



ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

66.^a ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD

GINEBRA, 20-27 DE MAYO DE 2013

**RESOLUCIONES Y DECISIONES
ANEXOS**

**GINEBRA
2013**

SIGLAS

Entre las siglas empleadas en la documentación de la OMS figuran las siguientes:

ACNUR	- Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (Oficina)
ASEAN	- Asociación de Naciones del Asia Sudoriental
CCIS	- Comité Consultivo de Investigaciones Sanitarias
CIIC	- Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer
CIOMS	- Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas
FAO	- Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura
FIDA	- Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola
FMI	- Fondo Monetario Internacional
JIFE	- Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes
OACI	- Organización de Aviación Civil Internacional
OCDE	- Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos
OIE	- Office international des Épizooties
OIEA	- Organismo Internacional de Energía Atómica
OIT	- Organización (Oficina) Internacional del Trabajo
OMC	- Organización Mundial del Comercio
OMI	- Organización Marítima Internacional
OMM	- Organización Meteorológica Mundial
OMPI	- Organización Mundial de la Propiedad Intelectual
ONUDI	- Organización de las Naciones Unidas para el Desarrollo Industrial
ONUSIDA	- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
OOPS	- Organismo de Obras Públicas y Socorro de las Naciones Unidas para los Refugiados de Palestina en el Cercano Oriente
OPS	- Organización Panamericana de la Salud
OSP	- Oficina Sanitaria Panamericana
PMA	- Programa Mundial de Alimentos
PNUD	- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PNUMA	- Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente
UIT	- Unión Internacional de Telecomunicaciones
UNCTAD	- Conferencia de las Naciones Unidas sobre Comercio y Desarrollo
UNDCP	- Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas
UNESCO	- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
UNFPA	- Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNICEF	- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

Las denominaciones empleadas en este volumen y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Mundial de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. La denominación «país o zona» que figura en los títulos de los cuadros abarca países, territorios, ciudades o zonas.

INTRODUCCIÓN

La 66.^a Asamblea Mundial de la Salud se celebró en el Palais des Nations, Ginebra, del 20 al 27 de mayo de 2013, de acuerdo con la decisión adoptada por el Consejo Ejecutivo en su 131.^a reunión.¹

¹ Decisión EB131(10).

ÍNDICE

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

RESOLUCIONES Y DECISIONES

Resoluciones

WHA66.1	Duodécimo Programa General de Trabajo, 2014-2019.....	1
WHA66.2	Presupuesto por programas 2014-2015	1
WHA66.3	Modificaciones del Reglamento Financiero y de las Normas de Gestión Financiera	3
WHA66.4	Salud ocular universal: un plan de acción mundial 2014-2019	3
WHA66.5	Situación sanitaria en el territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental, y en el Golán sirio ocupado.....	5
WHA66.6	Informe financiero y estados financieros comprobados sobre el ejercicio 1 de enero de 2012 - 31 de diciembre de 2012	8
WHA66.7	Aplicación de las recomendaciones de la Comisión de las Naciones Unidas sobre Productos Básicos de Supervivencia para Mujeres y Niños.....	8
WHA66.8	Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020	11
WHA66.9	Discapacidad	11
WHA66.10	Seguimiento de la Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles	15
WHA66.11	La salud en la agenda para el desarrollo después de 2015	21
WHA66.12	Enfermedades tropicales desatendidas	23

	Página
WHA66.13	Estado de la recaudación de las contribuciones señaladas, y Estados Miembros con atrasos de contribuciones de importancia bastante para que esté justificado aplicar el Artículo 7 de la Constitución 26
WHA66.14	Arreglos especiales para la liquidación de atrasos: Tayikistán..... 27
WHA66.15	Escala de contribuciones para 2014-2015 28
WHA66.16	Gestión del riesgo cambiario 33
WHA66.17	Informe del Comisario de Cuentas 34
WHA66.18	Seguimiento del informe del Grupo de Trabajo sobre la Elección de Director General de la Organización Mundial de la Salud 34
WHA66.19	Bienes inmuebles..... 47
WHA66.20	Acuerdo entre la Organización Mundial de la Salud y el Centro del Sur..... 47
WHA66.21	Reasignación de Sudán del Sur de la Región del Mediterráneo Oriental a la Región de África..... 47
WHA66.22	Seguimiento del informe del Grupo consultivo de expertos en investigación y desarrollo: financiación y coordinación 48
WHA66.23	Transformar la formación de la fuerza de trabajo sanitaria para apoyar la cobertura sanitaria universal 51
WHA66.24	Normalización y compatibilidad en materia de ciberseguridad..... 54
 Decisiones	
WHA66(1)	Composición de la Comisión de Credenciales 57
WHA66(2)	Elección del Presidente y de los Vicepresidentes de la 66.ª Asamblea Mundial de la Salud..... 57
WHA66(3)	Constitución de la Mesa de la Asamblea..... 57
WHA66(4)	Adopción del orden del día..... 57
WHA66(5)	Elección de la Mesa de las comisiones principales 58
WHA66(6)	Verificación de credenciales..... 58
WHA66(7)	Elección de Miembros facultados para designar una persona que forme parte del Consejo Ejecutivo 59
WHA66(8)	Financiación de la OMS 59
WHA66(9)	Método de asignación estratégica de los recursos 59

		Página
WHA66(10)	Productos médicos de calidad subestándar, espurios, de etiquetado engañoso, falsificados o de imitación.....	59
WHA66(11)	Nombramiento de representantes en el Comité de la Caja de Pensiones del Personal de la OMS	60
WHA66(12)	Seguimiento del informe del Grupo consultivo de expertos en investigación y desarrollo: financiación y coordinación	60
WHA66(13)	Elección del país en que se ha de reunir la 67.ª Asamblea Mundial de la Salud.....	61

ANEXOS

1.	Texto de las modificaciones del Reglamento Financiero de la Organización Mundial de la Salud	65
2.	Salud ocular universal: un plan de acción mundial para 2014-2019	68
3.	Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020.....	87
4.	Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020	115
5.	Acuerdo entre la Organización Mundial de la Salud y el Centro del Sur	170
6.	Repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de las resoluciones adoptadas por la Asamblea de la Salud	174

ORDEN DEL DÍA¹

SESIONES PLENARIAS

1. Apertura de la Asamblea de la Salud
 - 1.1 Establecimiento de la Comisión de Credenciales
 - 1.2 Elección de Presidente
 - 1.3 Elección de cinco Vicepresidentes y de Presidentes de las comisiones principales, y establecimiento de la Mesa de la Asamblea
 - 1.4 Adopción del orden del día y distribución de su contenido entre las comisiones principales
2. Informe del Consejo Ejecutivo sobre sus reuniones 131.^a y 132.^a
3. Alocución de la Dra. Margaret Chan, Directora General
4. Orador invitado
5. [suprimido]
6. Consejo Ejecutivo: elección
7. Premios
8. Informes de las comisiones principales
9. Clausura de la Asamblea

COMISIÓN A

10. Apertura de la Comisión²
11. Reforma de la OMS
12. Asuntos programáticos y presupuestarios
 - 12.1 Ejecución del presupuesto por programas 2012-2013: informe interino
 - 12.2 Proyecto de Duodécimo Programa General de Trabajo

¹ Adoptado en la segunda sesión plenaria.

² Incluida la elección de Vicepresidentes y de Relator.

- 12.3 Proyecto de presupuesto por programas 2014-2015
- 21.6 Modificaciones del Reglamento Financiero y de las Normas de Gestión Financiera
- 13. Enfermedades no transmisibles
 - 13.1 Proyecto de marco mundial de vigilancia integral y metas para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles
 - 13.2 Proyecto de plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020
 - 13.3 Proyecto de plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020
 - 13.4 Proyecto de plan de acción para la prevención de la ceguera y la discapacidad visual evitables 2014-2019
 - 13.5 Discapacidad
- 14. Promoción de la salud a lo largo del ciclo de vida
 - 14.1 Monitoreo del logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud
 - 14.2 Seguimiento de las recomendaciones de las comisiones de alto nivel convocadas para mejorar la salud de la mujer y el niño
 - 14.3 Determinantes sociales de la salud
- 15. Preparación, vigilancia y respuesta
 - 15.1 Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005)
 - 15.2 Preparación para una gripe pandémica: intercambio de virus gripales y acceso a las vacunas y otros beneficios
 - 15.3 Poliomielitis: intensificación de la iniciativa de erradicación mundial
- 16. Enfermedades transmisibles
 - 16.1 Plan de acción mundial sobre vacunas
 - 16.2 Enfermedades tropicales desatendidas
 - 16.3 Paludismo
- 17. [transferido a la Comisión B]
- 18. [transferido a la Comisión B]

COMISIÓN B

19. Apertura de la Comisión¹
20. Situación sanitaria en el territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental, y en el Golán sirio ocupado
21. Asuntos financieros
 - 21.1 Informe financiero y estados financieros comprobados sobre el ejercicio 1 de enero de 2012 - 31 de diciembre de 2012
 - 21.2 Estado de la recaudación de las contribuciones señaladas, y Estados Miembros con atrasos de contribuciones de importancia bastante para que esté justificado aplicar el Artículo 7 de la Constitución
 - 21.3 Arreglos especiales para la liquidación de atrasos
 - 21.4 Escala de contribuciones para 2014-2015
 - 21.5 [suprimido]
 - 21.6 [transferido a la Comisión A]
22. Asuntos de auditoría y supervisión
 - 22.1 Informe del Comisario de Cuentas
 - 22.2 Informe del Auditor Interno
23. Asuntos de personal
 - 23.1 Recursos humanos: informe anual
 - 23.2 Informe de la Comisión de Administración Pública Internacional
 - 23.3 Modificaciones del Estatuto del Personal y del Reglamento de Personal
 - 23.4 Informe del Comité Mixto de Pensiones del Personal de las Naciones Unidas
 - 23.5 Nombramiento de representantes en el Comité de la Caja de Pensiones del Personal de la OMS
24. Asuntos administrativos y jurídicos
 - 24.1 Seguimiento del informe del Grupo de Trabajo sobre la Elección de Director General de la Organización Mundial de la Salud

¹ Incluida la elección de Vicepresidentes y de Relator.

- 24.2 Bienes inmuebles
- 24.3 Acuerdos con organizaciones intergubernamentales
- 24.4 Reasignación de Sudán del Sur de la Región del Mediterráneo Oriental a la Región de África
- 25. Colaboración dentro del sistema de las Naciones Unidas y con otras organizaciones intergubernamentales
- 17. Sistemas de salud
 - 17.1 Productos médicos de calidad subestándar, espurios, de etiquetado engañoso, falsificados o de imitación
 - 17.2 Seguimiento del informe del Grupo consultivo de expertos en investigación y desarrollo: financiación y coordinación
 - 17.3 Cobertura sanitaria universal
 - 17.4 Personal de salud: adelantos en las respuestas a la escasez y la migración y preparación antes las nuevas necesidades
 - 17.5 Cibersalud y nombres de dominio de internet para la salud
- 18. Informes sobre los progresos realizados
 - Enfermedades no transmisibles
 - A. Fortalecimiento de las políticas relativas a las enfermedades no transmisibles para fomentar un envejecimiento activo (resolución WHA65.3)
 - B. Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol (resolución WHA63.13)
 - C. Sostenimiento de la eliminación de los trastornos por carencia de yodo (resolución WHA60.21)
 - Preparación, vigilancia y respuesta
 - D. Fortalecimiento de la capacidad nacional de manejo de las emergencias sanitarias y los desastres y resiliencia de los sistemas de salud (resolución WHA64.10)
 - E. Cambio climático y salud (resolución EB124.R5)
 - Enfermedades transmisibles
 - F. Erradicación de la dracunculosis (resolución WHA64.16)
 - G. Erradicación de la viruela: destrucción de las reservas de virus variólico (resolución WHA60.1)

Sistemas de salud

- H. Seguridad del paciente (resolución WHA55.18)
- I. Agua potable, saneamiento y salud (resolución WHA64.24)
- J. Salud de los trabajadores: plan de acción mundial (resolución WHA60.26)
- K. Estrategia para incorporar el análisis y las acciones de género en las actividades de la OMS (resolución WHA60.25)
- L. Progresos realizados en el uso racional de los medicamentos (resolución WHA60.16)
- M. Estrategia de investigaciones en materia de política sanitaria y sistemas de salud

LISTA DE DOCUMENTOS

A66/1 Rev.1	Orden del día ¹
A66/2	Informe del Consejo Ejecutivo sobre sus 131. ^a y 132. ^a reuniones
A66/3	Alocución de la Dra. Margaret Chan, Directora General, a la 66. ^a Asamblea Mundial de la Salud
A66/4	Reforma de la OMS Plan de aplicación de alto nivel e informe
A66/5	Ejecución del presupuesto por programas 2012-2013: informe interino
A66/6	Proyecto de Duodécimo Programa General de Trabajo
A66/6 Add.1	Proyecto de resolución Duodécimo Programa General de Trabajo, 2014-2019
A66/7	Proyecto de presupuesto por programas 2014-2015
A66/7 Add.1	Proyecto de resolución Presupuesto por programas 2014-2015
A66/8	Proyecto de marco mundial de vigilancia integral y metas para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles Reunión oficial de Estados Miembros para ultimar los trabajos relativos al marco mundial de vigilancia integral, incluidos un conjunto de indicadores y un conjunto de metas mundiales de aplicación voluntaria para prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles ²
A66/8 Add.1	Informe sobre las repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de las resoluciones cuya adopción se ha propuesto al Consejo Ejecutivo y la Asamblea de la Salud ³
A66/9 y Corr.1	Proyecto de plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020 ²
A66/10 Rev.1	Proyecto de plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020 ⁴

¹ Véase p. ix.

² Véase el anexo 4.

³ Véase el anexo 6.

⁴ Véase el anexo 3.

LISTA DE DOCUMENTOS

A66/10 Rev.1 Add.1	Informe sobre las repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de las resoluciones cuya adopción se ha propuesto al Consejo Ejecutivo y la Asamblea de la Salud ¹
A66/11	Proyecto de plan de acción para la prevención de la ceguera y la discapacidad visual evitables 2014-2019 Salud ocular universal: un plan de acción mundial para 2014-2019 ²
A66/11 Add.1	Informe sobre las repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de las resoluciones cuya adopción se ha propuesto al Consejo Ejecutivo y la Asamblea de la Salud ¹
A66/12	Discapacidad
A66/13	Monitoreo del logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud
A66/14	Seguimiento de las recomendaciones de las comisiones de alto nivel convocadas para mejorar la salud de la mujer y el niño
A66/15	Determinantes sociales de la salud
A66/16 y A66/16 Add.1	Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005)
A66/17	Preparación para una gripe pandémica: intercambio de virus gripales y acceso a las vacunas y otros beneficios Marco de Preparación para una Gripe Pandémica. Informe bienal 2013
A66/17 Add.1	Preparación para una gripe pandémica: intercambio de virus gripales y acceso a las vacunas y otros beneficios Informe del Grupo Asesor del Marco de Preparación para una Gripe Pandémica
A66/18	Poliomielitis: intensificación de la iniciativa de erradicación mundial
A66/19	Plan de acción mundial sobre vacunas
A66/20	Enfermedades tropicales desatendidas Prevención, control, eliminación y erradicación
A66/21	Paludismo
A66/22	Productos médicos de calidad subestándar, espurios, de etiquetado engañoso, falsificados o de imitación

¹ Véase el anexo 6.

² Véase el anexo 2.

A66/23	Seguimiento del informe del Grupo consultivo de expertos en investigación y desarrollo: financiación y coordinación
A66/24	Cobertura sanitaria universal
A66/25	Personal de salud: adelantos en las respuestas a la escasez y la migración y preparación ante las nuevas necesidades
A66/26	Cibersalud y nombres de dominio de internet para la salud
A66/27 y A66/27 Add.1	Informes sobre los progresos realizados
A66/28	Situación sanitaria en el territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental, y en el Golán sirio ocupado
A66/29	Informe financiero y estados financieros comprobados correspondientes al año terminado el 31 de diciembre de 2012
A66/29 Add.1	Anexo: Contribuciones voluntarias, por fondo y por contribuidor, correspondientes al año terminado el 31 de diciembre de 2012
A66/30	Estado de la recaudación de las contribuciones señaladas, y Estados Miembros con atrasos de contribuciones de importancia bastante para que esté justificado aplicar el Artículo 7 de la Constitución
A66/31	Escala de contribuciones para 2014-2015
A66/32	Escala de contribuciones para 2014-2015 Gestión del riesgo cambiario
A66/33	Modificaciones del Reglamento Financiero y de las Normas de Gestión Financiera ¹
A66/34	Informe del Comisario de Cuentas
A66/35	Informe del Auditor Interno
A66/36	Recursos humanos: informe anual
A66/37	Informe de la Comisión de Administración Pública Internacional
A66/38	Modificaciones del Estatuto del Personal y del Reglamento de Personal

¹ Véase el anexo 1.

LISTA DE DOCUMENTOS

A66/39	Informe del Comité Mixto de Pensiones del Personal de las Naciones Unidas
A66/40	Nombramiento de representantes en el Comité de la Caja de Pensiones del Personal de la OMS
A66/41	Seguimiento del Informe del Grupo de Trabajo sobre la Elección de Director General de la Organización Mundial de la Salud
A66/42	Bienes inmuebles
A66/43	Reasignación de Sudán del Sur de la Región del Mediterráneo Oriental a la Región de África
A66/43 Add.1	Informe sobre las repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de las resoluciones cuya adopción se ha propuesto al Consejo Ejecutivo y la Asamblea de la Salud ¹
A66/44	Colaboración dentro del sistema de las Naciones Unidas y con otras organizaciones intergubernamentales
A66/45	Arreglos especiales para la liquidación de atrasos: Tayikistán
A66/46	Acuerdos con organizaciones intergubernamentales Acuerdo entre la Organización Mundial de la Salud y el Centro del Sur ²
A66/47	La salud en la agenda para el desarrollo después de 2015
A66/48	Reforma de la OMS Financiación de la OMS
A66/49	Reforma de la OMS Plan de aplicación de alto nivel e informe Informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 66.ª Asamblea Mundial de la Salud
A66/50	Reforma de la OMS Financiación de la OMS Informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 66.ª Asamblea Mundial de la Salud
A66/51	Ejecución del presupuesto por programas 2012-2013: informe interino Informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 66.ª Asamblea Mundial de la Salud

¹ Véase el anexo 6.

² Véase el anexo 5.

- A66/52 y Corr.1 Proyecto de Duodécimo Programa General de Trabajo
Informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración
del Consejo Ejecutivo a la 66.^a Asamblea Mundial de la Salud
- A66/53 Proyecto de presupuesto por programas 2014-2015
Informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración
del Consejo Ejecutivo a la 66.^a Asamblea Mundial de la Salud
- A66/54 Informe financiero y estados financieros comprobados sobre el ejercicio
1 de enero de 2012 - 31 de diciembre de 2012
Informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración
del Consejo Ejecutivo a la 66.^a Asamblea Mundial de la Salud
- A66/55 Estado de la recaudación de las contribuciones señaladas, incluidas las
de Estados Miembros con atrasos de contribuciones de importancia
bastante para que esté justificado aplicar el Artículo 7 de la Constitución,
y arreglos especiales para la liquidación de atrasos: Tayikistán
Informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración
del Consejo Ejecutivo a la 66.^a Asamblea Mundial de la Salud
- A66/56 Escala de contribuciones para 2014-2015
Gestión del riesgo cambiario
Informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración
del Consejo Ejecutivo a la 66.^a Asamblea Mundial de la Salud
- A66/57 Modificaciones del Reglamento Financiero y de las Normas de Gestión
Financiera
Informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración
del Consejo Ejecutivo a la 66.^a Asamblea Mundial de la Salud¹
- A66/58 Informe del Comisario de Cuentas
Informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración
del Consejo Ejecutivo a la 66.^a Asamblea Mundial de la Salud
- A66/59 Informe del Auditor Interno
Informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración
del Consejo Ejecutivo a la 66.^a Asamblea Mundial de la Salud
- A66/60 Recursos humanos: informe anual
Informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración
del Consejo Ejecutivo a la 66.^a Asamblea Mundial de la Salud
- A66/61 Informe de la Comisión de Administración Pública Internacional
Informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración
del Consejo Ejecutivo a la 66.^a Asamblea Mundial de la Salud

¹ Véase el anexo 1.

LISTA DE DOCUMENTOS

A66/62	Bienes inmuebles Informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 66. ^a Asamblea Mundial de la Salud
A66/63	Primer informe de la Comisión A
A66/64	Comisión de Credenciales Primer informe
A66/65	Segundo informe de la Comisión A
A66/66	Primer informe de la Comisión B
A66/67	Elección de Miembros facultados para designar una persona que forme parte del Consejo Ejecutivo
A66/68	Segundo informe de la Comisión B
A66/69	Tercer informe de la Comisión A
A66/70	Cuarto informe de la Comisión A
A66/71	Tercer informe de la Comisión B
A66/72	Cuarto informe de la Comisión B
A66/73	Quinto informe de la Comisión A

Documentos de información

A66/INF./1	Situación sanitaria en el territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental, y en el Golán sirio ocupado (informe del Observador Permanente de Palestina ante las Naciones Unidas y otras organizaciones internacionales en Ginebra)
A66/INF./2	Situación sanitaria en el territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental, y en el Golán sirio ocupado (informe del Ministerio de Salud de la República Árabe Siria)
A66/INF./3	Situación sanitaria en el territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental, y en el Golán sirio ocupado (informe del Director de Salud del OOPS correspondiente al año 2012)
A66/INF./4	Situación sanitaria en el territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental, y en el Golán sirio ocupado (declaración del Gobierno de Israel)

Documentos varios

A66/DIV./1 Rev.1	Lista de delegados y otros participantes
------------------	--

A66/DIV./2	Guía para los delegados en la Asamblea Mundial de la Salud
A66/DIV./3	Decisiones y lista de resoluciones
A66/DIV./4	Lista de documentos
A66/DIV./5	Discurso pronunciado por la Excelentísima Dra. Nkosazana Dlamini Zuma, Presidenta de la Comisión de la Unión Africana, ante la 66. ^a Asamblea Mundial de la Salud
A66/DIV./6	Alocución de la Sra. Gunilla Carlsson, Ministra de Cooperación Internacional para el Desarrollo de Suecia, ante la 66. ^a Asamblea Mundial de la Salud
A66/DIV./7	Alocución del Dr. Jim Yong Kim, Presidente del Grupo del Banco Mundial, a la 66. ^a Asamblea Mundial de la Salud

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

Presidente

Dr. Shigeru OMI (Japón)

Vicepresidentes

Dr. José V. DIAS VAN-DÚNEM (Angola)

Dr. Ahmed bin Mohamed bin Obaid

AL SAIDI (Omán)

Sr. Vidyadhar MALLIK (Nepal)

Profesora Raisa BOGATYRYOVA
(Ucrania)

Dra. Florence DUPerval GUILLAUME
(Haití)

Secretario

Dra. Margaret CHAN, Directora General

Comisión de Credenciales

La Comisión de Credenciales estuvo integrada por delegados de los Estados Miembros siguientes: Afganistán, Canadá, Islas Cook, Malawi, Malí, Mongolia, Nicaragua, República de Moldova, Rumania, Sri Lanka, Turquía, Uganda.

Presidente: Dr. R. WIMAL JAYANTHA
(Sri Lanka)

Vicepresidente: Sra. Roxana ROTOCOL
(Rumania)

Secretario: Sra. Joanne McKEOUGH,
Asesora Jurídica Principal

Mesa de la Asamblea

La Mesa de la Asamblea estuvo integrada por el Presidente y los Vicepresidentes de la Asamblea de la Salud, los Presidentes de las comisiones principales y delegados de los Estados Miembros siguientes: Chile, China, Cuba, Estados Unidos de América, Federación de Rusia, Fiji, Francia, Honduras, Iraq, Irlanda, Kazajstán, Namibia, Rwanda, Santo Tomé y Príncipe, Sudáfrica, Tailandia, Yemen.

Presidente: Dr. Shigeru OMI (Japón)

Secretario: Dra. Margaret CHAN, Directora General

COMISIONES PRINCIPALES

En virtud de lo dispuesto en el artículo 35 del Reglamento Interior de la Asamblea Mundial de la Salud, cada delegación estuvo representada por uno de sus miembros en cada una de las comisiones principales.

