitución,

1. EXPRESA SU PREOCUPACIÓN por el desequilibrio que existe actualmente en la distribución de los puestos en la Secretaría de la OMS entre los países en desarrollo y los países desarrollados, así como por la persistente subrepresentación o falta de representación de varios países, en particular países en desarrollo, en la Secretaría de la OMS;

2. APRUEBA la actualización de los diversos elementos de la fórmula de la OMS, que incorpora la última información disponible sobre el grado de representación, las contribuciones y la población;

3. APRUEBA la fórmula siguiente para el nombramiento del personal en la Secretaría de la OMS:

- 1) contribución 45%
- 2) grado de representación 45%

---

<sup>1</sup> Documento A56/40.

- 3) población 10%
- 4) el límite superior del margen conveniente se establecerá con sujeción a una cifra mínima basada en la población del siguiente modo:

Hasta 1 millón	0,379% de 1580, o un límite superior de 6
Más de 1 millón y hasta 25 millones	0,506% de 1580, o un límite superior de 8
Más de 25 millones y hasta 50 millones	0,632% de 1580, o un límite superior de 10
Más de 50 millones y hasta 100 millones	0,759% de 1580, o un límite superior de 12
Más de 100 millones	0,886% de 1580, o un límite superior de 14

4. ESTABLECE una meta del 60% de todas las vacantes y los puestos creados durante los próximos dos años en las categorías profesional y superior, cualesquiera que sean los fondos de que dependan, para nombrar nacionales de países no representados o subrepresentados, en particular países en desarrollo, con arreglo a la fórmula descrita en el párrafo 3 en todas las categorías de puestos, sobre todo en los puestos de los grados P-5 y superiores, teniendo en cuenta la representación geográfica y la paridad entre los géneros;

5. PIDE a la Directora General:

- 1) que dé preferencia a los candidatos de los países en desarrollo no representados o subrepresentados, en particular de los países en desarrollo, con arreglo a la fórmula descrita en el párrafo 3 en todas las categorías de puestos, sobre todo en los puestos de los grados P-5 y superiores, teniendo en cuenta la representación geográfica y la paridad entre los géneros;
- 2) que presente a la 57ª Asamblea Mundial de la Salud un informe sobre la aplicación de la presente resolución.

Undécima sesión plenaria, 28 de mayo de 2003  
A56/VR/11

= = =