Comisión A

Presidente: Dr. Walter T. GWENIGALE
(Liberia)

Vicepresidentes: Dr. Lester G. ROSS
(Islas Salomón) y Dra. Sania NISHTAR
(Pakistán)

Relator: Dr. Víctor CUBA ORÉ (Perú)

Secretario: Dr. Timothy ARMSTRONG,
Coordinador, Vigilancia y Prevención de
base Poblacional

Comisión B

Presidente: Sra. Kathryn TYSON (Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte)

Vicepresidentes: Dra. Daisy CORRALES
DÍAZ (Costa Rica) y Dra. Poonam
Khetrapal SINGH (India)

Relator: Sr. Jilali HAZIM (Marruecos)

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

RESOLUCIONES

WHA66.1 Duodécimo Programa General de Trabajo, 2014-2019

La 66.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el proyecto de Duodécimo Programa General de Trabajo, 2014-2019,¹

1. APRUEBA el Duodécimo Programa General de Trabajo, 2014-2019;
2. PIDE a la Directora General:
 - 1) que utilice el Duodécimo Programa General de Trabajo como base para la planificación estratégica, la vigilancia y la evaluación de la labor de la OMS durante el periodo comprendido entre 2014 y 2019;
 - 2) que a la hora de ejecutar el Programa General de Trabajo, tome en consideración la evolución de la salud en el mundo, en consulta con los Estados Miembros;
 - 3) que, por conducto del Consejo Ejecutivo, informe a la 73.^a Asamblea Mundial de la Salud sobre los progresos realizados durante el periodo que abarca el Duodécimo Programa General de Trabajo, 2014-2019.

(Octava sesión plenaria, 24 de mayo de 2013 -
Comisión A, primer informe)

WHA66.2 Presupuesto por programas 2014-2015

La 66.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el proyecto de presupuesto por programas 2014-2015,²

1. APRUEBA el programa de trabajo, consignado en el proyecto de presupuesto por programas 2014-2015;
2. APRUEBA el presupuesto para el ejercicio 2014-2015, con cargo a fondos de todas las procedencias, esto es, contribuciones señaladas y contribuciones voluntarias, por valor de US\$ 3977 millones;
3. DISTRIBUYE el presupuesto para el ejercicio 2014-2015 entre las seis categorías siguientes:
 - 1) Enfermedades transmisibles, US\$ 841 millones;
 - 2) Enfermedades no transmisibles, US\$ 318 millones;

¹ Documento A66/6.

² Documento A66/7.

- 3) Promoción de la salud a lo largo del ciclo de vida, US\$ 388 millones;
 - 4) Sistemas de salud, US\$ 531 millones;
 - 5) Preparación, vigilancia y respuesta, US\$ 287 millones;
 - 6) Servicios corporativos/funciones instrumentales, US\$ 684 millones, además del componente para emergencias, US\$ 928 millones;
4. RESUELVE que el presupuesto se financiará del siguiente modo:
- 1) mediante las contribuciones netas de los Estados Miembros ajustadas en función de los ingresos no señalados procedentes de los Estados Miembros, por un total de US\$ 929 millones;
 - 2) mediante contribuciones voluntarias por un total de US\$ 3048 millones;
5. RESUELVE ADEMÁS que del monto bruto de la contribución señalada para cada Estado Miembro se deducirán las cantidades abonadas en su favor en el Fondo de Iguala de Impuestos; que esa deducción se ajustará en el caso de los Miembros que gravan con impuestos los sueldos percibidos por los funcionarios de la OMS, impuestos que la Organización reembolsa a ese personal; el monto total de esos reembolsos se estima en US\$ 29,6 millones, lo que eleva las contribuciones de los Miembros a un total de US\$ 958,6 millones;
6. DECIDE que el Fondo de Operaciones se mantenga en su actual nivel de US\$ 31 millones;
7. AUTORIZA a la Directora General a utilizar las contribuciones señaladas y las contribuciones voluntarias, con sujeción a la disponibilidad de recursos, para financiar el presupuesto según se ha distribuido en el párrafo 3, sin exceder las cantidades aprobadas;
8. AUTORIZA ADEMÁS a la Directora General a efectuar transferencias, cuando sea necesario, entre las seis categorías previstas en el párrafo 3 *supra*, hasta por un monto que no supere el 5% de la cantidad asignada a la categoría desde la que se haga la transferencia; los gastos derivados de ese tipo de transferencias se consignarán en los informes financieros sobre el ejercicio 2014-2015;
9. AUTORIZA ADEMÁS a la Directora General a realizar gastos, cuando sea necesario, con cargo al componente de emergencias del presupuesto por encima del monto asignado a dicho componente, con sujeción a la disponibilidad de recursos, y pide a la Directora General que informe a los órganos deliberantes sobre la disponibilidad de recursos y los gastos en ese componente;
10. PIDE a la Directora General que, por conducto del Consejo Ejecutivo y de su Comité de Programa, Presupuesto y Administración, presente de forma periódica a la Asamblea Mundial de la Salud informes sobre la financiación y ejecución del presupuesto, así como acerca del resultado del diálogo sobre la financiación, la asignación estratégica de financiación flexible y los resultados de la estrategia coordinada de movilización de recursos.

(Octava sesión plenaria, 24 de mayo de 2013 -
Comisión A, primer informe)

WHA66.3 Modificaciones del Reglamento Financiero y de las Normas de Gestión Financiera

La 66.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado los informes sobre las modificaciones del Reglamento Financiero y de las Normas de Gestión Financiera,¹

1. ADOPTA las modificaciones del Reglamento Financiero,² con efecto a partir del 1 de enero de 2014;
2. OBSERVA que las modificaciones de las Normas de Gestión Financiera habrán de ser confirmadas por el Consejo Ejecutivo en su 133.^a reunión para que entren en vigor en el mismo momento en que lo hagan las modificaciones del Reglamento Financiero adoptadas en el párrafo 1;
3. AUTORIZA a la Directora General a reenumerar en consecuencia los artículos del Reglamento Financiero y de las Normas de Gestión Financiera revisados.

(Octava sesión plenaria, 24 de mayo de 2013 -
Comisión A, primer informe)

WHA66.4 Salud ocular universal: un plan de acción mundial 2014-2019³

La 66.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe y el proyecto de plan de acción mundial 2014-2019 sobre salud ocular universal;⁴

Recordando la resolución WHA56.26, sobre eliminación de la ceguera evitable, y las resoluciones WHA62.1 y WHA59.25, sobre prevención de la ceguera y la discapacidad visual evitables;

Reconociendo que el plan de acción mundial 2014-2019 sobre salud ocular universal desarrolla el plan de acción para la prevención de la ceguera y la discapacidad visual evitables para el periodo 2009-2013;

Reconociendo que a nivel mundial el 80% de todos los casos de discapacidad visual se pueden prevenir o curar y que aproximadamente un 90% de las personas con discapacidad visual que hay en el mundo viven en países en desarrollo;

Reconociendo los vínculos existentes entre algunos aspectos del plan de acción mundial 2014-2019 sobre salud ocular universal y las actividades realizadas para afrontar las enfermedades no transmisibles y las enfermedades tropicales desatendidas,

¹ Documentos A66/33 y A66/57.

² Anexo 1.

³ En el anexo 6 se exponen las repercusiones financieras y administrativas de esta resolución para la Secretaría.

⁴ Documento A66/11.

1. RESPALDA el plan de acción mundial 2014-2019 sobre salud ocular universal;¹
2. INSTA a los Estados Miembros:
 - 1) a que refuercen las actividades nacionales de prevención de la discapacidad visual evitable, incluida la ceguera, entre otras cosas mejorando la integración de la salud ocular en los planes nacionales de salud y la prestación de los servicios de salud, según proceda;
 - 2) a que apliquen las medidas propuestas en el plan de acción mundial 2014-2019 sobre salud ocular universal de conformidad con las prioridades nacionales, en particular el acceso universal y equitativo a los servicios;
 - 3) a que sigan aplicando las medidas acordadas por la Asamblea Mundial de la Salud en la resolución WHA62.1, sobre prevención de la ceguera y la discapacidad visual evitables, y el plan de acción para la prevención de la ceguera y la discapacidad visual para el periodo 2009-2013;
 - 4) a que sigan prestando apoyo a la labor de la Secretaría relativa a la aplicación del plan de acción actual hasta finales de 2013;
 - 5) a que consideren las repercusiones programáticas y presupuestarias de la aplicación de esta resolución en el marco del conjunto del presupuesto por programas;
3. PIDE a la Directora General:
 - 1) que proporcione apoyo técnico a los Estados Miembros para la aplicación de las medidas propuestas en el plan de acción mundial 2014-2019 sobre salud ocular universal de conformidad con las prioridades nacionales;
 - 2) que siga desarrollando el plan de acción mundial sobre salud ocular universal 2014-2019, en particular por lo que se refiere a la inclusión del acceso universal y equitativo a los servicios;
 - 3) que siga otorgando prioridad a la prevención de la discapacidad visual evitable, incluida la ceguera, y que considere la posibilidad de asignar recursos para la aplicación del plan de acción mundial 2014-2019 sobre salud ocular universal;
 - 4) que por conducto del Consejo Ejecutivo informe a la 70.^a Asamblea Mundial de la Salud, en 2017, y a la 73.^a Asamblea Mundial de la Salud, en 2020, sobre los progresos realizados en la aplicación del plan de acción.

(Octava sesión plenaria, 24 de mayo de 2013 -
Comisión A, segundo informe)

¹ Anexo 2.

WHA66.5 Situación sanitaria en el territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental, y en el Golán sirio ocupado¹

La 66.^a Asamblea Mundial de la Salud,

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

² Documento A66/28.

1. PIDE a Israel, la potencia ocupante:

- 1) que levante de inmediato el cierre impuesto en el territorio palestino ocupado, en particular el cierre de los puntos de cruce en la Franja de Gaza ocupada, que está provocando una grave escasez de medicamentos y suministros médicos en esa zona;
- 2) que abandone las políticas y medidas que han dado lugar a las condiciones sanitarias extremas imperantes y a la grave escasez de alimentos y carburante en la Franja de Gaza;
- 3) que cumpla las obligaciones que se le señalaron en la opinión consultiva emitida el 9 de julio de 2004 por la Corte Internacional de Justicia en relación con el muro de separación que, entre otras cosas, conlleva graves repercusiones en la accesibilidad y calidad de los servicios médicos que recibe la población palestina en el territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental;
- 4) que facilite el acceso de los pacientes y del personal médico y ambulancias palestinos a los centros de salud palestinos, incluidos los situados en la Jerusalén oriental ocupada y en el extranjero;
- 5) que mejore las condiciones de vida y de salud de los detenidos palestinos, en particular los niños, mujeres y enfermos, y dispense el tratamiento médico necesario a los detenidos que padecen enfermedades graves que empeoran cada día; y que facilite el transporte y la entrada de medicamentos y equipos médicos en el territorio palestino ocupado;
- 6) que respete el mandato y facilite la labor del OOPS y de otras organizaciones internacionales y asegure la libertad de circulación de su personal y los suministros de ayuda;

2. INSTA a los Estados Miembros y a las organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales:

- 1) a que ayuden a superar la crisis sanitaria en el territorio palestino ocupado prestando asistencia al pueblo palestino;
- 2) a que ayuden a atender las necesidades sanitarias y humanitarias urgentes, así como las necesidades importantes relacionadas con la salud a plazo medio y largo determinadas en los informes pertinentes de la Directora General, entre ellos el referido a la misión sanitaria especializada enviada a la Franja de Gaza;
- 3) a que hagan un llamamiento a la comunidad internacional para que ejerza presión sobre el Gobierno de Israel, la potencia ocupante, a fin de que levante el sitio impuesto a la Franja de Gaza ocupada, con miras a evitar un profundo agravamiento de la crisis humanitaria en ese territorio; y a que contribuyan al levantamiento de las restricciones y los obstáculos impuestos al pueblo palestino, en particular de los que afectan a la libre circulación de la población y el personal médico en el territorio palestino ocupado; y a que consigan que Israel asuma sus responsabilidades jurídicas y morales y asegure el pleno ejercicio de los derechos humanos básicos a la población civil del territorio palestino ocupado, especialmente en Jerusalén oriental;
- 4) a que recuerden a Israel, la potencia ocupante, que debe respetar el Cuarto Convenio de Ginebra relativo a la protección debida a las personas civiles en tiempo de guerra, de 1949, que es de aplicación al territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental;

- 5) a que hagan un llamamiento a todas las organizaciones internacionales humanitarias y de derechos humanos para que intervengan con urgencia e inmediatamente ante Israel, la potencia ocupante, y la obliguen a dispensar tratamiento médico adecuado a los prisioneros y detenidos palestinos que padecen trastornos graves que empeoran cada día, e insta a las organizaciones de la sociedad civil a que ejerzan presión sobre Israel, la potencia ocupante, a fin de salvar las vidas de los detenidos y asegurar la inmediata liberación de personas en estado crítico con el fin de proporcionarles tratamiento en el exterior, y permitir a las prisioneras palestinas acceder a los servicios de obstetricia y seguimiento médico durante el embarazo, el parto y el puerperio, y dar a luz en condiciones saludables y humanitarias, en presencia de sus familiares y allegados, y liberar inmediatamente a todos los niños prisioneros en cárceles israelíes;
 - 6) a que presten apoyo y asistencia al Ministerio de Salud de Palestina para que cumpla sus cometidos, en particular en lo que respecta al funcionamiento y financiación de los servicios de salud pública;
 - 7) a que proporcionen asistencia técnica y financiera al sector palestino de la salud pública;
3. EXPRESA su profundo reconocimiento a la comunidad internacional de donantes por el apoyo que presta al pueblo palestino en diversas esferas, e insta a los países donantes y a las organizaciones sanitarias internacionales a que perseveren en sus esfuerzos por asegurar el respaldo político y financiero necesario para posibilitar la ejecución del plan 2008-2010 y de otros planes de salud pertinentes del Gobierno de Palestina, y crear un entorno propicio para la ejecución de esos planes, con miras a ayudar a establecer y desarrollar las instituciones especializadas y pertinentes del futuro Estado de Palestina;
4. EXPRESA su profundo reconocimiento a la Directora General por sus esfuerzos para prestar la necesaria asistencia al pueblo palestino en el territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental, y a la población siria en el Golán sirio ocupado;
5. PIDE a la Directora General:
- 1) que preste apoyo a los servicios palestinos de salud, incluidos los programas de creación de capacidad;
 - 2) que proporcione asistencia técnica relacionada con la salud a la población siria en el Golán sirio ocupado;
 - 3) que siga proporcionando la asistencia técnica necesaria para subvenir a las necesidades sanitarias del pueblo palestino, incluidos los prisioneros y detenidos y las personas con discapacidades y traumatismos;
 - 4) que también preste apoyo al sector de la salud de Palestina en la preparación para situaciones de emergencia;
 - 5) que apoye el desarrollo del sistema de salud en el territorio palestino ocupado, con inclusión de los recursos humanos;
 - 6) que informe sobre los progresos en la aplicación de la presente resolución a la 67.^a Asamblea Mundial de la Salud.

WHA66.6 Informe financiero y estados financieros comprobados sobre el ejercicio 1 de enero de 2012 - 31 de diciembre de 2012

La 66.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe financiero y los estados financieros comprobados sobre el ejercicio 1 de enero de 2012 - 31 de diciembre de 2012;¹

Habiendo tomado nota del informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 66.^a Asamblea Mundial de la Salud,²

ACEPTA el informe financiero y los estados financieros comprobados sobre el ejercicio 1 de enero de 2012 - 31 de diciembre de 2012 de la Directora General.

(Octava sesión plenaria, 24 de mayo de 2013 -
Comisión B, primer informe)

WHA66.7 Aplicación de las recomendaciones de la Comisión de las Naciones Unidas sobre Productos Básicos de Supervivencia para Mujeres y Niños³

La 66.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Visto el informe sobre el seguimiento de las recomendaciones de las comisiones de alto nivel convocadas para mejorar la salud de la mujer y el niño;⁴

Recordando la resolución WHA63.15 sobre el monitoreo del logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud y la resolución WHA65.7 sobre la aplicación de las recomendaciones de la Comisión de las Naciones Unidas sobre la Información y la Rendición de Cuentas para la Salud de la Mujer y el Niño;

Recordando asimismo que el Secretario General de las Naciones Unidas, mediante la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer y el Niño, hizo un llamamiento a la comunidad mundial a que colaborara para salvar 16 millones de vidas de aquí a 2015;

Reconociendo que un gran número de Estados Miembros y asociados han hecho promesas y asumido compromisos con la Estrategia Mundial del Secretario General de las Naciones Unidas para la Salud de la Mujer y el Niño;

Reconociendo que cada año millones de mujeres y niños mueren innecesariamente por enfermedades que pueden evitarse fácilmente mediante el uso de productos médicos de bajo costo;

Reconociendo asimismo la necesidad apremiante de reconocer y superar las barreras que impiden el acceso de mujeres y niños a los productos apropiados;

¹ Documento A66/29.

² Documento A66/54.

³ En el anexo 6 se exponen las repercusiones financieras y administrativas de esta resolución para la Secretaría.

⁴ Documento A66/14.

Acogiendo con agrado el informe de la Comisión de las Naciones Unidas sobre Productos Básicos de Supervivencia para Mujeres y Niños, la cual calcula que en un plazo de cinco años se pueden salvar 6 millones de vidas si se mejora el acceso a 13 productos básicos que no han sido objeto de la debida atención (véase el anexo);

Acogiendo también con agrado las medidas recomendadas por la Comisión de las Naciones Unidas sobre Productos Básicos de Supervivencia para Mujeres y Niños y el plan de aplicación correspondiente;

Reconociendo que las medidas recomendadas por la Comisión de las Naciones Unidas sobre Productos Básicos de Supervivencia para Mujeres y Niños también aumentarán el acceso a una serie más amplia de productos básicos;

Reconociendo asimismo la necesidad de promover, establecer o apoyar y fortalecer los servicios de salud que las mujeres y los niños necesitan desde antes del embarazo y durante este, así como en el puerperio inmediato y la infancia;

Reafirmando la importancia de facilitar la transferencia de tecnología mutuamente acordada entre países desarrollados y países en desarrollo, así como entre países en desarrollo cuando corresponda;

Reconociendo la función desempeñada por el Grupo de Examen de Expertos independientes en la valoración de los progresos realizados en la aplicación de las medidas recomendadas,

1. INSTA a los Estados Miembros a que pongan en práctica, según corresponda, el plan de aplicación sobre productos básicos de supervivencia para las mujeres y los niños, que incluye:

- 1) mejorar la calidad, el suministro y el uso de los 13 productos básicos de supervivencia y otros productos esenciales para la salud reproductiva, de la madre, del recién nacido y del niño, bajo la supervisión y orientación de profesionales sanitarios, cuando se necesite, y aprovechando para el efecto las mejores prácticas de la tecnología de la información y las comunicaciones;
- 2) preparar planes para aplicar ampliamente las intervenciones apropiadas que permitan aumentar la demanda y la utilización de los servicios de salud, en particular por los grupos desatendidos;
- 3) facilitar el acceso universal a todos los miembros de la sociedad, en particular los más pobres, a los 13 productos básicos de supervivencia así como a otros productos esenciales para la salud reproductiva, materna, del recién nacido y del niño;
- 4) mejorar la eficacia de la reglamentación armonizando los requisitos de registro y racionalizando los procesos de evaluación, incluso concediendo prioridad al examen de productos básicos de supervivencia;
- 5) implantar mecanismos e intervenciones de utilidad comprobada para que los prestadores de asistencia sanitaria conozcan bien las directrices nacionales más recientes sobre salud maternoinfantil;

2. PIDE a la Directora General:

- 1) que colabore con el UNICEF, el UNFPA, el Banco Mundial, el ONUSIDA, ONU Mujeres, las autoridades de reglamentación nacionales, regionales e internacionales, miembros del sector privado y otros asociados a fin de fomentar y lograr que haya productos básicos seguros de buena calidad;

- 2) que colabore con los Estados Miembros y los apoye, según corresponda, con miras a mejorar la eficacia, la estandarización y la armonización de los organismos de reglamentación con respecto a los requisitos de registro, así como racionalizar los procesos de evaluación, incluso concediendo prioridad al examen de los productos básicos de supervivencia;
- 3) que brinde apoyo al Grupo de Examen de Expertos independientes sobre la Información y la Rendición de Cuentas para la Salud de la Mujer y el Niño cuando evalúe los progresos realizados en la ejecución de la Estrategia Mundial del Secretario General de las Naciones Unidas para la Salud de la Mujer y el Niño, así como en la aplicación de las recomendaciones de la Comisión de las Naciones Unidas sobre Productos Básicos de Supervivencia para Mujeres y Niños;
- 4) que cada año hasta 2015, por conducto del Consejo Ejecutivo, informe a la Asamblea Mundial de la Salud sobre los progresos realizados en el seguimiento de las recomendaciones de la Comisión de las Naciones Unidas sobre Productos Básicos de Supervivencia para Mujeres y Niños en el marco del punto del orden del día concerniente a la promoción de la salud a lo largo del ciclo de vida.

ANEXO

Producto básico, según la etapa de la vida¹

Productos básicos para la salud materna	
1	Oxitocina – hemorragia puerperal
2	Misoprostol – hemorragia puerperal
3	Sulfato de magnesio – eclampsia y preeclampsia grave
Productos básicos para la salud neonatal	
4	Antibióticos inyectables – septicemia neonatal
5	Corticoides prenatales – síndrome de dificultad respiratoria en los neonatos prematuros
6	Clorhexidina – cuidado del cordón umbilical
7	Aparatos de reanimación – asfixia en los recién nacidos
Productos básicos para la salud infantil	
8	Amoxicilina – neumonía
9	Sales de rehidratación oral – diarrea
10	Cinc – diarrea
Productos básicos para la salud reproductiva	
11	Preservativos femeninos
12	Implantes anticonceptivos – planificación de la familia y métodos anticonceptivos
13	Métodos anticonceptivos de urgencia – planificación de la familia y métodos anticonceptivos

(Novena sesión plenaria, 27 de mayo de 2013 -
Comisión A, tercer informe)

¹ Véase: Comisión de las Naciones Unidas sobre Productos Básicos de Supervivencia para Madres y Niños. Informe de los Comisionados, Nueva York, septiembre de 2012, cuadro 1.

WHA66.8 Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020¹

La 66.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe de la Secretaría acerca del proyecto de plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020, incluido el anexo,²

1. ADOPTA el plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020;³
2. INSTA a los Estados Miembros a que pongan en práctica las acciones propuestas para los Estados Miembros en el plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020, adaptadas a las prioridades nacionales y las circunstancias concretas de los países;
3. INVITA a los asociados internacionales, regionales y nacionales a que tomen nota del plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020;
4. PIDE a la Directora General que ponga en práctica las acciones para la Secretaría que figuran en el plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020 y, por conducto del Consejo Ejecutivo, presente a las 68.^a, 71.^a y 74.^a Asambleas Mundiales de la Salud informes sobre los progresos realizados en la aplicación del plan de acción.

(Novena sesión plenaria, 27 de mayo de 2013 -
Comisión A, cuarto informe)

WHA66.9 Discapacidad¹

La 66.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Visto el informe sobre discapacidad;⁴

Recordando la resolución WHA58.23 titulada «Discapacidad, incluidos la prevención, el tratamiento y la rehabilitación»;

Recordando asimismo la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, firmada por 155 países y organizaciones de integración regional y actualmente ratificada por 127, la cual pone de relieve que la discapacidad es al mismo tiempo un asunto de derechos humanos y de desarrollo y, por lo que respecta a los Estados Miembros, recomienda que las políticas nacionales y los programas internacionales de desarrollo incluyan a las personas con discapacidad y sean accesibles a estas;

Recordando además las resoluciones de la Asamblea General de las Naciones Unidas que piden la integración de la discapacidad en el programa de desarrollo (resolución 64/131, sobre la realización de los Objetivos de Desarrollo del Milenio para las personas con discapacidad; resolución 65/186, sobre la realización de los Objetivos de Desarrollo del Milenio para las personas con discapacidad hasta 2015 y después de ese año; y resolución 66/229, acerca de la Convención sobre los derechos de las

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

² Documento A66/10 Rev.1.

³ Anexo 3.

⁴ Documento A66/12.

personas con discapacidad y su Protocolo facultativo); la resolución 66/288, que hace suyo el documento final de la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Sostenible; y la resolución 66/124, por la que se decide convocar una Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio y otros objetivos internacionalmente convenidos para las personas con discapacidad;

Reconociendo los esfuerzos nacionales y regionales existentes para facilitar que todas las personas con discapacidad disfruten de todos los derechos humanos y libertades fundamentales, así como para promover el respeto de su dignidad inherente;

Acogiendo con agrado el primer *Informe sobre la discapacidad en el mundo*,¹ que está basado en los mejores datos de investigación recopilados y demuestra que muchas de las barreras a las que se enfrentan las personas con discapacidad son evitables y que se pueden superar las desventajas relacionadas con la discapacidad;

Observando que hay en el mundo unos 1000 millones de personas con discapacidad; que este número seguirá aumentando a medida que las poblaciones envejecen, la prevalencia de las enfermedades crónicas aumente y como respuesta a las tendencias de los factores ambientales y de otro tipo; que la discapacidad afecta desproporcionadamente a los grupos vulnerables, especialmente las mujeres, las personas de edad y la gente pobre; que los países de ingresos bajos tienen una prevalencia más elevada de discapacidad que los países de ingresos altos; y que las personas con discapacidad, particularmente en los países en desarrollo, tienen peor salud que las personas sin discapacidad, tasas más elevadas de pobreza, tasas más bajas de escolaridad y empleo, mayor grado de dependencia, una participación restringida y tasas elevadas de violencia y maltrato que las personas sin discapacidad;

Recordando además que, a tenor de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, el concepto de personas con discapacidad incluye a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás;

Reconociendo la responsabilidad de los Estados Miembros de adoptar las medidas apropiadas para garantizar la igualdad de acceso de las personas con discapacidad a los servicios y a la atención de la salud, de manera ideal por medio de la cobertura sanitaria universal;

Reconociendo asimismo que las personas con discapacidad tienen la misma necesidad de asistencia sanitaria general que las personas sin discapacidad pero a pesar de ello se ha comprobado que reciben de los sistemas de salud peor tratamiento que estas últimas;

Reconociendo además el importante papel que desempeñan los cuidadores formales e informales en la facilitación de apoyo a las personas con discapacidad y que, si bien los cuidadores informales no pueden asumir la función de las autoridades nacionales y locales, estas deben prestarles una atención especial para ayudarlos en su labor, y observando que el papel que desempeñan tanto los cuidadores formales como informales es cada vez más importante en el contexto de la sostenibilidad de los sistemas de salud y del envejecimiento de la población;

Reconociendo también que el acceso universal a la atención sanitaria y a los servicios de salud es una inversión para la sociedad;

¹ Organización Mundial de la Salud y Banco Mundial, *Informe mundial sobre la discapacidad*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011.

Reconociendo asimismo que las numerosas necesidades insatisfechas de servicios de habilitación y rehabilitación, de importancia decisiva para permitir que muchas personas con una gran variedad de deficiencias participen en la educación, el mercado de trabajo y la vida civil, y agregando que las medidas para promover la salud de las personas con discapacidad y su inclusión en la sociedad mediante servicios de salud generales y especializados son importantes para prevenir la aparición de enfermedades vinculadas con la discapacidad;

Reconociendo que se necesita un enfoque multisectorial abarcador para superar las múltiples barreras con que se enfrentan las personas con discapacidad y que la integración de la discapacidad en el desarrollo es la manera más eficiente y rentable de satisfacer las necesidades de las personas con discapacidad;

Acogiendo con beneplácito la labor del grupo de trabajo especial sobre discapacidad para aumentar la sensibilización en torno a esta como un asunto que toca a todo el trabajo técnico de la Organización, y para eliminar barreras físicas, de información y normativas a la participación de las personas con discapacidad en el trabajo de la OMS,

1. HACE SUYAS las recomendaciones del *Informe mundial sobre la discapacidad*, que presenta estrategias para la aplicación de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad;

2. INSTA a los Estados Miembros:¹

1) a que pongan en práctica como Estados Partes la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad;

2) a que preparen, según sea oportuno, planes de acción, en estrecha consulta y con la participación activa de las personas con discapacidad, incluidos los niños con discapacidad, a través de las organizaciones que las representan, de manera tal que sectores y agentes distintos puedan coordinarse eficazmente para allanar las barreras y permitir que estas personas disfruten de sus derechos humanos y mejoren su calidad de vida;

3) a que establezcan y refuercen un sistema de vigilancia y evaluación con miras a obtener datos precisos, desglosados por sexo y edad, así como otra información pertinente sobre la discapacidad, en especial sobre la prevalencia, las necesidades determinadas y las necesidades insatisfechas, los costos directos e indirectos, las barreras y la calidad de vida, valiéndose de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud y de programas eficaces y prácticas idóneas desarrollados en distintas regiones, para lograr que los datos sean pertinentes en el ámbito nacional y puedan compararse a nivel internacional;

4) a que se esfuercen por garantizar que todos los servicios ordinarios de salud incluyan a las personas con discapacidad, medida que exigirá, entre otras cosas, una financiación suficiente, protección social cobertura integral del seguro, establecimientos sanitarios accesibles, servicios e información, así como capacitación de los profesionales sanitarios, a fin de que respeten los derechos humanos de estas personas y se comuniquen eficazmente con ellas;

5) a que fomenten la prestación de apoyo adecuado a los cuidadores informales que complementan los servicios proporcionados por las autoridades sanitarias;

6) a que fomenten la habilitación y rehabilitación a lo largo de toda la vida y en relación con una amplia variedad de enfermedades mediante lo siguiente: la intervención temprana; servi-

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

cios de rehabilitación integrados y descentralizados, incluidos servicios de salud mental; mejoramiento del suministro de sillas de ruedas, audífonos dispositivos para mejorar la visión y otras tecnologías de ayuda; y capacitación para formar un número suficiente de profesionales de la rehabilitación que permitan a las personas con discapacidad realizar su potencial y tener las mismas oportunidades que los demás de participar plenamente en la sociedad;

7) a que impulsen y refuercen mecanismos de apoyo y servicios integrados en la comunidad, como una estrategia multisectorial que habilite a las personas con discapacidad para beneficiarse de una educación, un empleo, una salud y unos servicios sociales incluyentes y participar plenamente en ellos;

8) a que impidan la discriminación en el acceso a la atención sanitaria o los servicios de salud con el fin de promover la igualdad;

3. PIDE a la Directora General:

1) que preste apoyo técnico a los Estados Miembros para que sigan las recomendaciones del *Informe mundial sobre la discapacidad*;

2) que apoye a los Estados Miembros, intensificando la colaboración con toda una serie de interesados directos, entre otros, organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, instituciones académicas, el sector privado y organizaciones para personas con discapacidad, en la aplicación de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, en particular los artículos 16 (Protección contra la explotación, la violencia y el abuso), 19 (Derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad), 20 (Movilidad personal), 25 (Salud), 26 (Habilitación y rehabilitación) y 31 (Recopilación de datos y estadísticas) en todo el programa de acción sanitaria mundial;

3) que vele por que las necesidades de salud de niños y adultos con discapacidad sean incluidas en el trabajo técnico de la OMS, entre otras, en las esferas de salud del niño y del adolescente; salud sexual, reproductiva y materna; atención a largo plazo de las personas mayores; cuidados y tratamiento de las enfermedades no transmisibles; infección por el VIH/sida y otras enfermedades transmisibles; gestión de riesgos en situaciones de emergencia; y fortalecimiento del sistema de salud;

4) que se encargue de que la propia Secretaría de la OMS incluya a las personas con discapacidad, ya sea como visitantes, colaboradoras o empleadas, y siga creando locales con acceso facilitado e información para personas con discapacidad, proporcionando alojamientos razonables y procurando consultar, y dar una participación activa, siempre que sea necesario, a las personas con discapacidad a través de las organizaciones que las representan;

5) que apoye y participe en la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la realización de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y otros objetivos de desarrollo convenidos internacionalmente para las personas con discapacidad, así como los esfuerzos por incluir la discapacidad en la agenda de desarrollo posterior al año 2015, poniendo de relieve los datos, los mecanismos de apoyo y los servicios relacionados con la discapacidad y las necesidades de salud y rehabilitación y las respuestas correspondientes;

6) que prepare, en consulta con otras organizaciones de las Naciones Unidas y los Estados Miembros¹ y en la medida de los recursos existentes, un plan de acción integral de la OMS, con

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

resultados mensurables, basado en los datos probatorios contenidos en el Informe mundial sobre la discapacidad, en consonancia con la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y el informe de la Reunión de Alto Nivel sobre discapacidad «El camino a seguir: una agenda para el desarrollo que tenga en cuenta a las personas con discapacidad para 2015 y después de ese año», con el fin de someterlo, por conducto del Consejo Ejecutivo, a la consideración de los Estados Miembros en la 67.^a Asamblea Mundial de la Salud.

(Novena sesión plenaria, 27 de mayo de 2013 -
Comisión A, cuarto informe)

**WHA66.10 Seguimiento de la Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel
de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las
Enfermedades No Transmisibles¹**

La 66.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado los informes presentados a la 66.^a Asamblea Mundial de la Salud, relativos a las enfermedades no transmisibles;²

Recordando la Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles,³ en la que se reconoce que la carga y la amenaza mundial de las enfermedades no transmisibles constituyen uno de los principales obstáculos para el desarrollo en el siglo XXI, y en la que se pide asimismo que se elabore un marco mundial de vigilancia integral que incluya un conjunto de indicadores, que se formulen recomendaciones sobre un conjunto de metas mundiales de aplicación voluntaria, y se presenten opciones que permitan fortalecer y facilitar medidas multisectoriales destinadas a prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles por conducto de una alianza de colaboración efectiva;

Acogiendo con satisfacción el documento final de la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Sostenible (Río de Janeiro, 20-22 de junio de 2012), titulado «El futuro que queremos»,⁴ en la que se expresa el compromiso de fortalecer los sistemas de salud para proporcionar una cobertura equitativa y universal y promover el acceso asequible a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo relacionados con las enfermedades no transmisibles, en particular el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes, así como el compromiso de establecer políticas nacionales multisectoriales para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles o reforzar las existentes;

Tomando nota con reconocimiento de todas las iniciativas regionales emprendidas para prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles, incluida la Declaración de los Jefes de Estado y de Gobierno de la Comunidad del Caribe, titulada «Uniting to stop the epidemic of chronic non-communicable diseases» (Unidos para detener la epidemia de enfermedades crónicas no transmisibles), aprobada en septiembre de 2007; la Declaración de Libreville sobre Salud y Medio Ambiente en África, aprobada en agosto de 2008; la declaración de los Jefes de Gobierno del Commonwealth sobre

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

² Documentos A66/8 y A66/9 y Corr.1.

³ Resolución 66/2 de la Asamblea General de las Naciones Unidas.

⁴ Resolución 66/288 de la Asamblea General de las Naciones Unidas.

medidas para luchar contra las enfermedades no transmisibles, aprobada en noviembre de 2009; la declaración de compromiso de la quinta Cumbre de las Américas, aprobada en junio de 2009; la Declaración de Parma sobre Medio Ambiente y Salud, aprobada por los Estados Miembros de la Región de Europa de la OMS en marzo de 2010; la Declaración de Dubai sobre la diabetes y las enfermedades no transmisibles crónicas en la región del Medio Oriente y África Septentrional, aprobada en diciembre de 2010; la Carta Europea contra la Obesidad, aprobada en noviembre de 2006; la convocatoria de Aruba para la acción contra la obesidad, de junio de 2011; y el Comunicado de Honiara sobre los desafíos de las enfermedades no transmisibles en la región del Pacífico, aprobado en julio de 2011;

Reconociendo la Declaración de Moscú adoptada en la Primera Conferencia Ministerial Mundial sobre Modos de Vida Sanos y Control de las Enfermedades No Transmisibles (Moscú, 28-29 de abril de 2011), adoptada por la 64.^a Asamblea Mundial de la Salud (resolución WHA64.11), en la que se pide a la Directora General que elabore, junto con los organismos y entidades pertinentes de las Naciones Unidas, un plan de ejecución y seguimiento en relación con los resultados de la Conferencia y la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles (Nueva York, 19-20 de septiembre de 2011) para presentarlo a la 66.^a Asamblea Mundial de la Salud;

Reconociendo asimismo la Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud adoptada por la Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud (Río de Janeiro, 19-21 de octubre de 2011), que hizo suya la 66.^a Asamblea Mundial de la Salud en la resolución WHA65.8, en la que se reconoce que la equidad sanitaria es una responsabilidad compartida y exige el compromiso de todos los sectores de gobierno, todos los segmentos de la sociedad, y todos los miembros de la comunidad internacional, en acciones mundiales animadas por el principio de «todos por la equidad» y «salud para todos»;

Recordando la resolución EB130.R7, en la que se pide a la Directora General que elabore, siguiendo un proceso de consultas, un plan de acción mundial de la OMS para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, así como la decisión WHA65(8) y su decisión histórica de adoptar el objetivo mundial de reducir en un 25% la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles para 2025;

Reafirmando el papel rector de la OMS como principal organismo especializado en el sector de la salud, así como las funciones que le competen en cuanto a la política sanitaria de conformidad con su mandato, y reafirmando asimismo la función de liderazgo y coordinación que desempeña en la promoción y el seguimiento de la acción mundial contra las enfermedades no transmisibles en relación con la labor de otros organismos de las Naciones Unidas, bancos de desarrollo y otras organizaciones regionales e internacionales competentes en la lucha contra las enfermedades no transmisibles de manera coordinada;

Reconociendo que recae en los gobiernos la función y la responsabilidad primordiales de responder al reto que plantean las enfermedades no transmisibles;

Reconociendo también el importante papel que desempeñan la comunidad internacional y la cooperación internacional cuando se trata de prestar asistencia a los Estados Miembros, especialmente a los países en desarrollo, y complementar los esfuerzos nacionales para generar una respuesta eficaz a las enfermedades no transmisibles;

Destacando la importancia de la cooperación Norte-Sur, Sur-Sur y triangular en la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, con miras a promover en los planos nacional, regional e internacional un entorno propicio para facilitar modelos de vida y opciones saludables, teniendo presente que la cooperación Sur-Sur no sustituye la cooperación Norte-Sur, sino que la complementa;

Observando que las enfermedades no transmisibles se asocian a menudo a trastornos mentales y otras enfermedades y que ese tipo de trastornos suelen coincidir con otros factores médicos y sociales, según se señala en la resolución WHA65.4 y que, por consiguiente, la aplicación del plan de acción mundial de la OMS para la prevención y el control de enfermedades no transmisibles 2013-2020 debería llevarse a cabo de forma coherente y en estrecha coordinación con el Plan de Acción Mundial de la OMS sobre salud mental 2013-2020 y con otros planes de acción de la OMS a todos los niveles;

Acogiendo con beneplácito los principios y enfoques generales del plan de acción mundial 2013-2020 de la OMS para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles¹ y exhortando a aplicarlos al emprender todas las medidas de prevención y control de las enfermedades no transmisibles;

Reconociendo que el Secretario General de las Naciones Unidas, en colaboración con los Estados Miembros, la OMS y los fondos, programas y organismos especializados pertinentes del sistema de las Naciones Unidas, ha de presentar a la Asamblea General, en su sexagésimo octavo período de sesiones, un informe sobre los progresos realizados en el cumplimiento de los compromisos contraídos en la Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles, como preparación para llevar a cabo en 2014 un examen y una evaluación generales de los progresos realizados en la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles,

1. DECIDE:

- 1) hacer suyo el Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020;²
- 2) adoptar el marco mundial de vigilancia integral para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, incluido el conjunto de 25 indicadores³ aplicables a diversas situaciones regionales y nacionales, para realizar el seguimiento de las tendencias y evaluar los progresos que se logren en la aplicación de las estrategias y los planes nacionales relacionados con las enfermedades no transmisibles;
- 3) adoptar el conjunto de nueve metas mundiales de aplicación voluntaria a fin de lograr para 2025 la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, observando que la meta relacionada con la reducción relativa del 25% de la mortalidad global por enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes y enfermedades respiratorias crónicas se refiere a la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles entre las edades de 30 y 70 años, según el indicador correspondiente;

2. INSTA a los Estados Miembros:⁴

- 1) a que sigan aplicando la Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles, fortaleciendo las actividades nacionales desplegadas para afrontar la carga de enfermedades no transmisibles, y aplicando la Declaración de Moscú;

¹ Según se menciona en el anexo 4, párrafo 18.

² Anexo 4.

³ Véase el anexo 4, apéndice 2.

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

- 2) a que apliquen el plan de acción, según proceda, y adopten las medidas necesarias para alcanzar los objetivos que en él se establecen;
- 3) a que fortalezcan la capacidad, los mecanismos y los mandatos, según proceda, de las autoridades encargadas de facilitar y asegurar la adopción de medidas en todos los sectores gubernamentales;
- 4) a que aceleren la aplicación por las Partes en el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT de la OMS), entre otras cosas mediante las directrices técnicas adoptadas; otros países considerarán su adhesión al Convenio, y a que otorguen alta prioridad a la aplicación de la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud, adoptada en la resolución WHA57.17, la Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol adoptada en la resolución WHA63.13, y las recomendaciones sobre la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños adoptada en la resolución WHA63.14, como componentes esenciales para avanzar hacia las metas mundiales de aplicación voluntaria y cumplir los compromisos contraídos en la Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles;
- 5) a que promuevan, establezcan, apoyen y fortalezcan la participación y las fórmulas de colaboración, según proceda, entre otros con agentes no relacionados con la salud y distintos de los Estados, como la sociedad civil y el sector privado, a nivel nacional, subnacional o local, para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, con arreglo a las circunstancias del país, aplicando un enfoque multisectorial amplio y protegiendo al mismo tiempo los intereses de la salud pública frente a la influencia indebida de cualquier tipo de conflicto de intereses real, aparente o potencial;
- 6) a que consideren la posibilidad de establecer marcos nacionales de vigilancia de las enfermedades no transmisibles, con metas e indicadores basados en la situación de cada país, teniendo en cuenta el marco mundial de vigilancia integral, incluidos los 25 indicadores y un conjunto de nueve metas mundiales de aplicación voluntaria, con arreglo a la orientación proporcionada por la OMS, a fin de centrar la atención en las actividades destinadas a reducir los efectos de las enfermedades no transmisibles, respaldar la expansión de las medidas y políticas eficaces en materia de enfermedades no transmisibles, incluidos los aspectos técnicos y financieros, y evaluar los progresos que se logren para prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles, sus factores de riesgo y sus determinantes;
- 7) a que establezcan o refuercen, según proceda, un sistema nacional de vigilancia y seguimiento que facilite la presentación de informes, incluido el uso de los 25 indicadores del marco mundial de vigilancia integral, las nueve metas mundiales de aplicación voluntaria y cualesquiera otras metas e indicadores regionales o nacionales relacionados con las enfermedades no transmisibles;
- 8) a que recomienden que el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas que examine la propuesta de establecer un Grupo Especial de las Naciones Unidas para las enfermedades no transmisibles, que coordinará las actividades de las organizaciones de las Naciones Unidas concernientes a la aplicación del plan de acción de la OMS para las enfermedades no transmisibles antes del final de 2013, que sería convocado y dirigido por la OMS e informaría al ECOSOC, incorporando la labor del Grupo de Trabajo Especial Interinstitucional de las Naciones Unidas sobre lucha antitabáquica, y velando por que se siga examinando y priorizando debidamente el control del tabaco en el nuevo mandato del Grupo de Trabajo;

- 9) a que apoyen la labor de la Secretaría en materia de prevención y control de las enfermedades no transmisibles, en particular mediante la financiación de las actividades pertinentes previstas en los presupuestos por programas;
- 10) a que sigan estudiando la manera de facilitar recursos suficientes de forma previsible y sostenida mediante cauces internos, bilaterales, regionales y multilaterales, incluidos mecanismos financieros innovadores tradicionales y voluntarios, y a que aumenten, cuando proceda, los recursos destinados a los programas de prevención y control de las enfermedades no transmisibles;
3. PIDE a la Directora General:
- 1) que presente información detallada y desglosada sobre los recursos necesarios para aplicar las medidas de la Secretaría previstas en el plan de acción mundial 2013-2020 de la OMS para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, con inclusión de información sobre las repercusiones financieras del establecimiento de un mecanismo de coordinación mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, para el primer diálogo sobre financiación convocado por la Directora General y facilitado por el Presidente del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo, acerca de la financiación del Presupuesto por programas 2014-2015, a fin de garantizar que todos los asociados dispongan de información clara sobre las necesidades específicas de financiación, los recursos disponibles y los déficits de financiación de las medidas de la Secretaría contempladas en el plan de acción a nivel de proyecto o de actividad;
 - 2) que prepare un proyecto de mandato para un mecanismo de coordinación mundial, según lo expuesto en los párrafos 14 y 15 del plan de acción mundial de la OMS para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, con el fin de facilitar la interacción entre los Estados Miembros, los fondos, programas y organismos de las Naciones Unidas y otros asociados internacionales, así como agentes no estatales y, al mismo tiempo, proteger a la OMS y la salud pública de la influencia indebida de cualquier tipo de conflicto de intereses real, aparente o potencial, sin perjuicio de los resultados que arrojen las deliberaciones en curso en la OMS relativas a la interacción con agentes no estatales;
 - 3) que elabore el proyecto de mandato mencionado en el párrafo 3(2) en el marco de una reunión oficial de los Estados Miembros,¹ que se celebrará en noviembre de 2013 tras la realización de consultas con:
 - i) Estados Miembros,¹ en particular por conducto de los Comités Regionales;
 - ii) organismos, fondos y programas de las Naciones Unidas y otras organizaciones intergubernamentales pertinentes, y
 - iii) organizaciones no gubernamentales y entidades del sector privado, según proceda, y otras partes interesadas;
- y lo presente, por conducto del Consejo Ejecutivo, a la 67.^a Asamblea Mundial de la Salud para su aprobación;
- 4) que elabore, en consulta con los Estados Miembros y con otros asociados pertinentes, un conjunto limitado de indicadores del plan de acción que permitan orientar la presentación de informes sobre la marcha de los trabajos, que reflejen la labor en curso en los ámbitos regional y

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

nacional y, tengan en cuenta la viabilidad, los datos actualmente disponibles y los mejores conocimientos y pruebas científicas disponibles, sean aplicables a los seis objetivos del plan de acción, y minimicen la carga que supone para los Estados Miembros la presentación de informes para evaluar los progresos realizados en 2016, 2018 y 2021 en la aplicación de las opciones de política para los Estados Miembros, las medidas recomendadas para los asociados internacionales, y las medidas para la Secretaría incluidas en el plan de acción, y que, por conducto del Consejo Ejecutivo, presente el proyecto de conjunto de indicadores del plan de acción a la 67.^a Asamblea Mundial de la Salud para su aprobación;

5) que colabore con otros fondos, programas y organismos de las Naciones Unidas, para concluir antes del final de octubre de 2013 las actividades relativas a la división de las tareas y responsabilidades entre los fondos, programas y organismos de las Naciones Unidas y otras organizaciones internacionales;

6) que preste apoyo técnico a los Estados Miembros, cuando sea necesario, para respaldar la aplicación del plan de acción mundial 2013-2020 de la OMS para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles;

7) que proporcione apoyo técnico a los Estados Miembros, cuando sea necesario, para establecer sistemas de vigilancia y seguimiento de las enfermedades no transmisibles, o reforzar los existentes, en apoyo de la presentación de informes con arreglo al marco mundial de vigilancia de las enfermedades no transmisibles;

8) que preste apoyo técnico a los Estados Miembros, cuando sea necesario, para que colaboren/cooperen con sectores gubernamentales distintos de la salud y, de conformidad con los principios de participación, con agentes no estatales¹ en la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles;

9) que presente informes sobre los progresos realizados en la aplicación del plan de acción, por conducto del Consejo Ejecutivo, a la Asamblea de la Salud en 2016, 2018 y 2021,² así como informes sobre los progresos realizados hacia el logro de las nueve metas voluntarias en 2016, 2021 y 2026;

10) que proponga una actualización del apéndice 3 del plan de acción mundial 2013-2020 de la OMS para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, según proceda, a fin de que la Asamblea Mundial de la Salud lo examine, por conducto del Consejo Ejecutivo, a la luz de las nuevas pruebas científicas y continúe actualizando, según proceda, el apéndice 4 del anexo.

(Novena sesión plenaria, 27 de mayo de 2013 -
Comisión A, quinto informe)

¹ Sin perjuicio de los debates en curso sobre la colaboración de la OMS con agentes no estatales.

² Los informes sobre los progresos realizados en 2018 y 2021 deberán incluir los resultados de la evaluación independiente de la aplicación del plan de acción mundial realizada en 2017 y 2020.

WHA66.11 La salud en la agenda para el desarrollo después de 2015

La 66.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe sobre la salud en la agenda para el desarrollo después de 2015;¹

Reafirmando la Constitución de la OMS, en la que se asienta 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;

Reafirmando asimismo los principios de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas mediante la resolución 55/2, incluidas la dignidad del ser humano, la igualdad y la equidad, y recalcando la necesidad de que se recojan en la agenda para el desarrollo después de 2015;

Recordando el anexo a la resolución 64/299 de la Asamblea General de las Naciones Unidas titulada «Cumplir la promesa: unidos para lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio», en el que se pide «al Secretario General que informe anualmente sobre los progresos realizados hacia el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio hasta 2015 y que en sus informes anuales formule recomendaciones, cuando proceda, sobre las nuevas medidas que deban adoptarse para promover la agenda de las Naciones Unidas para el desarrollo con posterioridad a 2015»;

Recordando también la resolución 66/288 de la Asamblea General de las Naciones Unidas, «El futuro que queremos», en la cual se reconoce «que la salud es una condición previa, un resultado y un indicador de las tres dimensiones del desarrollo sostenible» y se prevé, entre otras cosas, la creación de un grupo de trabajo con el cometido de presentar a la Asamblea General de las Naciones Unidas una propuesta de objetivos de desarrollo sostenible;

Reconociendo la resolución 67/81 de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre salud mundial y política exterior, que, entre otras cosas, pide que se incluya «la cobertura sanitaria universal en los debates de la agenda para el desarrollo después de 2015 en el contexto de los retos mundiales en materia de salud»;

Observando el resultado de la consulta temática mundial sobre la salud en la agenda para el desarrollo después de 2015, que culminó en un diálogo de alto nivel en Gaborone (Botswana) en marzo de 2013;

Reconociendo asimismo la Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud, que hizo suya la 66.^a Asamblea Mundial de la Salud en la resolución WHA65.8 de mayo de 2012;

Reconociendo las diversas consultas mundiales, regionales y nacionales acerca de la salud en la agenda para el desarrollo después de 2015 que se están llevando a cabo;

Preocupada porque si bien algunos países han logrado progresos apreciables en el cumplimiento de algunos de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) relacionados con la salud, muchos otros no están en camino de cumplir plenamente alguno o todos esos objetivos de aquí a 2015;

¹ Documento A66/47.

Reconociendo la necesidad de mantener los logros actuales y acelerar los esfuerzos en los países donde sea necesario para avanzar más rápidamente hacia el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud de aquí a 2015,

1. INSTA a los Estados Miembros:¹

- 1) a que velen por que la salud ocupe un sitio central en la agenda para el desarrollo después de 2015;
- 2) a que refuercen la responsabilidad nacional en la definición de los planes y prioridades nacionales y alineen los esfuerzos y recursos con el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud con miras a lograr progresos sostenibles en los resultados sanitarios;
- 3) a que se involucren activamente en los debates acerca de la agenda para el desarrollo después de 2015 respetando los procesos establecidos por la Asamblea General de las Naciones Unidas;
- 4) a que cumplan sus compromisos en relación con el cumplimiento de las metas y los objetivos convenidos y mantengan y aceleren los esfuerzos para lograr el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud;
- 5) a que aceleren la cooperación internacional para apoyar a los países que podrían no cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud de aquí a 2015;

2. PIDE a la Directora General:

- 1) que vele por que las consultas de la OMS sobre la salud en la agenda para el desarrollo después de 2015 sean abarcadoras y estén abiertas a todas las regiones, las subregiones y los Estados Miembros,¹ y por que dichas discusiones se apoyen debidamente en otros procesos en curso;
- 2) que continúe la participación activa en torno a la agenda para el desarrollo después de 2015, colaborando con el Secretario General de las Naciones Unidas para garantizar el lugar central de la salud en todos los procesos pertinentes;
- 3) que propugne la movilización intensificada de recursos financieros y técnicos, dentro del espíritu de la Declaración de Busán sobre la eficacia del desarrollo, con el fin de apoyar a los Estados Miembros a acelerar el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud de aquí a 2015;
- 4) que incluya el debate sobre «La salud en la agenda para el desarrollo después de 2015», en el orden del día de las reuniones de los comités regionales de la OMS en 2013 y que, por conducto del Consejo Ejecutivo en su 134.^a reunión en enero de 2014, presente a la 67.^a Asamblea Mundial de la Salud un informe sobre esos debates.

(Novena sesión plenaria, 27 de mayo de 2013 -
Comisión A, quinto informe)

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

WHA66.12 Enfermedades tropicales desatendidas¹

La 66.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe sobre enfermedades tropicales desatendidas,² y recordando al mismo tiempo las resoluciones anteriores de la Asamblea Mundial de la Salud mencionadas en él;

Reconociendo que el aumento de las inversiones nacionales e internacionales en la prevención y el control de las enfermedades tropicales desatendidas ha logrado mejorar la salud colectiva y el bienestar social en muchos países;

Reconociendo asimismo la importancia del Plan Mundial de Lucha contra las Enfermedades Tropicales Desatendidas, 2008-2015;

Tomando nota de la hoja de ruta de la OMS para acelerar el trabajo dirigido a contrarrestar el impacto mundial de las enfermedades tropicales desatendidas;³

Reconociendo los vínculos y el apoyo recíproco entre el control y la eliminación de las enfermedades tropicales desatendidas y la Estrategia mundial y plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual;

Reconociendo asimismo que la ampliación de las actividades para prevenir y controlar las enfermedades tropicales desatendidas dependerá de la existencia de programas nacionales dotados de recursos suficientes y que funcionen eficazmente como parte del sector sanitario, el educativo y otros sectores afines con la finalidad de suministrar y distribuir constantemente productos de calidad asegurada y prestar buenos servicios;

Sabiendo que los métodos corrientes de prevención y control de las enfermedades tropicales desatendidas que se aplican de manera integrada, y abarcando todos los sectores competentes, son muy eficaces y coadyuvan al fortalecimiento de los sistemas sanitarios y el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud, aunque aún persisten muchos problemas;

Reconociendo la contribución generosa de las empresas farmacéuticas que donan medicamentos esenciales de calidad asegurada en cantidad suficiente para la prevención y el tratamiento de las enfermedades tropicales desatendidas, así como la necesidad de velar por su disponibilidad y asequibilidad continuas;

Reconociendo la contribución de los órganos del sistema de las Naciones Unidas, las organizaciones intergubernamentales, las organizaciones no gubernamentales, las instituciones académicas y la sociedad civil;

Teniendo en cuenta la diversidad de las enfermedades tropicales desatendidas, los agentes que las causan, los vectores y huéspedes intermediarios implicados, el potencial epidémico (por ejemplo del dengue, la enfermedad de Chagas, la rabia humana de origen canino y la leishmaniasis), y su morbilidad, mortalidad y estigma correspondiente,

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

² Documento A66/20.

³ Documento WHO/HTM/NTD/2012.1.

1. INSTA a los Estados Miembros:

- 1) a que asuman la responsabilidad continua de los programas del país para prevenir, controlar, eliminar y erradicar las enfermedades tropicales desatendidas;
- 2) a que fortalezcan aún más el sistema de vigilancia epidemiológica, especialmente de las enfermedades tropicales desatendidas cuya erradicación se ha decidido;
- 3) a que amplíen y ejecuten, según corresponda, intervenciones contra las enfermedades tropicales desatendidas a fin de lograr las metas acordadas en el Plan Mundial de Lucha contra las Enfermedades Tropicales Desatendidas, 2008-2015, tal como están establecidas en la hoja de ruta de la OMS para acelerar el trabajo encaminado a contrarrestar el impacto mundial de las enfermedades tropicales desatendidas y teniendo en cuenta la Carta de Londres sobre las Enfermedades Tropicales Desatendidas, mediante los siguientes medios:
 - a) procurar que los recursos sean acordes con las necesidades nacionales y se aporten de manera sostenible mediante una planificación y un cálculo de costos concienzudos de las actividades de prevención y control, así como el análisis pormenorizado de los gastos conexos;
 - b) propiciar el mejoramiento de la gestión de la cadena de suministro, en particular mediante la previsión de necesidades, las adquisiciones oportunas de bienes de calidad asegurada, sistemas mejorados de gestión de existencias y facilitación de la importación y el despacho de aduanas;
 - c) integrar los programas de control de las enfermedades tropicales desatendidas en los servicios de atención primaria de salud y las campañas o los programas de vacunación existentes, cuando ello sea factible, para lograr una mayor cobertura y reducir los costos de operación;
 - d) gestionar y ejecutar correctamente los programas mediante la creación, el mantenimiento y la supervisión de un cuadro de profesionales calificados (con inclusión de representantes de sectores distintos del sanitario) en los niveles nacional, distrital y comunitario;
- 4) a que propugnen una financiación internacional previsible y sostenida del control de las enfermedades tropicales desatendidas;
- 5) a que mejoren y sostengan los compromisos económicos nacionales, como la movilización de recursos por sectores distintos del sanitario;
- 6) a que fortalezcan la capacidad de prevención y control de dichas enfermedades mediante el refuerzo de la investigación, con miras a acelerar la puesta en práctica de las políticas y estrategias ideadas para alcanzar las metas establecidas por la Asamblea de la Salud en diversas resoluciones relativas a determinadas enfermedades tropicales desatendidas, así como en la hoja de ruta para acelerar las actividades encaminadas a contrarrestar el impacto de las enfermedades tropicales desatendidas y la Declaración de Londres sobre las Enfermedades Tropicales Desatendidas;
- 7) a que fortalezcan la capacidad nacional de vigilancia y evaluación de los efectos de las intervenciones contra las enfermedades tropicales desatendidas;
- 8) a que ideen planes para lograr y mantener el acceso universal a las intervenciones contra las enfermedades tropicales desatendidas y la cobertura de estas, en particular:

- a) proporcionar prontamente las pruebas diagnósticas de todos los casos presuntos de enfermedades tropicales desatendidas y brindar el tratamiento eficaz a los pacientes tanto en el sector público como en el privado en todos los niveles del sistema sanitario, en particular el comunitario;
- b) alcanzar y sostener una cobertura de la quimioterapia preventiva¹ de al menos el 75% de las personas que la necesitan, como requisito imprescindible para lograr las metas de control o eliminación;
- c) coordinarse mejor para reducir la transmisión y fortalecer el control de las enfermedades tropicales desatendidas tomando en consideración los determinantes sociales de la salud, mediante el abastecimiento de agua potable y saneamiento básico, la promoción de la salud y la educación sanitaria, la lucha antivectorial y la veterinaria de salud pública, tomando en consideración la iniciativa Un Mundo, Una Salud;

2. EXHORTA a los asociados internacionales de la OMS, como son las organizaciones intergubernamentales, internacionales y no gubernamentales, las entidades de financiación, las instituciones académicas y de investigación, la sociedad civil y el sector privado:

- 1) a que, según proceda, ayuden a los Estados Miembros:
 - a) a conseguir fondos suficientes y previsibles que permitan alcanzar las metas establecidas para 2015 y 2020 y sostener las campañas de control de las enfermedades tropicales desatendidas;
 - b) a armonizar la prestación de apoyo a los países cuando estos ejecuten un plan nacional basado en las políticas y estrategias recomendadas por la OMS utilizando productos que cumplan con las normas internacionales de calidad;
 - c) a promover el acceso universal a la quimioterapia preventiva, el diagnóstico, el tratamiento de casos y la lucha antivectorial, así como a otras medidas preventivas, además de sistemas de vigilancia eficaces;
- 2) a que alienten iniciativas para la investigación y la obtención de nuevos medios diagnósticos, medicamentos, vacunas, plaguicidas y biocidas, mejores instrumentos y tecnologías y otros dispositivos innovadores de lucha antivectorial y prevención de infecciones, y apoyen la investigación operativa dirigida a aumentar la eficiencia y la costoeficacia de las intervenciones, teniendo en cuenta la Estrategia mundial y plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual;
- 3) a que colaboren con la OMS para prestar apoyo a los Estados Miembros a fin de que estos puedan cuantificar los progresos realizados y cumplir las metas de eliminación y erradicación de determinadas enfermedades tropicales desatendidas;

¹ La quimioterapia preventiva consiste en un tratamiento preventivo a gran escala contra las helmintiasis y el tracoma mediante medicamentos seguros, de una sola dosis y de calidad garantizada.

3. SOLICITA a la Directora General:

- 1) que mantenga el liderazgo de la OMS en la campaña contra las enfermedades tropicales desatendidas;
- 2) que apoye la elaboración y actualización de normas, pautas, políticas, directrices, estrategias e investigaciones con fundamento científico para la prevención, el control y la eliminación de las enfermedades tropicales desatendidas a fin de trazar el camino para alcanzar las metas correspondientes asentadas en resoluciones de la Asamblea de la Salud;
- 3) que siga de cerca los progresos realizados en la consecución de las metas fijadas en la hoja de ruta de la OMS para acelerar el trabajo encaminado a contrarrestar el impacto mundial de las enfermedades tropicales desatendidas, y que apoye los esfuerzos de los Estados Miembros para recopilar, validar y analizar datos de los sistemas nacionales de vigilancia;
- 4) que apoye a los Estados Miembros para que fortalezcan la capacidad en materia de recursos humanos asignados a la prevención, el diagnóstico y el control de las enfermedades tropicales desatendidas, en particular la lucha antivectorial y la veterinaria de salud pública;
- 5) que aliente y apoye las iniciativas destinadas a descubrir y obtener nuevos instrumentos de diagnóstico, medicamentos y medidas de control de vectores, y respalde la investigación operativa para aumentar la eficiencia y la costoeficacia de las intervenciones;
- 6) que, por conducto del Consejo Ejecutivo, informe a la 68.^a Asamblea Mundial de la Salud de los progresos realizados en la eliminación y erradicación de las enfermedades fijadas como objetivo.

(Novena sesión plenaria, 27 de mayo de 2013 -
Comisión A, quinto informe)

WHA66.13 Estado de la recaudación de las contribuciones señaladas, y Estados Miembros con atrasos de contribuciones de importancia bastante para que esté justificado aplicar el Artículo 7 de la Constitución

La 66.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado los informes sobre el estado de la recaudación de las contribuciones señaladas y los Estados Miembros con atrasos de contribuciones de importancia bastante para que esté justificado aplicar el Artículo 7 de la Constitución, así como sobre los arreglos especiales para la liquidación de atrasos;¹

Observando que en el momento de la apertura de la 66.^a Asamblea Mundial de la Salud estaban suspendidos los derechos de voto de las Comoras, Granada, Guinea-Bissau, la República Centroafricana y Somalia, y que dicha suspensión seguirá vigente, en la actual Asamblea de la Salud o en otras futuras, hasta que los atrasos de esos Miembros se hayan reducido a un nivel inferior al que justifica la aplicación del Artículo 7 de la Constitución;

¹ Documentos A66/30 y A66/55.

Observando que en el momento de la apertura de la 66.^a Asamblea Mundial de la Salud el Afganistán, Antigua y Barbuda, Bosnia y Herzegovina, el Camerún, Côte d'Ivoire, Jordania, Kirguistán, Malawi y Sierra Leona tenían atrasos de importancia bastante para que, según lo dispuesto en el Artículo 7 de la Constitución, la Asamblea de la Salud debiera examinar la procedencia de suspender o no los derechos de voto de esos países: los del Afganistán y los de Kirguistán en la fecha de apertura de la 66.^a Asamblea Mundial de la Salud, y los de los otros ocho Estados Miembros mencionados, en la fecha de apertura de la 67.^a Asamblea Mundial de la Salud,

DECIDE:

- 1) que, de acuerdo con la declaración de principios adoptada en la resolución WHA41.7, si en la fecha de apertura de la 67.^a Asamblea Mundial de la Salud Antigua y Barbuda, Bosnia y Herzegovina, el Camerún, Côte d'Ivoire, Jordania, Malawi y Sierra Leona todavía tienen atrasos de contribuciones de importancia bastante para que esté justificada la aplicación del Artículo 7 de la Constitución, se les suspenderán los derechos de voto a partir de dicha apertura; y que, de acuerdo con la resolución WHA59.6 y la resolución WHA61.8, si en el momento de la apertura de la 66.^a Asamblea Mundial de la Salud el Afganistán y Kirguistán todavía tuvieran atrasos en el pago de sus contribuciones reprogramadas, respectivamente, se les suspenderán automáticamente sus derechos de voto;
- 2) que toda suspensión que entre en vigor en virtud de lo dispuesto en el párrafo 1) *supra* se mantendrá en la 67.^a Asamblea Mundial de la Salud y en las Asambleas de la Salud subsiguientes hasta que los atrasos del Afganistán, Antigua y Barbuda, Bosnia y Herzegovina, el Camerún, Côte d'Ivoire, Jordania, Kirguistán, Malawi y Sierra Leona se hayan reducido a un nivel inferior al que justifica la aplicación del Artículo 7 de la Constitución;
- 3) que esta decisión se aplique sin perjuicio del derecho que asiste a todo Miembro de pedir el restablecimiento de su derecho de voto de conformidad con el Artículo 7 de la Constitución.

(Novena sesión plenaria, 27 de mayo de 2013 -
Comisión B, segundo informe)

WHA66.14 Arreglos especiales para la liquidación de atrasos: Tayikistán

La 66.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe de la Secretaría sobre el estado de la recaudación de las contribuciones señaladas¹ y la solicitud de Tayikistán;²

Observando que Tayikistán tiene contribuciones pendientes de pago por un total de US\$ 366 513;

Considerando la solicitud de Tayikistán de que se re programe este saldo a lo largo del periodo comprendido entre 2013 y 2022,

¹ Documento A66/30.

² Documento A66/45.

1. DECIDE permitir que Tayikistán conserve el derecho de voto en la 66.^a Asamblea Mundial de la Salud, a reserva del cumplimiento de las condiciones siguientes:

Tayikistán liquidará sus atrasos de contribuciones señaladas, que ascienden a un total de US\$ 366 513, a lo largo de 10 años, desde 2013 hasta 2022, según se expone a continuación, y abonará además su contribución anual señalada para el año en curso;

Año	US\$
2013	36 651
2014	36 651
2015	36 651
2016	36 651
2017	36 651
2018	36 651
2019	36 651
2020	36 651
2021	36 651
2022	36 654
Total	366 513

2. DECIDE ASIMISMO, de conformidad con el Artículo 7 de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que se suspenda automáticamente el derecho de voto de Tayikistán si no cumple con los requisitos estipulados en el párrafo 1 *supra*;
3. PIDE a la Directora General que informe a la 67.^a Asamblea Mundial de la Salud sobre la situación a este respecto;
4. PIDE TAMBIÉN a la Directora General que comunique la presente resolución al Gobierno de Tayikistán.

(Novena sesión plenaria, 27 de mayo de 2013 -
Comisión B, segundo informe)

WHA66.15 Escala de contribuciones para 2014-2015

La 66.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe sobre la escala de contribuciones para 2014-2015,¹

ADOPTA la escala de contribuciones señaladas de Miembros y Miembros Asociados para el bienio 2014-2015 que figura a continuación.

¹ Documento A66/31.

Miembros y Miembros Asociados	Escala de la OMS para 2014-2015 %
Afganistán	0,0050
Albania	0,0100
Alemania	7,1416
Andorra	0,0080
Angola	0,0100
Antigua y Barbuda	0,0020
Arabia Saudita	0,8641
Argelia	0,1370
Argentina	0,4320
Armenia	0,0070
Australia	2,0741
Austria	0,7981
Azerbaiyán	0,0400
Bahamas	0,0170
Bahrein	0,0390
Bangladesh	0,0100
Barbados	0,0080
Belarús	0,0560
Bélgica	0,9981
Belice	0,0010
Benin	0,0030
Bhután	0,0010
Bolivia (Estado Plurinacional de)	0,0090
Bosnia y Herzegovina	0,0170
Botswana	0,0170
Brasil	2,9342
Brunei Darussalam	0,0260
Bulgaria	0,0470
Burkina Faso	0,0030
Burundi	0,0010
Cabo Verde	0,0010
Camboya	0,0040
Camerún	0,0120
Canadá	2,9842
Chad	0,0020
Chile	0,3340
China	5,1484
Chipre	0,0470
Colombia	0,2590
Comoras	0,0010
Congo	0,0050
Costa Rica	0,0380
Côte d'Ivoire	0,0110
Croacia	0,1260
Cuba	0,0690
Dinamarca	0,6750
Djibouti	0,0010
Dominica	0,0010
Ecuador	0,0440

Miembros y Miembros Asociados	Escala de la OMS para 2014-2015 %
Egipto	0,1340
El Salvador	0,0160
Emiratos Árabes Unidos	0,5950
Eritrea	0,0010
Eslovaquia	0,1710
Eslovenia	0,1000
España	2,9732
Estados Unidos de América	22,0000
Estonia	0,0400
Etiopía	0,0100
Ex República Yugoslava de Macedonia	0,0080
Federación de Rusia	2,4382
Fiji	0,0030
Filipinas	0,1540
Finlandia	0,5190
Francia	5,5935
Gabón	0,0200
Gambia	0,0010
Georgia	0,0070
Ghana	0,0140
Granada	0,0010
Grecia	0,6380
Guatemala	0,0270
Guinea	0,0010
Guinea-Bissau	0,0010
Guinea Ecuatorial	0,0100
Guyana	0,0010
Haití	0,0030
Honduras	0,0080
Hungría	0,2660
India	0,6660
Indonesia	0,3460
Irán (República Islámica del)	0,3560
Iraq	0,0680
Irlanda	0,4180
Islandia	0,0270
Islas Cook	0,0010
Islas Marshall	0,0010
Islas Salomón	0,0010
Israel	0,3960
Italia	4,4483
Jamaica	0,0110
Japón	10,8338
Jordania	0,0220
Kazajstán	0,1210
Kenya	0,0130
Kirguistán	0,0020
Kiribati	0,0010
Kuwait	0,2730

Miembros y Miembros Asociados	Escala de la OMS para 2014-2015 %
Lesotho	0,0010
Letonia	0,0470
Líbano	0,0420
Liberia	0,0010
Libia	0,1420
Lituania	0,0730
Luxemburgo	0,0810
Madagascar	0,0030
Malasia	0,2810
Malawi	0,0020
Maldivas	0,0010
Malí	0,0040
Malta	0,0160
Marruecos	0,0620
Mauricio	0,0130
Mauritania	0,0020
México	1,8421
Micronesia (Estados Federados de)	0,0010
Mónaco	0,0120
Mongolia	0,0030
Montenegro	0,0050
Mozambique	0,0030
Myanmar	0,0100
Namibia	0,0100
Nauru	0,0010
Nepal	0,0060
Nicaragua	0,0030
Níger	0,0020
Nigeria	0,0900
Niue	0,0010
Noruega	0,8511
Nueva Zelanda	0,2530
Omán	0,1020
Países Bajos	1,6541
Pakistán	0,0850
Palau	0,0010
Panamá	0,0260
Papua Nueva Guinea	0,0040
Paraguay	0,0100
Perú	0,1170
Polonia	0,9211
Portugal	0,4740
Puerto Rico	0,0010
Qatar	0,2090
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte	5,1794
República Árabe Siria	0,0360
República Centroafricana	0,0010
República Checa	0,3860
República de Corea	1,9941

Miembros y Miembros Asociados	Escala de la OMS para 2014-2015 %
República Democrática del Congo	0,0030
República Democrática Popular Lao	0,0020
República de Moldova	0,0030
República Dominicana	0,0450
República Popular Democrática de Corea	0,0060
República Unida de Tanzania	0,0090
Rumania	0,2260
Rwanda	0,0020
Saint Kitts y Nevis	0,0010
Samoa	0,0010
San Marino	0,0030
Santa Lucía	0,0010
Santo Tomé y Príncipe	0,0010
San Vicente y las Granadinas	0,0010
Senegal	0,0060
Serbia	0,0400
Seychelles	0,0010
Sierra Leona	0,0010
Singapur	0,3840
Somalia	0,0010
Sri Lanka	0,0250
Sudáfrica	0,3720
Sudán	0,0100
Sudán del Sur	0,0040
Suecia	0,9601
Suiza	1,0471
Suriname	0,0040
Swazilandia	0,0030
Tailandia	0,2390
Tayikistán	0,0030
Timor-Leste	0,0020
Togo	0,0010
Tokelau	0,0010
Tonga	0,0010
Trinidad y Tabago	0,0440
Túnez	0,0360
Turkmenistán	0,0190
Turquía	1,3281
Tuvalu	0,0010
Ucrania	0,0990
Uganda	0,0060
Uruguay	0,0520
Uzbekistán	0,0150
Vanuatu	0,0010
Venezuela (República Bolivariana de)	0,6270
Viet Nam	0,0420
Yemen	0,0100

Miembros y Miembros Asociados	Escala de la OMS para 2014-2015
	%
Zambia	0,0060
Zimbabwe	0,0020
Total	100,0000

(Novena sesión plenaria, 27 de mayo de 2013 -
Comisión B, segundo informe)

WHA66.16 Gestión del riesgo cambiario

La 66.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Visto el informe sobre la gestión del riesgo cambiario;¹

Reconociendo la necesidad de que a largo plazo la moneda de los ingresos se corresponda con la de los gastos,

1. DECIDE:

1) que a partir de 2014 las contribuciones señaladas se expresen a partes iguales en dólares de los Estados Unidos y francos suizos, calculados en el momento de la aprobación del presupuesto por programas y del monto del presupuesto por programas que se financiará con cargo a esas contribuciones;

2) que esta medida rija para todos los Estados Miembros cuyas contribuciones señaladas anuales asciendan a US\$ 200 000 o más; si no rebasan dicho umbral, las contribuciones se seguirán señalando únicamente en dólares de los Estados Unidos;

2. DECIDE modificar el párrafo 6.6 del Reglamento Financiero para que diga lo siguiente:

6.6 Cuando el total anual de las contribuciones señaladas de un Estado Miembro sea de US\$ 200 000 o más, la mitad de las contribuciones señaladas a ese Miembro se fijará en dólares de los Estados Unidos y la otra mitad en francos suizos. Cuando el total anual de las contribuciones señaladas de un Estado Miembro sea inferior a US\$ 200 000, estas se establecerán únicamente en dólares de los Estados Unidos. Las contribuciones se abonarán en dólares de los Estados Unidos, en euros o en francos suizos, o en cualesquiera otras monedas que el Director General determine.

3. DECIDE ADEMÁS que dicha modificación del Reglamento Financiero de la Organización Mundial de la Salud indicada anteriormente entre en vigor en el momento de la clausura de la 66.^a Asamblea Mundial de la Salud.

(Novena sesión plenaria, 27 de mayo de 2013 -
Comisión B, segundo informe)

¹ Documento A66/32.

WHA66.17 Informe del Comisario de Cuentas

La 66.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe del Comisario de Cuentas sobre las operaciones financieras de la Organización Mundial de la Salud en el ejercicio financiero que concluyó el 31 de diciembre de 2012, presentado a la 66.^a Asamblea Mundial de la Salud;¹

Habiendo tomado nota del informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 66.^a Asamblea Mundial de la Salud,²

ACEPTA el informe del Comisario de Cuentas a la 66.^a Asamblea Mundial de la Salud.

(Novena sesión plenaria, 27 de mayo de 2013 -
Comisión B, segundo informe)

WHA66.18 Seguimiento del informe del Grupo de Trabajo sobre la Elección de Director General de la Organización Mundial de la Salud³

La 66.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe sobre el seguimiento del informe del Grupo de Trabajo sobre la Elección de Director General de la Organización Mundial de la Salud,⁴

1. ADOPTA el Código de Conducta para la Elección de Director General de la Organización Mundial de la Salud que figura en el anexo 1 de la presente resolución;
2. ESTABLECE un foro de candidatos abierto a todos los Estados Miembros⁵ a modo de plataforma sin atribuciones decisorias para los candidatos, conforme a lo expuesto en el anexo 2 de la presente resolución;
3. APRUEBA el formulario normalizado de presentación del *curriculum vitae* que figura en el anexo 3 de esta resolución, formulario que los Estados Miembros deberán utilizar en adelante como único documento para proponer candidatos al puesto de Director General;
4. DECIDE que el *curriculum vitae* de cada candidato tendrá una extensión máxima de 3500 palabras y deberá presentarse también en formato electrónico, con el fin de que el Presidente del Consejo Ejecutivo pueda verificar que no se ha superado ese límite;

¹ Documento A66/34.

² Documento A66/58.

³ En el anexo 6 se exponen las repercusiones financieras y administrativas de esta resolución para la Secretaría.

⁴ Documento A66/41.

⁵ Y, cuando proceda, a las organizaciones de integración económica regional.

5. DECIDE ADEMÁS modificar los artículos 70 y 108 del Reglamento Interior de la Asamblea Mundial de la Salud y agregar un nuevo artículo *70bis*, conforme a lo expuesto en el anexo 4 de la presente resolución;

6. PIDE a la Directora General:

- 1) que estudie opciones para utilizar la votación electrónica en el nombramiento de Director General, con inclusión de las repercusiones financieras y en materia de seguridad electrónica, e informe al respecto a la 67.^a Asamblea Mundial de la Salud, por conducto del Consejo Ejecutivo;
- 2) que consolide una descripción del conjunto del proceso de elección de Director General en un proyecto de documento que pueda servir de referencia única, para presentarlo a la consideración de la 67.^a Asamblea Mundial de la Salud por conducto del Consejo Ejecutivo.

ANEXO 1

CÓDIGO DE CONDUCTA PARA LA ELECCIÓN DE DIRECTOR GENERAL DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

En su resolución WHA65.15, concerniente al informe del Grupo de Trabajo de Estados Miembros sobre el procedimiento y el método de elección de Director General de la Organización Mundial de la Salud, la Asamblea de la Salud decidió, entre otras cosas, que «la Secretaría elabore un código de conducta, en consonancia con la recomendación 7 del informe de la Dependencia Común de Inspección sobre ‘Selección y condiciones de servicio de los jefes ejecutivos de las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas’, cuya observancia y respeto deberán prometer los candidatos al puesto de Director General y los Estados Miembros, que se presentará a la consideración de la 66.^a Asamblea Mundial de la Salud por conducto del Consejo Ejecutivo».

Este código de conducta (el «código») aspira a promover un proceso abierto, justo, equitativo y transparente de elección de Director General de la Organización Mundial de la Salud. Con miras a mejorar el conjunto del procedimiento, el código aborda varios aspectos, entre ellos la presentación de propuestas, la realización de campañas electorales por los Estados Miembros y los candidatos, y la financiación y otros aspectos financieros.

El código es un acuerdo político alcanzado por los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud, en el que se recomienda el comportamiento que cabe esperar de los Estados Miembros y los candidatos respecto a la elección de Director General a fin de promover la imparcialidad, la credibilidad, la apertura y la transparencia del proceso, y por ende su legitimidad, así como la legitimidad y la aceptación de sus resultados. Como tal, el código no es un instrumento jurídicamente vinculante, pero se espera de los Estados Miembros y de los candidatos que se atengan a sus disposiciones.

A. Requisitos generales

I. Principios básicos

Todo el proceso de elección, así como las actividades relacionadas con la campaña electoral, deberán regirse por los siguientes principios, que conferirán mayor legitimidad al proceso y a su resultado:

consideración debida al principio de representación geográfica equitativa,
imparcialidad,

equidad,
transparencia,
buena fe,
dignidad, respeto mutuo y moderación,
no discriminación, y
mérito.

II. Autoridad de la Asamblea de la Salud y del Consejo Ejecutivo de conformidad con sus reglamentos interiores

1. Los Estados Miembros aceptan la autoridad de la Asamblea de la Salud y del Consejo Ejecutivo para llevar a cabo la elección de Director General de conformidad con sus reglamentos interiores y con las resoluciones y decisiones pertinentes.
2. Los Estados Miembros que presenten candidatos para el puesto de Director General tendrán derecho a promover esas candidaturas. Lo mismo se aplica a los candidatos respecto a su propia candidatura. En el ejercicio de ese derecho, los Estados Miembros y los candidatos deben cumplir todas las normas que rigen la elección de Director General, contenidas en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, el Reglamento Interior de la Asamblea Mundial de la Salud y el Reglamento Interior del Consejo Ejecutivo, así como en las resoluciones y decisiones pertinentes.

III. Responsabilidades

1. Es responsabilidad de los Estados Miembros y de los candidatos al puesto de Director General de la Organización Mundial de la Salud observar y respetar este código.
2. Los Estados Miembros reconocen que el proceso de elección de Director General debe ser un proceso imparcial, abierto, transparente, equitativo y basado en los méritos de cada candidato. Deben dar a conocer públicamente este código y facilitar el acceso al mismo.
3. La Secretaría promoverá además el conocimiento del código de conformidad con las disposiciones que contiene.

B. Requisitos para las diferentes fases del proceso electoral

I. Presentación de propuestas

En su propuesta de una o más personas para el puesto de Director General, los Estados Miembros deben incluir una declaración en la que confirmen que tanto ellos como las personas propuestas se comprometen a respetar las disposiciones del código. El Director General recordará a los Estados Miembros ese requisito cuando los invite a proponer candidatos para el cargo de Director General, de conformidad con el artículo 52 del Reglamento Interior del Consejo Ejecutivo.

II. Campaña electoral

1. Este código se aplica a las actividades de campaña electoral emprendidas en relación con la elección de Director General hasta el momento de su nombramiento por la Asamblea de la Salud.

2. Todos los Estados Miembros y candidatos deben alentar y promover la comunicación y la cooperación recíprocas durante todo el proceso de elección. Los Estados Miembros y los candidatos deben actuar de buena fe teniendo presentes los objetivos comunes de promover la equidad, apertura, transparencia e imparcialidad durante todo el proceso de elección.
3. Todos los Estados Miembros y candidatos deben procurar revelar sus actividades de campaña (por ejemplo, la celebración de reuniones, talleres y visitas) y comunicarlas a la Secretaría. La información así divulgada se publicará en una página especial del sitio web de la OMS.
4. Los Estados Miembros y los candidatos deben tratarse unos a otros con el debido respeto; ningún Estado Miembro o candidato debe perturbar o impedir en ningún momento las actividades de la campaña de cualquier otro candidato. Y ningún Estado Miembro o candidato debe hacer declaraciones u otras manifestaciones verbales o por escrito que puedan considerarse difamatorias o injuriosas.
5. Los Estados Miembros y los candidatos deben abstenerse de influir indebidamente en el proceso electoral mediante, por ejemplo, la concesión o aceptación de beneficios financieros o de otro tipo como contrapartida por el apoyo prestado al candidato, o mediante la promesa de tales beneficios.
6. Los Estados Miembros y los candidatos no deben aceptar promesas o compromisos en favor de ninguna persona o entidad, pública o privada, ni aceptar instrucciones de ellas, y han de evitar cualquier otra iniciativa similar, cuando ello pueda socavar la integridad del proceso electoral o ser interpretado de esa forma.
7. Los Estados Miembros que propongan candidatos para el puesto de Director General procurarán revelar los subsidios y fondos de ayuda proporcionados a otros Estados Miembros durante los dos años precedentes, en aras de una plena transparencia y confianza mutua entre los Estados Miembros.
8. Los Estados Miembros que presenten candidatos al puesto de Director General deben facilitar la organización de reuniones entre su candidato y los demás Estados Miembros, si así se les solicita. A ser posible, las reuniones entre los candidatos y los Estados Miembros se organizarán con ocasión de conferencias y otros eventos en los que participen los diferentes Estados Miembros, antes que mediante visitas bilaterales.
9. Deben limitarse los viajes que hagan los candidatos a los Estados Miembros con el fin de promover su candidatura, para evitar así unos gastos excesivos que pueden dar lugar a desigualdades entre los Estados Miembros y entre los candidatos. En este sentido, los Estados Miembros y los candidatos deben procurar usar al máximo los mecanismos ya existentes (como las reuniones de los comités regionales, del Consejo Ejecutivo y de la Asamblea de la Salud) para programar los encuentros y demás actividades de promoción relacionadas con la campaña electoral.
10. Los candidatos, sean internos o externos, han de evitar combinar sus viajes oficiales con las actividades de su campaña. Deben evitarse las actividades de propaganda electoral encubiertas como reuniones técnicas o eventos similares.
11. Una vez que el Director General haya enviado todas las propuestas, los *curriculum vitae* y demás información complementaria a los Estados Miembros de conformidad con el artículo 52 del Reglamento Interior del Consejo Ejecutivo, la Secretaría abrirá en el sitio web de la OMS un foro de preguntas y respuestas protegido mediante contraseña, que estará abierto a todos los Estados Miembros y los candidatos que soliciten participar en él. Asimismo, la Secretaría publicará en el sitio web de la OMS información sobre todos los candidatos que lo soliciten, incluidos sus *curriculum vitae* y otros datos que puedan enviar los Estados Miembros sobre su preparación y experiencia, así como la información de contacto correspondiente. El sitio web incluirá también enlaces a los sitios web particulares

de los candidatos a petición de estos. Incumbe a cada candidato la creación y financiación de su propio sitio web.

12. La Secretaría publicará también en el sitio web de la OMS, en el momento indicado en el primer párrafo del artículo 52 del Reglamento Interior del Consejo Ejecutivo, información sobre el proceso electoral y sobre las normas y decisiones aplicables, así como el texto de este código.

III. Propuesta de nombramiento y nombramiento

1. La propuesta de nombramiento y el nombramiento de Director General los llevan a cabo el Consejo Ejecutivo y la Asamblea de la Salud, respectivamente, de conformidad con sus reglamentos interiores y con las resoluciones y decisiones pertinentes. Como cuestión de principio, para que las deliberaciones se hagan con serenidad, los candidatos no deben asistir a esas reuniones, aunque formen parte de la delegación de un Estado Miembro.

2. Los Estados Miembros deben atenerse rigurosamente a los reglamentos interiores del Consejo Ejecutivo y de la Asamblea Mundial de la Salud y a otras resoluciones y decisiones pertinentes, y respetar la integridad, legitimidad y dignidad de las deliberaciones. Por consiguiente, tanto dentro como fuera de la sala de conferencias en la que se desarrolle el proceso de propuesta y de nombramiento, deben evitar todo comportamiento o acción que pueda interpretarse como un intento de influir en sus resultados.

3. Los Estados Miembros deben respetar la confidencialidad de las deliberaciones y el carácter secreto de las votaciones. En particular, deberán abstenerse de emitir los debates o difundir su contenido mediante dispositivos electrónicos en las sesiones privadas.

4. Teniendo en cuenta el carácter secreto de las votaciones relacionadas con la propuesta de nombramiento y el nombramiento de Director General, los Estados Miembros deben abstenerse de anunciar públicamente por adelantado su intención de votar a un determinado candidato.

IV. Candidatos internos

1. Los funcionarios de la OMS, incluido el Director General en funciones, propuestos para el puesto de Director General están sujetos a las obligaciones establecidas en la Constitución, el Estatuto del Personal y el Reglamento de Personal de la OMS, así como a las orientaciones que pueda proporcionar ocasionalmente el Director General.

2. Los funcionarios de la OMS propuestos para el puesto de Director General deben observar los más altos principios de conducta ética y procurar evitar cualquier apariencia de incorrección. Además, han de separar claramente sus funciones en la organización de su candidatura, y deben evitar cualquier coincidencia, o apariencia de coincidencia, entre las actividades de campaña y su labor en la OMS. También tienen que evitar cualquier apariencia de conflicto de intereses.

3. En caso de denuncias de incumplimiento de sus obligaciones con respecto a las actividades de campaña, los funcionarios de la OMS están sujetos a la autoridad del Director General con arreglo a las normas y los reglamentos aplicables.

4. La Asamblea de la Salud o el Consejo Ejecutivo pueden pedir al Director General que aplique el artículo 650 del Reglamento de Personal, relativo a la licencia especial de los funcionarios propuestos para el cargo de Director General.

ANEXO 2

FORO DE LOS CANDIDATOS**Convocatoria y dirección del foro**

1. El foro de los candidatos será convocado por la Secretaría a petición del Consejo Ejecutivo como un acto autónomo que precederá a la reunión del Consejo, y será presidido por el Presidente de este, con el apoyo de la Mesa del Consejo. El Consejo convocará oficialmente el foro de los candidatos y fijará la fecha del mismo en la reunión anterior a aquella en la que deba tener lugar la propuesta de nombramiento.

Plazos

2. El foro de los candidatos se celebrará aproximadamente dos meses antes de la reunión del Consejo en la que deba tener lugar la propuesta de nombramiento.

Duración

3. La Mesa del Consejo decidirá la duración del foro de los candidatos en función del número de estos. No obstante lo anterior, la duración máxima del foro será de tres días.

Forma

4. Cada candidato hará una presentación de un máximo de 30 minutos, a la que seguirá una sesión de preguntas y respuestas, de modo que la duración total de cada entrevista será de 60 minutos. El orden de las entrevistas se determinará por sorteo. A propuesta del Presidente, el foro concretará las disposiciones necesarias para la realización de las entrevistas.

5. Se invitará a los Estados Miembros y Miembros Asociados que participen en el foro a preparar preguntas para cada candidato durante la presentación inicial. El Presidente elegirá por sorteo las preguntas que se formularán a cada candidato.

Participación

6. La participación en el foro de los candidatos se limitará a los Estados Miembros¹ y los Miembros Asociados de la Organización Mundial de la Salud.

7. Para beneficio de los Estados Miembros o Miembros Asociados que no puedan asistir, la Secretaría transmitirá el foro de los candidatos por un sitio web al que solo se podrá acceder mediante una contraseña.

Documentación

8. Los *curriculum vitae* de los candidatos y otra información de respaldo que se proporcione con arreglo al artículo 52 del Reglamento Interior del Consejo se pondrán a la disposición de todos los Estados Miembros y Miembros Asociados, en los idiomas en que se hayan presentado, en un sitio web de acceso protegido con contraseña.

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

ANEXO 3

FORMULARIO DEL *CURRICULUM VITAE*

Apellidos:	Adjunte una fotografía reciente
Nombre o nombres:	
Sexo:	
Lugar y país de nacimiento:	Fecha de nacimiento (día/mes/año):
Nacionalidad:	
Si alguna vez ha sido declarado culpable por infringir la ley (exceptuando las infracciones de tránsito de índole menor), especifique las circunstancias:	
Estado civil:	Número de familiares a cargo:

Dirección a la que hay que enviar la correspondencia:	Teléfono: Móvil: Fax: E-mail:
---	--

Títulos/certificados:

(Indique aquí los principales títulos/certificados obtenidos, incluyendo las fechas y el nombre de las instituciones. Puede añadir más páginas si es necesario.)

Conocimientos lingüísticos		Lengua materna	Habla	Lee	Escribe
<p>Para los idiomas distintos de la lengua materna, use el código indicado <i>infra</i> para cuantificar el dominio del idioma. Si carece de conocimientos, deje la casilla en blanco.</p> <p>CÓDIGO 1. Conversación básica, lectura de prensa, correspondencia ordinaria</p> <p>2. Intervención en debates, lectura y escritura de material más difícil</p> <p>3. Fluidez (casi) como en la lengua materna</p>	Árabe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Chino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Español	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Francés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Inglés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ruso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros (especificar)					

Cargos desempeñados

Indique aquí los cargos desempeñados y la experiencia laboral adquirida durante su carrera profesional, con las correspondientes fechas, obligaciones, logros y responsabilidades. Puede añadir más páginas si es necesario.

Declare cualquier otro dato de interés que pueda ayudar a evaluar su solicitud. Enumere sus actividades en la vida civil, profesional, pública o internacional.

Cite aquí un máximo de 10 publicaciones, especialmente las más importantes en el campo de la salud pública, indicando el nombre de la revista, libro o informe en que aparecieron. Puede usar para ello una página adicional si es necesario. (Adjunte también si lo desea una lista completa de todas sus publicaciones.) No adjunte las publicaciones propiamente dichas.

Indique sus aficiones, deportes practicados, aptitudes y cualquier otra información de interés para evaluar mejor su solicitud.

DECLARACIÓN ESCRITA

1. Evalúe en qué medida reúne usted cada uno de los «Criterios que deben satisfacer los candidatos al puesto de Director General de la Organización Mundial de la Salud» (véase la hoja adjunta). Le rogamos que remita a elementos concretos de su *curriculum vitae* para respaldar su evaluación. Los criterios adoptados por la Asamblea Mundial de la Salud en su resolución WHA65.15 son los siguientes:

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

ANEXO 4

REGLAMENTO INTERIOR DE LA ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD

Artículo 70

Las decisiones de la Asamblea de la Salud habrán de tomarse en los asuntos importantes por una mayoría de dos tercios de los Miembros presentes y votantes. Se consideran asuntos importantes: la adopción de convenios o acuerdos; la aprobación de acuerdos que, de conformidad con lo previsto en los Artículos 69, 70 y 72 de la Constitución, determinen las relaciones de la Organización con las Naciones Unidas o con organismos u organizaciones intergubernamentales; las reformas de la Constitución; las decisiones sobre la cuantía del presupuesto efectivo; y la suspensión, en aplicación del Artículo 7 de la Constitución, de los derechos de voto y de la prestación de servicios a un Miembro.

Artículo 70bis

El Director General de la Organización Mundial de la Salud será elegido por una mayoría clara y robusta de los Miembros presentes y votantes según lo establecido en el artículo 108 de este Reglamento Interior.

Artículo 108

La Asamblea de la Salud examinará en sesión privada la propuesta de nombramiento presentada por el Consejo y tomará una decisión por votación secreta.

1. Si el Consejo propone tres candidatos regirá el siguiente procedimiento:

a) Si en la primera votación uno de los candidatos obtiene una mayoría de dos tercios o más de los Miembros presentes y votantes, el candidato será nombrado Director General. Si ningún candidato obtiene la mayoría requerida, se eliminará al candidato que haya obtenido el menor número de votos. Si dos candidatos quedan empatados así en último lugar, se hará una votación de desempate entre ellos y se eliminará al que obtenga menos votos.

b) En la siguiente votación, se nombrará Director General al candidato que obtenga una mayoría de dos tercios o más de los Miembros presentes y votantes, lo que se considerará una mayoría clara y robusta.

c) Si ninguno de los candidatos obtiene la mayoría indicada en el subpárrafo *b)*, se nombrará Director General al candidato que en una nueva votación logre la mayoría o más de los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud, lo que se considerará una mayoría clara y robusta.

d) Si ninguno de los candidatos obtiene la mayoría indicada en el subpárrafo *c)*, se nombrará Director General al candidato que en una nueva votación obtenga la mayoría o más de los Miembros presentes y votantes, lo que se considerará una mayoría clara y robusta.

2. Si el Consejo propone dos candidatos regirá el siguiente procedimiento:

a) Se nombrará Director General al candidato que obtenga una mayoría de dos tercios o más de los Miembros presentes y votantes, lo que se considerará una mayoría clara y robusta.

b) Si ninguno de los candidatos logra la mayoría indicada en el subpárrafo *a)*, se nombrará Director General al candidato que en una nueva votación logre la mayoría o más de los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud, lo que se considerará una mayoría clara y robusta.

c) Si ninguno de los candidatos logra la mayoría indicada en el subpárrafo *b)*, se nombrará Director General al candidato que en una nueva votación obtenga la mayoría o más de los Miembros presentes y votantes, lo que se considerará una mayoría clara y robusta.

3. Si el Consejo propone un candidato, la Asamblea de la Salud adoptará una decisión por una mayoría de dos tercios de los Miembros presentes y votantes.

(Novena sesión plenaria, 27 de mayo de 2013 -
Comisión B, segundo informe)

WHA66.19 Bienes inmuebles

La 66.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe sobre los bienes inmuebles;¹

Habiendo tomado nota del informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 66.^a Asamblea Mundial de la Salud,²

APRUEBA la construcción de la nueva oficina secundaria de la OMS en Garowe, Puntland (Somalia).

(Novena sesión plenaria, 27 de mayo de 2013
Comisión B, segundo informe)

WHA66.20 Acuerdo entre la Organización Mundial de la Salud y el Centro del Sur

La 66.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe sobre el proyecto de acuerdo entre la Organización Mundial de la Salud y el Centro del Sur;³

Teniendo presente el Artículo 70 de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud,

APRUEBA el proyecto de acuerdo entre la Organización Mundial de la Salud y el Centro del Sur.⁴

(Novena sesión plenaria, 27 de mayo de 2013
Comisión B, segundo informe)

WHA66.21 Reasignación de Sudán del Sur de la Región del Mediterráneo Oriental a la Región de África⁵

La 66.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado la petición del Gobierno de Sudán del Sur de que ese país sea incluido en la Región de África,⁶

RESUELVE que Sudán del Sur forme parte de la Región de África.

(Novena sesión plenaria, 27 de mayo de 2013 -
Comisión B, segundo informe)

¹ Documento A66/42.

² Documento A66/62.

³ Véase el documento A66/46.

⁴ Véase el anexo 4.

⁵ En el anexo 6 se exponen las repercusiones financieras y administrativas de esta resolución para la Secretaría.

⁶ Véase el documento A66/43.

WHA66.22 Seguimiento del informe del Grupo consultivo de expertos en investigación y desarrollo: financiación y coordinación

La 66.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe del Grupo consultivo de expertos en investigación y desarrollo: financiación y coordinación;¹

Recordando la resolución WHA65.22, en la que se pedía a la Directora General, entre otras cosas, que celebrara una reunión de composición abierta de Estados Miembros que analizaría a fondo el informe y la viabilidad de las recomendaciones formuladas por el Grupo consultivo de expertos, y teniendo en cuenta los debates celebrados en los comités regionales y las consultas regionales y nacionales;

Recordando además la Estrategia mundial y plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual y sus finalidades de fomentar la innovación, crear capacidad, mejorar el acceso y movilizar recursos para afrontar las enfermedades que afectan de manera desproporcionada a los países en desarrollo, así como las resoluciones WHA59.24, WHA63.21 y WHA63.28;

Reconociendo la urgencia de atender las necesidades sanitarias de los países en desarrollo y las inequidades conexas del panorama actual de las investigaciones, resultante de las reconocidas fallas del mercado y la necesidad de reforzar las inversiones en investigación y desarrollo sanitarios relativos a las enfermedades de tipo II y de tipo III y las necesidades específicas en materia de investigación y desarrollo de los países en desarrollo en relación con las enfermedades de tipo I;

Reconociendo la necesidad de mejorar la vigilancia del flujo de recursos destinados a la investigación y el desarrollo sanitarios y la identificación de las carencias en materia de investigación y desarrollo sanitarios, mejorar la coordinación de la investigación y el desarrollo sanitarios y el establecimiento de prioridades sobre la base de las necesidades de la salud pública de los países en desarrollo;

Reconociendo asimismo que la provisión de información adicional sobre carga de morbilidad, oportunidades de investigación y posibles impactos de los productos sanitarios nuevos y estimaciones de los recursos necesarios para desarrollar dichos productos y ponerlos a disposición de la población pobre de los países en desarrollo puede ofrecer una importante base para promover la obtención de recursos financieros adicionales;

Reconociendo la importancia de asegurar la disponibilidad de mecanismos de financiación sostenibles para la investigación y el desarrollo sanitarios con el fin de desarrollar y proporcionar productos sanitarios que atiendan las necesidades de los países en desarrollo;

Recordando la Estrategia mundial y plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual, que se refiere a una diversidad de planes de incentivos para la investigación y el desarrollo sanitarios, uno de cuyos objetivos es desvincular el costo de la investigación y el desarrollo del precio de los productos sanitarios;

Reconociendo la interrelación entre la vigilancia, la coordinación y la financiación de la investigación y el desarrollo sanitarios así como la importancia de la previsibilidad y la sostenibilidad de los recursos necesarios para reforzar la investigación y el desarrollo sanitarios;

¹ Documento A66/23.

Reafirmando la importancia de que se facilite la transferencia de tecnología en términos mutuamente acordados entre los países desarrollados y en desarrollo así como entre países en desarrollo, según proceda;

Subrayando que la investigación y el desarrollo sanitarios deben estar impulsados por las necesidades, se deben basar en datos probatorios y se deben guiar según los principios básicos de asequibilidad, eficacia, eficiencia y equidad, y que se deben considerar una responsabilidad común;

Consciente de la necesidad de mejorar el establecimiento de prioridades y los procesos de adopción transparente de medidas sobre la base de las necesidades de la salud pública de los países en desarrollo;

Observando la importante función de los sectores público y privado en el fomento de la innovación y el desarrollo de nuevos productos sanitarios,

1. RESPALDA el siguiente plan de trabajo estratégico para mejorar la vigilancia y la coordinación y para asegurar la disponibilidad de una financiación sostenible para la investigación y el desarrollo sanitarios, en consonancia con la Estrategia mundial y plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual, como paso hacia la consecución del objetivo del desarrollo y la disponibilidad de productos sanitarios asequibles, eficaces, seguros y de calidad, para los cuales los mecanismos de mercado actuales no ofrecen incentivos para la investigación y el desarrollo sanitarios, y acuerda seguir elaborando el plan de trabajo estratégico recurriendo a una amplia participación de entidades públicas y privadas, el mundo académico y la sociedad civil;

2. INSTA a los Estados Miembros:¹

1) a que refuercen la capacidad en materia de investigación y desarrollo sanitarios y aumenten las inversiones en este rubro para las enfermedades que afectan de manera desproporcionada a los países en desarrollo;

2) a que promuevan la creación de capacidad, la transferencia de tecnología en términos mutuamente acordados, la fabricación de productos sanitarios en los países en desarrollo y la investigación y desarrollo sanitarios y el acceso a los productos sanitarios en los países en desarrollo mediante inversiones y una colaboración sostenible;

3) a que establezcan observatorios nacionales de investigación y desarrollo sanitarios o de funciones equivalentes, o refuercen los existentes, para identificar y vigilar las informaciones pertinentes en materia de investigación y desarrollo sanitarios, en consonancia con los patrones y normas acordados que se establecen en el subpárrafo 4(1) *infra*, y contribuyan a las actividades de un observatorio mundial de la investigación y el desarrollo sanitarios;

4) a que fomenten la coordinación de la investigación y el desarrollo sanitarios a escala nacional, regional y mundial con el fin de maximizar las sinergias;

5) a que, en el marco del plan de trabajo estratégico y por conducto de consultas regionales y una amplia participación de las partes interesadas pertinentes, identifiquen proyectos para corregir las carencias en materia de investigaciones, asegurar una coordinación eficaz en todos los

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

planos y asegurar la disponibilidad de los recursos necesarios para la aplicación con el fin de desarrollar productos sanitarios y ponerlos a disposición;

6) a que sigan realizando consultas, a escala nacional, regional y mundial, incluso por conducto de los órganos deliberantes de la OMS, sobre aspectos específicos relativos a la coordinación, determinación de prioridades y financiación de la investigación y el desarrollo sanitarios;

7) a que efectúen aportaciones a mecanismos de financiación coordinados y sostenibles para la investigación y el desarrollo sanitarios, mediante contribuciones voluntarias destinadas a actividades en los planos de país, regional y mundial, en particular para la vigilancia, incluido un observatorio mundial de la investigación y el desarrollo sanitarios;

3. EXHORTA a todas las partes interesadas, con inclusión del sector privado, las instituciones académicas y las organizaciones no gubernamentales:

1) a que intercambien con la OMS información pertinente en materia de investigación y desarrollo sanitarios con el fin de contribuir a la creación de un observatorio mundial;

2) a que hagan aportaciones a los mecanismos de financiación;

4. PIDE a la Directora General:

1) que elabore patrones y normas para la clasificación de la investigación y el desarrollo sanitarios, sobre la base de los antecedentes disponibles, en consulta con los Estados Miembros y las partes interesadas pertinentes, con el fin de sistematizar el acopio y cotejo de información;

2) que preste apoyo a los Estados Miembros en su empeño de establecer o reforzar su capacidad en materia de investigación y desarrollo sanitarios y vigilar la información pertinente sobre la investigación y el desarrollo sanitarios;

3) que establezca un observatorio mundial de la investigación y el desarrollo sanitarios dentro de la Secretaría con el fin de vigilar y analizar la información pertinente sobre investigación y desarrollo sanitarios, aprovechando los observatorios nacionales y regionales (o funciones equivalentes) y los mecanismos de obtención de datos disponibles con miras a contribuir a la determinación de las carencias y las oportunidades en materia de investigación y desarrollo sanitarios y a definir las prioridades en consulta con los Estados Miembros, así como en colaboración con otras partes interesadas pertinentes, según proceda, con el fin de prestar apoyo a actuaciones coordinadas;

4) que, por conducto de consultas regionales y una amplia participación de las partes interesadas pertinentes, facilite la ejecución de un número limitado de proyectos de demostración de investigación y desarrollo sanitarios encaminados a determinar las carencias que afectan de manera desproporcionada a los países en desarrollo, en particular a los pobres, y para las cuales se podría actuar de forma inmediata;

5) que revise los mecanismos existentes para evaluar su adecuación para desempeñar la función de coordinación de la investigación y el desarrollo sanitarios;

6) que explore y evalúe los mecanismos existentes de contribución a la investigación y el desarrollo sanitarios y, si ninguno de ellos resultara adecuado, que elabore una propuesta para disponer de mecanismos eficaces, que prevean la mancomunación de los recursos y las contribuciones voluntarias, así como un plan para vigilar su eficacia de forma independiente;

7) que antes de la celebración de la 69.^a Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2016, convoque otra reunión de composición abierta de Estados Miembros, con el fin de evaluar los progresos realizados y proseguir las deliberaciones sobre las cuestiones pendientes relativas a la vigilancia, la coordinación y la financiación de la investigación y el desarrollo sanitarios, teniendo en cuenta todos los análisis e informes pertinentes, incluidos los análisis del informe del Grupo consultivo de expertos en investigación y desarrollo: financiación y coordinación;

8) que informe a la 67.^a Asamblea Mundial de la Salud, por conducto del Consejo Ejecutivo en su 134.^a reunión, sobre el examen de los mecanismos de coordinación existentes (mencionados en el subpárrafo 4(5) *supra*), así como sobre la evaluación de los mecanismos existentes relativos a las aportaciones a la investigación y el desarrollo sanitarios (mencionados en el subpárrafo 4(6) *supra*); que informe a la 68.^a Asamblea Mundial de la Salud, por conducto del Consejo Ejecutivo en su 136.^a reunión, sobre la aplicación de los proyectos de demostración de investigación y desarrollo sanitarios (mencionados en el subpárrafo 4(4) *supra*); y que transmita el informe de la reunión de composición abierta de Estados Miembros a la 69.^a Asamblea Mundial de la Salud.

(Novena sesión plenaria, 27 de mayo de 2013
Comisión B, cuarto informe)

WHA66.23 Transformar la formación de la fuerza de trabajo sanitaria para apoyar la cobertura sanitaria universal¹

La 66.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Recordando la resolución WHA59.23 por la que se insta a los Estados Miembros a que aumenten la preparación de la fuerza de trabajo sanitaria en respuesta a la escasez de agentes sanitarios que obstaculiza el logro de los objetivos de desarrollo convenidos internacionalmente, incluidos los que figuran en la Declaración del Milenio;

Reconociendo que un sistema de salud que funciona con un número suficiente y una distribución equitativa de agentes sanitarios comprometidos y competentes en el nivel de atención primaria de salud es fundamental para lograr el acceso equitativo a los servicios de salud como un objetivo importante de la cobertura sanitaria universal, según se puso de relieve en el *Informe sobre la salud en el mundo 2006*;²

Reconociendo asimismo la necesidad de proporcionar estímulos económicos y de otra índole, en cantidad suficiente y de manera fiable, así como un entorno laboral seguro con miras a alentar a los agentes sanitarios a que permanezcan en los lugares donde más se los necesita, especialmente las zonas alejadas y de difícil acceso y las barriadas urbanas, con arreglo a las recomendaciones de las Directrices mundiales de la OMS;³

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

² *Informe sobre la salud en el mundo 2006: Colaboremos por la salud*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2006.

³ Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention, global policy recommendations. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2010.

Recordando la resolución WHA64.9 sobre estructuras de financiación sostenible de la salud y cobertura universal por la que se insta a los Estados Miembros, entre otras cosas, a que sigan invirtiendo en los sistemas de prestación de servicios de salud, y fortaleciéndolos, según corresponda, en particular la atención primaria y los servicios conexos, y la preparación de suficientes recursos humanos para los sistemas de salud y de información sanitaria, con miras a garantizar que todos los ciudadanos tengan un acceso equitativo a la atención y los servicios de salud;

Preocupada porque en muchos países, sobre todo los del África subsahariana, no hay capacidad bastante para formar un número suficiente de agentes sanitarios que presten los servicios necesarios a la población;

Reconociendo las dificultades específicas de algunos Estados Miembros con economías de escala limitadas para la formación de la fuerza de trabajo sanitaria local, sus necesidades especiales, y las posibles alianzas y colaboraciones con otros Estados Miembros;

Preocupada asimismo porque el reto de la formación de la fuerza de trabajo sanitaria se plantea a nivel mundial;

Preocupada además porque las proyecciones demográficas ponen de relieve que la oferta y la distribución de los trabajadores sanitarios son cuestiones que suscitarán preocupación en las próximas décadas, independientemente del grado de desarrollo de los países;

Reconociendo asimismo las necesidades de colaboración intersectorial entre los ministerios de salud y de educación y las instituciones de enseñanza públicas y privadas, y las organizaciones de profesionales sanitarios para el fortalecimiento del sistema de formación de la fuerza de trabajo sanitaria con miras a producir personal sanitario competente que apoye la cobertura sanitaria universal;

Preocupada también porque muchos países carecen de los medios económicos, los establecimientos y los profesores necesarios para formar un número suficiente de agentes sanitarios competentes; y porque es necesario mejorar el sistema de formación y capacitación de la fuerza de trabajo sanitaria para atender las necesidades de salud de los países;

Teniendo en mente la necesidad de que los Estados Miembros elaboren políticas y planes integrales sobre los recursos humanos para la salud que incluyan entre sus elementos la formación de la fuerza de trabajo sanitaria;

Recordando la resolución WHA63.16, titulada «Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud», según el cual, entre otras cosas, los Estados Miembros convinieron en esforzarse para crear una fuerza de trabajo sanitaria sostenible y establecer estrategias eficaces de planificación, formación, capacitación y retención de dicha fuerza de trabajo;¹

Reconociendo la Declaración de Dhaka sobre el fortalecimiento de la fuerza de trabajo sanitaria nacional en los países de la Región del Asia Sudoriental y la resolución SEA/RC65/R7 adoptada por el Comité Regional para Asia Sudoriental sobre Fortalecimiento de la formación y capacitación de la fuerza de trabajo sanitaria en la Región, que instó a los Estados Miembros, entre otras cosas, a realizar evaluaciones profundas de la situación actual de la formación y capacitación de la fuerza de trabajo sanitaria, aplicando un protocolo regional común acordado, como base para formular y aplicar políticas con fundamento científico;

¹ Artículo 3: Principios rectores, párrafo 3.6.

Reconociendo igualmente las recomendaciones formuladas en el informe de la Comisión Independiente Mundial «Los profesionales sanitarios para un nuevo siglo: transformar la formación para fortalecer los sistemas de salud en un mundo interdependiente»;¹

Agradeciendo las iniciativas en curso para fortalecer la formación y capacitación de la fuerza de trabajo sanitaria en diversas regiones, entre ellas, aunque no solo, la Alianza para la formación de médicos y enfermeras, que proporciona capacitación en servicio a los agentes sanitarios del África subsahariana, apoyada por el Japón a tono con la declaración de los líderes de la Cumbre de los 8 en Hokkaido Toyako y la Red Asia-Pacífico de reforma de la formación de los profesionales sanitarios,

1. INSTA a los Estados Miembros:²

1) a que sigan fortaleciendo las políticas, estrategias y planes que proceda mediante un diálogo intersectorial sobre políticas entre los ministerios pertinentes, que pueden incluir a los de educación, salud y finanzas para procurar que la formación y capacitación de la fuerza de trabajo sanitaria contribuya a lograr la cobertura sanitaria universal;

2) a que consideren la posibilidad de realizar evaluaciones amplias de la situación actual de la formación de la fuerza de trabajo sanitaria aplicando, según sea oportuno, un protocolo y un instrumento estándar creados por la OMS;

3) a que consideren la posibilidad de formular y poner en práctica políticas y estrategias con fundamento científico, teniendo en cuenta los resultados de la evaluación mencionada en el párrafo precedente, con el fin de fortalecer y transformar la formación y capacitación de la fuerza de trabajo sanitaria, entre otras cosas, mediante la promoción de la formación entre profesionales, basada en la comunidad y en los sistemas de salud, los vínculos entre la formación en las escuelas con el desarrollo profesional continuo y un sistema de acreditación para garantizar la calidad de los institutos de capacitación y la competencia del personal sanitario; con miras a responder mejor a las necesidades sanitarias de la población teniendo en cuenta las necesidades especiales de algunos Estados Miembros que tienen economías de escala limitadas para la capacitación local;

4) a que proporcionen recursos suficientes y brinden apoyo político para ejecutar las políticas y estrategias que sean necesarias para el fortalecimiento y la transformación de la formación de la fuerza de trabajo sanitaria;

5) a que compartan las mejores prácticas y las experiencias relacionadas con la formación de la fuerza de trabajo;

2. PIDE a la Directora General:

1) que prepare un protocolo y un instrumento estándar para la evaluación, que podrá adaptarse a la situación de cada país;

¹ Education of health professionals for the 21st century: a Global Independent Commission. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world, *The Lancet*, Harvard University Press, Cambridge MA, 2010.

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

- 2) que ayude a los Estados Miembros, según sea oportuno, a usar el protocolo para realizar evaluaciones a fondo de la situación actual de la formación de la fuerza de trabajo sanitaria;
- 3) que brinde ayuda técnica a los Estados Miembros para formular y ejecutar políticas y estrategias con fundamento científico a fin de fortalecer y transformar la formación de su fuerza de trabajo sanitaria;
- 4) que celebre consultas a nivel regional con el fin de examinar los resultados de las evaluaciones de los países y que, por conducto del Consejo Ejecutivo, presente un informe con conclusiones y recomendaciones claras a la 69.^a Asamblea Mundial de la Salud;
- 5) que elabore, sobre la base del informe, enfoques mundiales y regionales, que podrán incluir estrategias para transformar la formación de la fuerza de trabajo sanitaria y, por conducto del Consejo Ejecutivo, los someta a la consideración a la 70.^a Asamblea Mundial de la Salud.

(Novena sesión plenaria, 27 de mayo de 2013 -
Comisión B, cuarto informe)

WHA66.24 Normalización y compatibilidad en materia de ciberseguridad¹

La 66.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe de la Secretaría;²

Recordando la resolución WHA58.28 sobre ciberseguridad;

Reconociendo que las tecnologías de la información y la comunicación han sido integradas en los Objetivos de Desarrollo del Milenio;

Reconociendo que el Comité Regional para África adoptó la resolución AFR/RC60/5 sobre ciberseguridad en la Región de África y que el 51.^o Consejo Directivo de la OPS adoptó la resolución CD51.R5 sobre ciberseguridad y ha aprobado la estrategia y plan de acción conexos;³

Reconociendo que la transmisión segura, eficaz y puntual de datos personales o de datos de población entre distintos sistemas de información requiere el cumplimiento de una serie de normas sobre datos sanitarios y tecnologías conexas;

Reconociendo que es esencial hacer un uso adecuado de las tecnologías de la información y la comunicación, con el fin de mejorar la atención prestada, lograr que los pacientes se involucren cada vez más en su propia atención, según corresponda, ofrecer servicios de salud de calidad, apoyar la financiación sostenible de los sistemas de salud y promover el acceso universal;

Reconociendo que la falta de un intercambio fluido de datos en y entre los sistemas de información sanitaria dificulta la prestación de atención y conduce a la fragmentación de los sistemas de información sanitaria, y que la mejora en ese ámbito es esencial para aprovechar todo el potencial que brindan las tecnologías de la información y la comunicación para fortalecer los sistemas de salud;

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

² Documento A66/26.

³ Véase el documento CD/51/13.

Reconociendo que, gracias a la normalización de los datos electrónicos: los profesionales de la salud pueden acceder a información más completa y precisa sobre los pacientes en formato electrónico, en el lugar donde se presta la atención; las farmacias pueden recibir las recetas por medios electrónicos; los laboratorios pueden transmitir los resultados de las pruebas por medios electrónicos; los centros de diagnóstico por la imagen tienen acceso a imágenes digitales de gran calidad; los investigadores pueden realizar ensayos clínicos y analizar datos a mayor velocidad y con mayor precisión; las autoridades de salud pública tienen acceso a informes electrónicos sobre sucesos vitales en el momento oportuno y pueden aplicar medidas de salud pública basadas en el análisis de los datos sanitarios; y la población puede acceder a su información médica personal, lo que favorece la capacidad de decisión y acción del paciente;

Reconociendo que los adelantos en la atención médica, aunados a un aumento exponencial del uso de las tecnologías de información y comunicación en el sector de la salud y otros campos conexos, en particular el del medio ambiente, han creado la necesidad de recopilar, almacenar y procesar más datos acerca de los pacientes y su medio ambiente en múltiples sistemas informáticos y de telecomunicaciones y, por lo tanto, se deben resolver los problemas de normalización y compatibilidad relativos al equipo informático, los sistemas, la infraestructura, los datos y los servicios;

Reconociendo que la recopilación, el almacenamiento, el procesamiento y la transmisión por medios electrónicos de los datos sanitarios personales exige adherirse a las normas más altas de protección de los datos;

Reconociendo que la transmisión electrónica de datos personales o de población por conducto de sistemas de información basados en las tecnologías de la información y las comunicaciones exige adherirse a las normas de datos y tecnología de la salud para lograr un intercambio seguro, oportuno y exacto de datos para la adopción de decisiones sanitarias;

Subrayando que, para justificar las grandes inversiones en tecnologías de la información y las comunicaciones, es necesario evaluar científicamente sus repercusiones en los resultados de la asistencia sanitaria;

Poniendo de relieve la necesidad de elaborar y poner en práctica estrategias nacionales en materia de ciber salud, con la finalidad de proporcionar el marco necesario a la implantación de normas para los datos sanitarios y de que los países puedan efectuar evaluaciones científicas periódicas;

Reconociendo que es indispensable velar por la gestión segura en línea de los datos sanitarios, habida cuenta de su carácter delicado, y aumentar la confianza en los instrumentos de ciber salud y en los servicios de salud en su conjunto;

Subrayando que los nombres de dominio mundiales de nivel superior relacionados con la salud en todos los idiomas, en particular «*health*», deben emplearse de manera que protejan la salud pública, evitando sobre todo que permitan un mayor desarrollo de los mercados ilícitos de medicamentos, dispositivos médicos y productos y servicios de salud no autorizados,

1. INSTA a los Estados Miembros:¹

- 1) a que consideren, cuando proceda, posibles opciones para colaborar con las partes interesadas pertinentes, incluidas las autoridades nacionales, los ministerios competentes, los proveedores de atención de salud e instituciones académicas, a fin de elaborar una hoja de ruta para la implantación de normas sobre datos sanitarios a nivel nacional y subnacional;

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

- 2) a que consideren la posibilidad de formular, según proceda, políticas y mecanismos legislativos vinculados a una estrategia nacional general de ciberseguridad, a fin de que los sectores público y privado –según corresponda– y la comunidad de donantes observen las normas sobre datos sanitarios y de que la confidencialidad de los datos clínicos personales quede asegurada;
 - 3) a que estudien posibles mecanismos para que los ministerios de salud y las autoridades de salud pública colaboren con sus representantes nacionales en el Comité Asesor Gubernamental de la ICANN a fin de coordinar las posturas nacionales respecto a la delegación, gobernanza y funcionamiento de los nombres de dominio mundiales de nivel superior relacionados con la salud en todos los idiomas, en particular de «*.health*», en interés de la salud pública;
2. PIDE a la Directora General, con arreglo a los recursos existentes:
- 1) que, cuando proceda, proporcione apoyo a los Estados Miembros para integrar la aplicación de las normas sobre datos sanitarios y su interoperabilidad en sus estrategias nacionales de ciberseguridad mediante un enfoque multisectorial y multipartito, que incluya a las autoridades nacionales, los ministerios pertinentes, las partes interesadas del sector privado e instituciones académicas;
 - 2) que proporcione apoyo a los Estados Miembros, según proceda, para promover la plena aplicación de las normas sobre datos sanitarios en todas las iniciativas de ciberseguridad;
 - 3) que proporcione orientación y apoyo técnico, según proceda, para facilitar la evaluación coherente y reproducible de las tecnologías de la información y la comunicación en las intervenciones de salud, incluida una base de datos del impacto medible e indicadores de resultados;
 - 4) que promueva la plena utilización de la red de centros colaboradores de la OMS para la informática sanitaria y médica y la ciberseguridad, con el fin de brindar apoyo a los Estados Miembros en materia de investigación, desarrollo e innovación en estas esferas;
 - 5) que promueva, en colaboración con los organismos internacionales de normalización pertinentes, la armonización de las normas de ciberseguridad;
 - 6) que transmita a los órganos oportunos, en particular al Comité Asesor Gubernamental de la ICANN y a las instancias de la ICANN, la necesidad de que los nombres de dominio mundiales de nivel superior relacionados con la salud en todos los idiomas, en particular «*.health*» sean coherentes con los objetivos mundiales de salud pública;
 - 7) que siga colaborando con las entidades oportunas, en particular el Comité Asesor Gubernamental de la ICANN y las instancias de la ICANN, así como organizaciones intergubernamentales, para proteger los nombres y acrónimos de las organizaciones intergubernamentales, incluida la OMS, en el Sistema de Nombres de Dominio de Internet;
 - 8) que informe regularmente a la Asamblea Mundial de la Salud, por conducto del Consejo Ejecutivo, sobre los progresos realizados en la aplicación de esta resolución.

(Novena sesión plenaria, 27 de mayo de 2013 -
Comisión B, cuarto informe)

DECISIONES

WHA66(1) Composición de la Comisión de Credenciales

La 66.^a Asamblea Mundial de la Salud estableció una Comisión de Credenciales integrada por delegados de los Estados Miembros siguientes: Afganistán, Canadá, Islas Cook, Malawi, Malí, Mongolia, Nicaragua, República de Moldova, Rumania, Sri Lanka, Turquía, Uganda.

(Primera sesión plenaria, 20 de mayo de 2013)

WHA66(2) Elección del Presidente y de los Vicepresidentes de la 66.^a Asamblea Mundial de la Salud

La 66.^a Asamblea Mundial de la Salud eligió al Presidente y a los Vicepresidentes:

Presidente: Dr. Shigeru Omi (Japón)

Vicepresidentes: Dr. José V. Dias Van-Dúnem (Angola)
Dr. Ahmed bin Mohamed bin Obaid Al Saidi (Omán)
Sr. Vidyadhar Mallik (Nepal)
Profesora Raisa Bogatyryova (Ucrania)
Dra. Florence Duperval Guillaume (Haití)

(Primera sesión plenaria, 20 de mayo de 2013)

WHA66(3) Constitución de la Mesa de la Asamblea

La 66.^a Asamblea Mundial de la Salud eligió a los delegados de los 17 países siguientes para formar parte de la Mesa de la Asamblea: Chile, China, Cuba, Estados Unidos de América, Federación de Rusia, Fiji, Francia, Honduras, Iraq, Irlanda, Kazajstán, Namibia, Rwanda, Santo Tomé y Príncipe, Sudáfrica, Tailandia, Yemen.

(Primera sesión plenaria, 20 de mayo de 2013)

WHA66(4) Adopción del orden del día

La 66.^a Asamblea Mundial de la Salud adoptó el orden del día provisional preparado por el Consejo Ejecutivo en su 132.^a reunión, después de suprimir dos puntos y de transferir un punto de la Comisión B a la Comisión A.

(Segunda sesión plenaria, 20 de mayo de 2013)

WHA66(5) Elección de la Mesa de las comisiones principales

La 66.^a Asamblea Mundial de la Salud eligió a los Presidentes de las comisiones principales:

Comisión A:	Presidente	Dr. Walter T. Gwenigale (Liberia)
Comisión B:	Presidenta	Sra. Kathryn Tyson (Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte)

(Primera sesión plenaria, 20 de mayo de 2013)

Las comisiones principales eligieron después a los Vicepresidentes y Relatores:

Comisión A:	Vicepresidentes	Dr. Lester Ross (Islas Salomón) Dra. Sania Nishtar (Pakistán)
	Relator	Dr. Víctor Cuba Oré (Perú)
Comisión B:	Vicepresidentes	Dra. Daisy Corrales Díaz (Costa Rica) Dra. Poonam Khetrapal Singh (India)
	Relator	Sr. Jilali Hazim (Marruecos)

(Primeras sesiones de las Comisiones A y B, 20 y 22 de mayo de 2013, respectivamente)

WHA66(6) Verificación de credenciales

La 66.^a Asamblea Mundial de la Salud consideró válidas las credenciales de las delegaciones siguientes: Afganistán, Albania, Alemania, Andorra, Angola, Arabia Saudita, Argelia, Argentina, Armenia, Australia, Austria, Azerbaiyán, Bahamas, Bahrein, Bangladesh, Barbados, Belarús, Bélgica, Benín, Bhután, Bolivia (Estado Plurinacional de), Bosnia y Herzegovina, Botswana, Brasil, Brunei Darussalam, Bulgaria, Burkina Faso, Burundi, Cabo Verde, Camboya, Camerún, Canadá, Chad, Chile, China, Chipre, Colombia, Comoras, Congo, Costa Rica, Côte d'Ivoire, Croacia, Cuba, Dinamarca, Djibouti, Dominica, Ecuador, Egipto, El Salvador, Emiratos Árabes Unidos, Eritrea, Eslovaquia, Eslovenia, España, Estados Unidos de América, Estonia, Etiopía, Ex República Yugoslava de Macedonia, Federación de Rusia, Fiji, Filipinas, Finlandia, Francia, Gabón, Gambia, Georgia, Ghana, Grecia, Guatemala, Guinea, Guinea Ecuatorial, Guyana, Haití, Honduras, Hungría, India, Indonesia, Irán (República Islámica del), Iraq, Irlanda, Islandia, Islas Cook, Islas Marshall, Islas Salomón, Israel, Italia, Jamaica, Japón, Jordania, Kazajstán, Kenya, Kirguistán, Kiribati, Kuwait, Lesotho, Letonia, Líbano, Liberia, Libia, Lituania, Luxemburgo, Madagascar, Malasia, Malawi, Maldivas, Malí, Malta, Marruecos, Mauricio, Mauritania, México, Micronesia (Estados Federados de), Mónaco, Mongolia, Montenegro, Mozambique, Myanmar, Namibia, Nauru, Nepal, Nicaragua, Níger, Nigeria, Noruega, Nueva Zelanda, Omán, Países Bajos, Pakistán, Palau, Panamá, Papua Nueva Guinea, Paraguay, Perú, Polonia, Portugal, Qatar, Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, República Árabe Siria, República Centroafricana, República Checa, República de Corea, República Democrática del Congo, República Democrática Popular Lao, República de Moldova, República Dominicana, República Popular Democrática de Corea, República Unida de Tanzania, Rumania, Rwanda, Saint Kitts y Nevis, Samoa, San Marino, Santo Tomé y Príncipe, Senegal, Serbia, Seychelles, Sierra Leona, Singapur, Somalia, Sri Lanka, Sudáfrica, Sudán, Sudán del Sur, Suecia, Suiza, Swazilandia, Tailandia, Timor-Leste, Togo,

Tonga, Trinidad y Tabago, Túnez, Turkmenistán, Turquía, Tuvalu, Ucrania, Uganda, Uruguay, Uzbekistán, Vanuatu, Venezuela (República Bolivariana de), Viet Nam, Yemen, Zambia, Zimbabwe.

(Sexta sesión plenaria, 22 de mayo de 2013)

WHA66(7) Elección de Miembros facultados para designar una persona que forme parte del Consejo Ejecutivo

La 66.^a Asamblea Mundial de la Salud, después de examinar las recomendaciones de la Mesa de la Asamblea, eligió a los siguientes países como Miembros facultados para designar una persona que forme parte del Consejo Ejecutivo: Albania, Andorra, Arabia Saudita, Argentina, Brasil, Egipto, Japón, Namibia, República de Corea, República Democrática de Corea, Sudáfrica, Suriname.

(Octava sesión plenaria, 24 de mayo de 2013)

WHA66(8) Financiación de la OMS

La 66.^a Asamblea Mundial de la Salud decidió establecer un diálogo de financiación, convocado por el Director General y dirigido por el Presidente del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo, acerca de la forma de financiar el presupuesto por programas; se propone que el primer diálogo sobre el proyecto de presupuesto por programas para 2014-2015 se lleve a cabo en 2013, de conformidad con los detalles que se describen en el documento A66/48.

(Octava sesión plenaria, 24 de mayo de 2013)

WHA66(9) Método de asignación estratégica de los recursos

La 66.^a Asamblea Mundial de la Salud decidió solicitar a la Directora General que propusiera, para su consideración por la 67.^a Asamblea Mundial de la Salud, en consulta con los Estados Miembros, un nuevo método de asignación estratégica de recursos en la OMS, a partir del presupuesto por programas 2016-2017, en el que se utilizara un sólido proceso de planificación de abajo arriba y un cálculo realista de los costos de los productos, sobre la base de funciones y responsabilidades claras en los tres niveles de la Organización.

(Octava sesión plenaria, 24 de mayo de 2013)

WHA66(10) Productos médicos de calidad subestándar, espurios, de etiquetado engañoso, falsificados o de imitación

La 66.^a Asamblea Mundial de la Salud, visto el informe sobre productos médicos de calidad subestándar, espurios, de etiquetado engañoso, falsificados o de imitación,¹ decidió recomendar que la presidencia del Comité Directivo del mecanismo de Estados Miembros sobre productos médicos de calidad subestándar, espurios, de etiquetado engañoso, falsificados o de imitación funcione provisionalmente de manera rotatoria, sin perjuicio del mandato vigente del mecanismo.

(Novena sesión plenaria, 27 de mayo de 2013)

¹ Documento A66/22.

WHA66(11) Nombramiento de representantes en el Comité de la Caja de Pensiones del Personal de la OMS

1) La 66.^a Asamblea Mundial de la Salud nombró miembros del Comité de la Caja de Pensiones del Personal de la OMS al Dr. Viroj Tangcharoensathien, de la delegación de Tailandia, por un mandato de tres años, hasta mayo de 2016, y a la Sra. Palanitina Tupuimatagi Toelupe, de la delegación de Samoa, el miembro suplente más antiguo, por el tiempo que resta de su mandato, esto es, hasta mayo de 2014.

2) La 66.^a Asamblea Mundial de la Salud nombró miembros suplentes del Comité de la Caja de Pensiones del Personal de la OMS al Dr. Mahmoud N. Fikry, de la delegación de los Emiratos Árabes Unidos, y al Sr. Alejandro Henning, de la delegación de la Argentina, por un mandato de tres años, hasta mayo de 2016.

(Novena sesión plenaria, 27 de mayo de 2013)

WHA66(12) Seguimiento del informe del Grupo consultivo de expertos en investigación y desarrollo: financiación y coordinación

1) La 66.^a Asamblea Mundial de la Salud pidió a la Directora General que, con el fin de actuar en relación con el monitoreo, la coordinación y la financiación de la investigación y el desarrollo en el ámbito de la salud, y a tono con la resolución WHA66.22, convocara una reunión consultiva técnica de 2 o 3 días de duración con miras a ayudar a identificar proyectos de demostración que permitan:

- a) colmar las lagunas de investigación y desarrollo relacionadas con el descubrimiento, desarrollo o provisión, incluidas cadenas de producción prometedoras, para enfermedades que afectan desproporcionadamente a los países en desarrollo, particularmente a los más pobres, y para las que pueden adoptarse medidas de inmediato;
- b) emplear fórmulas de colaboración, incluidos enfoques de conocimiento abierto, para coordinar la investigación y el desarrollo;
- c) promover la desvinculación del costo de la investigación y desarrollo del precio del producto; y
- d) proponer y fomentar mecanismos de financiación, en particular formas innovadoras y sostenibles de financiación conjunta;

2) Los proyectos de demostración deberían aportar datos científicos para lograr soluciones sostenibles a largo plazo;

3) La reunión estará abierta a todos los Estados Miembros.¹ La Directora General invitará a expertos en campos de interés para la investigación y el desarrollo sanitarios y expertos con experiencia en la gestión de fondos para investigación y desarrollo, protegiendo al mismo tiempo a la OMS y la salud pública frente a la influencia indebida de cualquier tipo de conflicto de intereses real, aparente o potencial;

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

4) La Directora General realizará consultas con los directores regionales de conformidad con la práctica establecida en la OMS para garantizar la representación regional y la diversidad de conocimientos técnicos y experiencias;

5) La reunión tendrá dos partes: en primer lugar habrá una discusión técnica entre los expertos, y luego se llevará a cabo una sesión de información y debate con los Estados Miembros;

6) La reunión se celebraría al final de 2013, y vendría a complementar las consultas regionales mencionadas en los párrafos dispositivos 2(6) y 4(4) de la resolución WHA66.22;

7) Se preparará un informe de la reunión, que será presentado por la Directora General al Consejo Ejecutivo en su 134.^a reunión.

(Novena sesión plenaria, 27 de mayo de 2013)

WHA66(13) Elección del país en que se ha de reunir la 67.^a Asamblea Mundial de la Salud

De conformidad con lo dispuesto en el Artículo 14 de la Constitución, la 66.^a Asamblea Mundial de la Salud decidió que la 67.^a Asamblea Mundial de la Salud se celebrase en Suiza.

(Novena sesión plenaria, 27 de mayo de 2013)

ANEXOS

ANEXO 1

Texto de las modificaciones del Reglamento Financiero de la Organización Mundial de la Salud¹

[A66/33 – 15 de mayo de 2013,
A66/57 – 20 de mayo de 2013]

REGLAMENTO FINANCIERO

Artículo IV – Aprobación del presupuesto

4.1 Mediante la aprobación del presupuesto, la Asamblea de la Salud autoriza al Director General para contraer obligaciones contractuales y efectuar pagos con los fines para los cuales fue aprobado el presupuesto y sin rebasar las cuantías aprobadas, a reserva de la disponibilidad de fondos.

4.2 Una vez que el presupuesto haya sido aprobado, podrán contraerse obligaciones durante el ejercicio financiero al que correspondan, que se ejecutarán durante ese ejercicio o durante el año civil siguiente, a reserva de la disponibilidad de fondos.

...

Artículo V – Provisión de fondos para el presupuesto

5.1 El presupuesto se financiará con las contribuciones señaladas a los Estados Miembros, de acuerdo con la escala que fije la Asamblea de la Salud, con contribuciones voluntarias y con los ingresos previstos por concepto de intereses devengados, los atrasos recaudados y cualquier otro ingreso atribuible al presupuesto. Las obligaciones financieras de los Estados Miembros según lo dispuesto en el artículo 56 de la Constitución de la OMS se limitan a las contribuciones señaladas.

5.2 La Asamblea de la Salud aprobará la cantidad que será financiada con contribuciones señaladas de los Estados Miembros y aprobará la suma que deberá obtener el Director General mediante contribuciones voluntarias.

5.2.1 La suma que deba financiarse mediante las contribuciones señaladas a los Estados Miembros se calculará tras ajustar la suma total aprobada por la Asamblea de la Salud en función de la proporción del presupuesto que se haya previsto financiar mediante los montos de otras procedencias que se mencionan en el párrafo 5.1.

¹ Textos modificados de conformidad con la resolución WHA66.3

5.3 Cuando los recursos financieros disponibles para el presupuesto sean inferiores a la cantidad aprobada por la Asamblea de la Salud en las propuestas presupuestarias, el Director General examinará los planes de ejecución del presupuesto para efectuar los ajustes que se consideren necesarios.

5.4 El 1 de enero de cada año del ejercicio financiero se podrá disponer de las contribuciones señaladas para que sean ejecutadas. Las contribuciones voluntarias estarán disponibles para ser ejecutadas una vez que queden registrados los acuerdos celebrados con los contribuyentes de los recursos.

5.5 El Director General presentará a la Asamblea de la Salud informes anuales sobre la recaudación de las contribuciones (voluntarias y señaladas) y de otros fondos de diversas procedencias.

Artículo VI – Contribuciones señaladas

...

6.2 Cuando la Asamblea de la Salud haya aprobado el presupuesto, el Director General informará a los Estados Miembros de sus obligaciones por concepto de contribuciones señaladas para el ejercicio financiero y los invitará a que abonen la primera y la segunda anualidad de sus contribuciones.

6.3 Si la Asamblea de la Salud decide modificar la escala de contribuciones, o ajustar el importe del presupuesto que ha de financiarse con las contribuciones señaladas a los Miembros para el segundo año de un bienio, el Director General informará a los Miembros de sus nuevas obligaciones y los invitará a que abonen el importe revisado de la segunda anualidad de sus contribuciones.

6.4 Las anualidades de las contribuciones señaladas se considerarán vencidas y pagaderas al 1 de enero del año al que correspondan.

6.5 Al 1 de enero del año siguiente se considerará que las contribuciones señaladas pendientes de pago llevan un año de mora.

6.6 Las contribuciones señaladas se señalarán en dólares de los Estados Unidos y se pagarán en esa moneda, en euros o en francos suizos, o en cualesquiera otras monedas que el Director General determine.

...

6.8 Los pagos de las contribuciones señaladas efectuados por un Estado Miembro se abonarán en su cuenta y se aplicarán primero a las contribuciones más antiguas que adeude.

6.9 Los pagos de las contribuciones señaladas en monedas distintas del dólar de los Estados Unidos se abonarán en las cuentas de los Estados Miembros al tipo de cambio de las Naciones Unidas vigente en la fecha de su recepción por la Organización Mundial de la Salud.

6.10 Los nuevos Miembros quedarán obligados a satisfacer una contribución señalada por el ejercicio financiero en que adquieran la condición de tales según la cuota que les asigne la Asamblea de la Salud. Esas contribuciones se contabilizarán como ingresos en el año en que sean pagaderas.

Artículo VII – Fondo de Operaciones y adelantos internos

7.1 Hasta que se reciban las contribuciones señaladas, la ejecución de la parte del presupuesto financiada con esas contribuciones podrá financiarse mediante el Fondo de Operaciones, y a continua-

ción mediante adelantos internos. La cuantía del Fondo de Operaciones es aprobada por la Asamblea de la Salud. Los adelantos internos pueden hacerse con cargo a las reservas de efectivo disponibles en la Organización, excluidos los fondos de depósito.

7.2 La cuantía del Fondo de Operaciones se determinará a partir de una proyección de las necesidades de financiación teniendo en cuenta los ingresos y los gastos previstos procedentes de las contribuciones señaladas. Toda propuesta que el Director General presente a la Asamblea de la Salud para modificar la cuantía del Fondo de Operaciones previamente aprobado se acompañará de una explicación de las razones de ese cambio.

...

ANEXO 2

Salud ocular universal: un plan de acción mundial para 2014-2019¹

[A66/11 – 28 de marzo de 2013]

1. En enero de 2012 el Consejo Ejecutivo examinó los progresos realizados en la aplicación del plan de acción para la prevención de la ceguera y la discapacidad visual evitables para el periodo 2009-2013. Decidió que debían comenzar de inmediato los trabajos relativos a un plan de seguimiento para el periodo 2014-2019, y pidió a la Directora General que elaborara un proyecto de plan de acción para la prevención de la ceguera y la discapacidad visual evitables para el periodo 2014-2019 en estrecha consulta con los Estados Miembros y los asociados internacionales, y que lo presentara a la consideración de la Asamblea Mundial de la Salud por conducto del Consejo Ejecutivo.² El plan de acción mundial que se expone a continuación fue redactado tras las consultas mantenidas con los Estados Miembros, los asociados internacionales y las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas.

LA DISCAPACIDAD VISUAL EN EL MUNDO DE HOY

2. De acuerdo con las estimaciones de la OMS, en 2010, 285 millones de personas del mundo entero sufrían discapacidad visual y 39 millones de ellas eran ciegas.

3. Los datos correspondientes a 2010 indican que el 80% de los casos de discapacidad visual, incluida la ceguera, son evitables. Las dos principales causas de discapacidad visual en el mundo son los errores de refracción no corregidos (42%) y las cataratas (33%). En todos los países se llevan a cabo intervenciones costoeficaces para reducir la carga de ambas afecciones.

4. La discapacidad visual es más frecuente en los grupos de mayor edad. En 2010, el 82% de las personas ciegas y el 65% de las personas con ceguera moderada o grave eran mayores de 50 años. Las poblaciones pobres se ven más afectadas por las discapacidades visuales como la ceguera.

CONSTRUIR SOBRE EL PASADO

5. En resoluciones recientes, la Asamblea de la Salud ha puesto de relieve la importancia de eliminar la ceguera evitable como problema de salud pública. En 2009, la Asamblea Mundial de la Salud adoptó la resolución WHA62.1 en la que aprobó el plan de acción para la prevención de la ceguera y la discapacidad visual evitables. En 2012, las enseñanzas extraídas de la aplicación del plan de acción para 2009-2013 se describieron en un informe del que tomó nota la 65.^a Asamblea Mundial de la Salud y en un documento de debate. Los resultados de esas constataciones y las respuestas recibidas en relación con el documento de debate fueron elementos importantes a la hora de formular el presente plan de acción. A continuación se exponen algunas de las enseñanzas extraídas.

¹ Véase la resolución WHA66.4.

² Véase la decisión EB130(1).

a) *Es esencial evaluar en todos los países la magnitud y las causas de la discapacidad visual, así como la eficacia de los servicios.* Es importante que existan sistemas para monitorear la prevalencia y las causas de la discapacidad visual, incluida la evolución a lo largo del tiempo, así como la eficacia de los servicios de atención oftálmica y de rehabilitación en el marco del sistema general de salud. El seguimiento y la evaluación de los servicios de atención oftálmica y las tendencias epidemiológicas de las enfermedades oculares deberían integrarse en los sistemas nacionales de información sanitaria. La información dimanante del seguimiento y la evaluación debería utilizarse para orientar la planificación de los servicios y la asignación de recursos.

b) *La elaboración y la aplicación de políticas y planes nacionales para la prevención de la discapacidad visual evitable siguen constituyendo la piedra angular de la acción estratégica.* Si bien algunos programas de lucha contra las enfermedades oculares han realizado grandes avances en la elaboración y aplicación de políticas y planes, sigue siendo necesario integrar los programas de control de esas enfermedades en los sistemas generales de prestación de atención sanitaria, en todos sus niveles. Esto se aplica en particular al desarrollo de los recursos humanos, las asignaciones financieras y fiscales, la colaboración eficaz con el sector privado y la iniciativa empresarial con espíritu social, y la atención brindada a las comunidades más vulnerables. Cada vez son más los países que adquieren experiencia en el desarrollo y la implantación efectiva de servicios de atención oftálmica y que incorporan esos servicios a los sistemas generales de salud. Estas experiencias deben documentarse y difundirse mejor para que todos los países puedan beneficiarse de ellas.

c) *Los gobiernos y sus asociados deben invertir en la reducción de la discapacidad visual evitable a través de intervenciones costoeficaces, así como en el apoyo a las personas con discapacidad visual irreversible para ayudarlas a superar los obstáculos que afrontan para acceder a los servicios de atención sanitaria, rehabilitación, apoyo y asistencia, a sus entornos, a la educación y al empleo.* Si bien existen otras prioridades para invertir en la atención sanitaria, las intervenciones que suelen utilizarse en la cirugía de cataratas y la corrección de los errores de refracción, que son las dos causas principales de la discapacidad visual evitable, son sumamente eficaces en función de los costos. Existen muchos ejemplos de prestación satisfactoria de servicios de atención oftálmica a través de iniciativas verticales, especialmente en los entornos de bajos ingresos. Es importante que esos servicios se integren plenamente en la prestación de un servicio integral de atención oftálmica en el marco de los servicios y sistemas generales de salud. Se puede potenciar la movilización de recursos financieros suficientes, previsibles y sostenibles incluyendo la prevención de la discapacidad visual evitable en los programas e iniciativas más amplios de cooperación para el desarrollo. En los últimos años, se viene examinando con creciente intensidad la obtención de recursos adicionales para la salud a través de iniciativas de financiación innovadoras, pero las inversiones en la reducción de las enfermedades oculares más prevalentes han estado relativamente ausentes del debate sobre la financiación innovadora y de las inversiones financieras importantes en el campo de la salud. Es necesario seguir trabajando en el análisis de los costos y los beneficios de la prevención de la discapacidad visual evitable y la rehabilitación para maximizar el uso de los recursos que ya están disponibles

d) *La contribución de los asociados y las alianzas internacionales es fundamental para desarrollar y fortalecer medidas eficaces de salud pública para la prevención de la discapacidad visual.* La acción internacional sostenida y coordinada, con una financiación adecuada, ha cosechado excelentes logros, como lo demuestran el antiguo Programa de Lucha contra la Oncocercosis, el Programa Africano de Lucha contra la Oncocercosis y la Alianza de la OMS para la Eliminación Mundial del Tracoma para el año 2020. La iniciativa conjunta mundial de la OMS y el Organismo Internacional de Prevención de la Ceguera para la eliminación de la ceguera evitable, VISIÓN 2020: el derecho a ver, ha contribuido de manera importante a que se tome una mayor conciencia acerca de la ceguera evitable y ha dado lugar al establecimiento de entidades regionales y nacionales que facilitan la ejecución de una amplia gama de actividades.

El reto actual radica en fortalecer las alianzas mundiales y regionales, asegurar que promuevan el establecimiento de sistemas de salud consolidados y sostenibles, y potenciar aún más la eficacia de esas alianzas.

e) *La eliminación de la ceguera evitable depende de los progresos logrados en el marco de otros programas mundiales de salud y desarrollo*, en particular, del desarrollo de sistemas integrales de salud, el desarrollo de los recursos humanos para la salud, las mejoras en el ámbito de la salud materno infantil y la salud reproductiva, y el suministro de agua potable y de servicios básicos de saneamiento. La salud ocular debe incluirse en los marcos más amplios para las enfermedades no transmisibles y transmisibles, así como en aquellos que abordan el envejecimiento de las poblaciones. Los factores de riesgo comprobados de algunas de las causas de ceguera (por ejemplo, la diabetes mellitus, el consumo de tabaco, el parto prematuro, la rubéola y la carencia de vitamina A) deben abordarse de manera continua a través de intervenciones multisectoriales.

f) *La investigación es importante y es necesario financiarla*. La investigación biomédica es importante para el desarrollo de nuevas intervenciones más eficaces en función de los costos, especialmente en los países de ingresos bajos y medios. La investigación operativa permitirá obtener pruebas científicas sobre la manera de superar los obstáculos a la prestación y utilización de los servicios, así como perfeccionar las estrategias y los enfoques costoeficaces adecuados para responder a las crecientes necesidades de salud pública con el fin de mejorar y preservar la salud ocular en las comunidades.

g) *Las metas mundiales y los indicadores nacionales son importantes*. Una meta mundial confiere claridad sobre la orientación general del plan y permite focalizar los esfuerzos de los asociados. También es importante para fines de promoción y para evaluar el impacto general del plan de acción. Los indicadores nacionales ayudan a los Estados Miembros y a sus asociados a evaluar los avances y a planificar sus inversiones futuras.

PLAN DE ACCIÓN MUNDIAL 2014-2019

6. La **visión** del plan de acción mundial es un mundo en el que nadie sufra de discapacidad visual por causas evitables, donde las personas con pérdida de visión inevitable puedan alcanzar su pleno potencial, y donde exista acceso universal a servicios integrales de atención oftálmica.

7. El plan de acción mundial 2014-2019 tiene por objeto mantener e intensificar los esfuerzos de los Estados Miembros, la Secretaría y los asociados internacionales para seguir mejorando la salud ocular y para trabajar hacia el logro de la visión descrita *supra*. Su **objetivo general** es reducir la discapacidad visual evitable¹ como problema de salud pública mundial y garantizar el acceso a los servicios de rehabilitación para los discapacitados visuales. El **propósito** del plan de acción es alcanzar ese objetivo mejorando el acceso a servicios integrales de atención oftálmica que estén integrados en los sistemas de salud. Se proporcionan más detalles en el apéndice 1. El plan se apunala en cinco principios y enfoques: el acceso universal y la equidad, los derechos humanos, la práctica basada en datos

¹ La *discapacidad visual* abarca la discapacidad visual moderada y grave y la ceguera. La ceguera se define como una agudeza visual de presentación inferior a 3/60, o una pérdida del campo visual a menos de 10°, en el mejor ojo. Por discapacidad visual grave se entiende una agudeza visual inferior a 6/60 e igual o superior a 3/60, y por discapacidad visual moderada, una agudeza visual de entre menos de 6/18 y 6/60 (OMS, *Definitions of blindness and visual impairment*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2012. <http://www.who.int/blindness/hange%20the%20Definition%20of%20Blindness.pdf>; consultado el 12 de marzo de 2013). En el plan de acción se emplea la expresión *discapacidad visual*.

científicos, un enfoque basado en la totalidad del ciclo vital, y la potenciación de las personas con discapacidad visual. En el apéndice 2 se proporcionan más detalles.

8. Las **actuaciones** propuestas para los Estados Miembros, los asociados internacionales y la Secretaría se articulan en torno a tres **objetivos** (véase el apéndice 3):

El objetivo 1 aborda la necesidad de generar datos científicos sobre la magnitud y las causas de la discapacidad visual y los servicios de salud ocular, y de utilizar esos datos para promover un mayor compromiso político y financiero de los Estados Miembros con respecto a la salud ocular.

El objetivo 2 promueve la elaboración y puesta en práctica de políticas, planes y programas nacionales integrados de salud ocular para mejorar el acceso universal a la salud ocular a través de actividades que se ajusten al marco de acción de la OMS para el fortalecimiento de los sistemas de salud con miras a mejorar los resultados sanitarios.¹

El objetivo 3 aborda la participación multisectorial y las alianzas de colaboración eficaces para fortalecer la salud ocular.

Cada uno de esos tres objetivos incluye un conjunto de **criterios** para examinar los progresos.

9. En los niveles del objetivo general y el propósito se muestran tres **indicadores** para medir los progresos realizados en el plano nacional, aunque es probable que muchos Estados Miembros deseen utilizar indicadores adicionales. Los tres indicadores son: *i*) la prevalencia y las causas de la discapacidad visual; *ii*) las cifras del personal de atención oftálmica; y *iii*) la cirugía de cataratas. En el apéndice 4 se proporcionan más detalles al respecto.

- **Prevalencia y causas de la discapacidad visual.** Es importante conocer la magnitud y las causas de la discapacidad visual, y las tendencias a lo largo del tiempo. Esta información es fundamental para la asignación de recursos, la planificación, y el desarrollo de sinergias con otros programas.
- **Cifras del personal de atención oftálmica, desglosadas por tipo de profesión.** Este parámetro es importante para determinar la disponibilidad de la fuerza de trabajo dedicada a la atención oftálmica. Cuando se detectan carencias la planificación de los recursos humanos puede ajustarse en consecuencia.
- **Prestación de servicios de cirugía de cataratas. Tasa de operaciones de cataratas (número de operaciones de cataratas realizadas por año por millón de habitantes) y cobertura de la cirugía de cataratas (número de personas con cataratas bilaterales causantes de discapacidad visual que se han sometido a operaciones de cataratas de un ojo o de ambos).** El conocimiento de la tasa de cirugía es importante para hacer un seguimiento de los servicios quirúrgicos respecto de una de las principales causas de ceguera en el mundo, y dicha tasa también proporciona un indicador indirecto valioso sobre la prestación de servicios de atención oftálmica. Cuando los Estados Miembros disponen de datos sobre la prevalencia y las causas de la discapacidad visual, se puede calcular la cobertura de la cirugía de cataratas; este parámetro es importante ya que proporciona información sobre el grado en que los servicios de cirugía de cataratas están cubriendo las necesidades.

¹ *Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2007. http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf (consultado el 12 de marzo de 2013).

10. En relación con el primero de esos indicadores se indica una **meta mundial**, que permitirá obtener una medición general del impacto del plan de acción. La meta mundial seleccionada para este plan de acción es la reducción de la prevalencia de la discapacidad visual evitable en un 25% para 2019 con respecto al valor de referencia correspondiente a 2010.¹ Se prevé que para el logro de esta meta, los principales avances se derivarán de la reducción de la prevalencia de la discapacidad visual evitable en el grupo de población constituido por los mayores de 50 años. Como se ha indicado anteriormente, las cataratas y los errores de refracción no corregidos son las dos causas principales de la discapacidad visual evitable, y representan el 75% de todas las discapacidades visuales, siendo más frecuentes en los grupos de mayor edad. Se calcula que en 2019, un 84% de todos los casos de discapacidad visual afectarán a personas mayores de 50 años. La expansión de los servicios integrales e integrados de atención oftálmica que luchan contra las principales causas de la discapacidad visual, junto con la mejora de la salud que cabe esperar de la aplicación de iniciativas de desarrollo más amplias, en particular de estrategias como el proyecto de plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020, y los esfuerzos realizados a nivel mundial para la eliminación del tracoma, parecen indicar que esta meta, a pesar de ser ambiciosa, es alcanzable. Además, el incremento previsto del producto interno bruto en los países de ingresos bajos y medios proporcionará beneficios más amplios para la salud que redundarán en una reducción de la discapacidad visual, como resultado.²

¹ En 2010 la prevalencia mundial de la discapacidad visual evitable era del 3,18%. Una reducción del 25% significa que para 2019 la prevalencia será del 2,37%.

² Según el Fondo Monetario Internacional, para 2019 el producto interno bruto medio por habitante medido en función de la paridad del poder adquisitivo aumentará un 24% en los países de ingresos bajos y de ingresos medianos bajos; un 22% en los países de ingresos medianos altos, y un 14% en los países de ingresos altos. (<http://www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2012/02/weodata/index.aspx>; página consultada el 12 de marzo de 2013).

APÉNDICE 1

VISIÓN, OBJETIVO Y PROPÓSITO

VISIÓN			
Un mundo en el que nadie sufra de discapacidad visual por causas evitables, donde las personas con pérdida de visión inevitable puedan alcanzar su pleno potencial, y donde exista acceso universal a servicios integrales de atención oftálmica			
Objetivo general	Indicadores mensurables¹	Medios de verificación	Supuestos importantes
Reducir la discapacidad visual evitable como problema mundial de salud pública y asegurar el acceso a los servicios de rehabilitación para las personas con discapacidad visual ²	Prevalencia y causas de la discapacidad visual <i>Meta mundial: reducir la prevalencia de la discapacidad visual evitable en un 25% para 2019 con respecto al valor de referencia correspondiente a 2010</i>	Recopilación de datos epidemiológicos a nivel nacional y subnacional y elaboración de estimaciones regionales y mundiales	Se aplican los convenios de derechos humanos, se logra la equidad entre todas las políticas, y se potencia plenamente la capacidad de las personas con discapacidad visual Al finalizar la aplicación del plan de acción se ha logrado un nivel de inversiones sostenido
Propósito			
Mejorar el acceso a servicios integrales de atención oftálmica que estén integrados en los sistemas de salud	Número de efectivos de personal de atención oftálmica por millón de habitantes Tasa de operaciones de cataratas	Informes en los que se resumen los datos nacionales facilitados por los Estados Miembros	Todos los sectores de la población tienen acceso pleno y equitativo a los servicios

¹ Véase también el apéndice 4.

² El objetivo del programa de la Secretaría para la prevención de la ceguera era prevenir y controlar las principales causas evitables de ceguera y poner al alcance de todos los servicios básicos de atención oftálmica ... y la meta a largo plazo era reducir las tasas nacionales de ceguera a menos del 0,5%, y que las tasas correspondientes a las distintas comunidades no fueran superiores al 1%. Formulation and management of national programmes for the prevention of blindness. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1990 (documento WHO/PBL/90.18).

APÉNDICE 2

PRINCIPIOS Y ENFOQUES TRANSVERSALES

Acceso universal y equidad	Derechos humanos	Práctica basada en datos científicos	Enfoque basado en la totalidad del ciclo vital	Potenciación de las personas con ceguera y discapacidad visual
Todas las personas deberían tener acceso equitativo a la atención de salud y a oportunidades para alcanzar o recuperar el máximo nivel posible de salud, independientemente de la edad, el género o la posición social	Las estrategias e intervenciones en materia de tratamiento, prevención y promoción deben ajustarse a los convenios y acuerdos internacionales de derechos humanos	Las estrategias e intervenciones en materia de tratamiento, prevención y promoción deben basarse en datos científicos y en las prácticas óptimas	Las políticas, planes y programas de salud ocular y de ámbitos conexos deben tener en cuenta las necesidades sanitarias y sociales en todas las fases del ciclo vital	Las personas ciegas o que presentan disminución de la agudeza visual pueden participar plenamente en todos los aspectos de la vida social, económica, política y cultural

APÉNDICE 3

OBJETIVOS Y ACTUACIONES

Objetivo 1	Indicadores mensurables	Medios de verificación	Supuestos importantes
<p>Se generan datos científicos que son utilizados para potenciar y reforzar el compromiso político y financiero de los Estados Miembros en la esfera de la salud ocular</p>	<p>Número de Estados Miembros que, para 2019, han efectuado y publicado estudios de prevalencia en los últimos cinco años</p> <p>Número de Estados Miembros que, para 2019, han realizado y publicado una evaluación de los servicios de atención oftálmica en los últimos cinco años</p> <p>Celebración del Día Mundial de la Vista por los Estados Miembros</p>	<p>Los Estados Miembros presentan a la Secretaría una evaluación epidemiológica y económica de la prevalencia y las causas de la discapacidad visual</p> <p>Los resultados de las evaluaciones de los servicios de atención oftálmica y de las investigaciones sobre la costoeficacia de esos servicios se utilizan para formular las políticas y planes nacionales y subnacionales de salud ocular</p> <p>Presentación de informes sobre las actividades de promoción y sensibilización a nivel nacional, regional y mundial</p>	<p>Mediante las actividades de promoción, y a pesar del entorno económico mundial y la superposición de programas imperantes, se logra aumentar el nivel de inversiones en salud ocular</p>
Actuaciones para la consecución del objetivo 1	Aportaciones propuestas de los Estados Miembros	Aportaciones de la Secretaría	Aportaciones propuestas de los asociados internacionales
<p>1.1 Llevar a cabo encuestas poblacionales sobre la prevalencia y las causas de la discapacidad visual</p>	<p>Llevar a cabo encuestas en colaboración con los asociados, asignando los recursos que sean necesarios</p> <p>Publicar y difundir los resultados de las encuestas y enviarlos a la Secretaría</p>	<p>Brindar herramientas y asesoramiento técnico a los Estados Miembros para la realización de las encuestas</p> <p>Proporcionar estimaciones sobre la prevalencia a nivel regional y mundial</p>	<p>Preconizar la necesidad de realizar este tipo de encuestas</p> <p>Identificar y proporcionar recursos adicionales para complementar las inversiones públicas en la realización de los estudios</p>

<p>1.2 Evaluar la capacidad de los Estados Miembros para la prestación de servicios integrales de atención oftálmica y detectar las carencias</p>	<p>Evaluar la prestación de servicios de atención oftálmica, asignando los recursos necesarios. Las evaluaciones deberían abarcar la disponibilidad, accesibilidad, asequibilidad, sostenibilidad, calidad y equidad de los servicios prestados, así como el análisis de la costoeficacia de los programas de salud ocular</p> <p>Reunir y compilar datos a nivel nacional, y detectar las carencias en la prestación de servicios</p> <p>Publicar y difundir los resultados de las encuestas, y notificarlos a la Secretaría</p>	<p>Proporcionar a los Estados Miembros herramientas para realizar evaluaciones de los servicios de atención oftálmica y asesoramiento técnico</p> <p>Publicar y difundir informes con resúmenes de los datos facilitados por los Estados Miembros y los asociados internacionales</p>	<p>Preconizar la necesidad de llevar a cabo evaluaciones de los servicios de atención oftálmica</p> <p>Ayudar a los Estados Miembros en la recopilación y difusión de datos</p> <p>Identificar y proporcionar recursos adicionales para complementar las inversiones públicas en las evaluaciones de los servicios de salud ocular</p>
<p>1.3 Documentar los ejemplos de prácticas óptimas para mejorar el acceso universal a los servicios de atención oftálmica, y utilizarlos con fines de promoción</p>	<p>Identificar y documentar las intervenciones exitosas y las enseñanzas extraídas</p> <p>Publicar los resultados e informar al respecto a la Secretaría</p>	<p>Desarrollar herramientas y proporcionarlas a los Estados Miembros junto con asesoramiento técnico</p> <p>Compilar y difundir los informes de los Estados Miembros</p>	<p>Preconizar la necesidad de documentar las prácticas óptimas</p> <p>Ayudar a los Estados Miembros a documentar las prácticas óptimas y a difundir los resultados</p> <p>Identificar recursos adicionales para complementar las inversiones públicas</p>
<p>Objetivo 2</p>	<p>Indicadores mensurables</p>	<p>Medios de verificación</p>	<p>Supuestos importantes</p>
<p>Se desarrollan y/o fortalecen y se ponen en práctica políticas, planes y programas nacionales de salud ocular para mejorar la salud ocular universal, de conformidad con el marco de acción de la OMS para el fortalecimiento de los sistemas de salud con miras a mejorar los resultados sanitarios</p>	<p>Número de Estados Miembros que presentan informes sobre la aplicación de las políticas, planes y programas de salud ocular</p> <p>Número de Estados Miembros que han establecido un comité de salud ocular/prevenición de la ceguera, y/o un coordinador nacional para la prevención de la ceguera o un mecanismo equivalente</p> <p>Número de Estados Miembros que incluyen secciones dedicadas a la salud</p>	<p>Informes en los que se resumen los datos facilitados por los Estados Miembros</p>	<p>Las políticas, planes y programas llegan a un número suficiente de personas de todos los sectores de la población</p> <p>Las personas necesitadas tienen acceso a los servicios</p>

	<p>ocular en sus listas nacionales de medicamentos esenciales, pruebas de diagnóstico y tecnologías sanitarias</p> <p>Número de Estados Miembros que informan sobre la integración de la salud ocular en los planes y presupuestos nacionales de salud</p> <p>Número de Estados Miembros que notifican un plan nacional que prevé la dotación de recursos humanos dedicados a la salud ocular</p> <p>Número de Estados Miembros que notifican las pruebas resultantes de las investigaciones realizadas sobre la costoeficacia de los programas de salud ocular</p>		
Actuaciones para la consecución del objetivo 2	Aportaciones propuestas de los Estados Miembros	Aportaciones de la Secretaría	Aportaciones propuestas de los asociados internacionales
2.1 Proporcionar liderazgo y gobernanza para el desarrollo/actualización, aplicación y seguimiento de las políticas y planes nacionales/subnacionales de salud ocular	<p>Desarrollar/actualizar políticas, planes y programas nacionales/subnacionales para la salud ocular y la prevención de la discapacidad visual, incluir en ellos indicadores y metas, y recabar la participación de los interesados clave</p> <p>Lograr la integración de la atención oftálmica primaria en la atención primaria de salud</p> <p>Establecer nuevos mecanismos de coordinación y/o mantener los existentes (por ejemplo, un coordinador nacional, un comité de salud ocular/prevencción de la ceguera, u otros mecanismos nacionales/subnacionales) para supervisar la aplicación y realizar el seguimiento/evaluación de las políticas, planes y programas</p>	<p>Proporcionar orientación a los Estados Miembros sobre la manera de proceder para formular y aplicar políticas, planes y programas nacionales y subnacionales que estén en consonancia con el plan de acción mundial.</p> <p>Proporcionar a los Estados Miembros herramientas y asesoramiento técnico en relación con la atención oftálmica primaria, y ejemplos de buenas prácticas de liderazgo y gobernanza para el desarrollo, la aplicación, el seguimiento y la evaluación de servicios integrales e integrados de atención oftálmica</p> <p>Establecer/mantener efectivos de personal a nivel mundial y regional con responsabilidades en materia de salud ocular/prevencción de la discapacidad visual</p>	<p>Preconizar la importancia del liderazgo a nivel nacional/subnacional en la elaboración de políticas, planes y programas</p> <p>Apoyar el liderazgo nacional en la identificación de los recursos financieros y técnicos necesarios para la ejecución de las políticas/planes y la inclusión de la atención oftálmica primaria en la atención primaria de salud</p> <p>Asegurar fondos para puestos clave en la Secretaría en la Sede, así como en las oficinas regionales y en los países</p>

		Establecer cargos en los países para especialistas en salud ocular/prevención de la discapacidad visual cuando ello resulte pertinente desde el punto de vista estratégico y siempre que se cuente con los recursos necesarios	
2.2 Asegurar recursos financieros suficientes para mejorar la salud ocular y proporcionar servicios integrales de atención oftálmica que se integren en los sistemas de salud a través de las políticas, planes y programas nacionales	<p>Garantizar la financiación de la salud ocular en el marco de un servicio general integrado de atención de la salud</p> <p>Realizar análisis de los costos y los beneficios de la prevención de la discapacidad visual evitable y los servicios de rehabilitación y realizar investigaciones sobre la costoeficacia de los programas de salud ocular para optimizar el uso de los recursos disponibles</p>	Proporcionar herramientas y asesoramiento técnico a los Estados Miembros para la identificación de las intervenciones costoeficaces y la movilización de los recursos necesarios	<p>Preconizar a escala nacional e internacional la importancia de dotarse de fondos suficientes y de utilizarlos eficazmente para poner en práctica las políticas, planes y programas nacionales/subnacionales</p> <p>Identificar fuentes de financiación para complementar las inversiones nacionales en los servicios de atención oftálmica y los análisis de los costos y los beneficios</p>
2.3 Desarrollar y mantener una fuerza de trabajo sostenible para la prestación de servicios integrales de atención oftálmica como parte de la dotación general de recursos humanos para la salud	<p>Llevar a cabo la planificación de los recursos humanos para la atención oftálmica en el marco de la planificación general de los recursos humanos para la salud, así como la planificación de los recursos humanos dedicados a la salud ocular en otros sectores pertinentes</p> <p>Ofrecer capacitación y perspectivas de carrera a los profesionales de la salud ocular</p> <p>Garantizar que existan estrategias para la fidelización del personal dedicado a la salud ocular y que se apliquen dichas estrategias</p> <p>Identificar, documentar y comunicar a la Secretaría y a otros asociados las prácticas óptimas en relación con los recursos humanos dedicados a la salud ocular</p>	<p>Prestar asistencia técnica según sea necesario</p> <p>Compilar y publicar ejemplos de prácticas óptimas</p>	<p>Preconizar la importancia de una fuerza de trabajo sostenible para la prestación de atención oftálmica</p> <p>Apoyar las actividades de capacitación y promoción profesional a través de mecanismos de coordinación nacionales</p> <p>Prestar apoyo a los Estados Miembros en la recopilación y difusión de datos</p>

<p>2.4 Ofrecer servicios integrales y equitativos de atención oftálmica en los niveles primario, secundario y terciario, incorporando actividades nacionales de eliminación del tracoma y la oncocercosis</p>	<p>Proporcionar y/o coordinar el acceso universal a servicios integrales y equitativos de atención oftálmica, haciendo hincapié en grupos vulnerables como los niños y las personas de edad</p> <p>Reforzar los mecanismos de remisión de casos y los servicios de rehabilitación para las personas con discapacidad visual</p> <p>Establecer criterios y normas de calidad para la atención oftálmica</p>	<p>Proporcionar a los Estados Miembros las herramientas existentes y el asesoramiento técnico de la OMS</p>	<p>Preconizar la importancia de contar con servicios de atención oftálmica integrales y equitativos</p> <p>Apoyar la creación de capacidad local para la prestación de servicios de atención oftálmica, con inclusión de los servicios de rehabilitación, de forma compatible con las políticas, planes y programas y a través de mecanismos de coordinación nacionales</p> <p>Monitorear y evaluar los servicios prestados de conformidad con las políticas, planes y programas nacionales a través de los mecanismos de coordinación nacionales, y presentar informes al respecto</p>
<p>2.5 Asegurar la disponibilidad y accesibilidad de medicamentos esenciales, pruebas de diagnóstico y tecnologías sanitarias de calidad garantizada, en particular para los grupos vulnerables y las comunidades marginadas, y estudiar posibles mecanismos para hacer más asequibles las nuevas tecnologías basadas en la evidencia</p>	<p>Asegurar la existencia de una lista nacional de productos médicos esenciales, protocolos de diagnóstico y tratamiento, y equipos pertinentes</p> <p>Asegurar la disponibilidad y accesibilidad de los medicamentos esenciales, las pruebas de diagnóstico y las tecnologías sanitarias</p>	<p>Proporcionar asistencia técnica y herramientas a los Estados Miembros</p>	<p>Preconizar la importancia de los medicamentos esenciales, las pruebas de diagnóstico y las tecnologías sanitarias</p> <p>Proporcionar medicamentos esenciales, pruebas de diagnóstico y tecnologías sanitarias de conformidad con las políticas nacionales</p>
<p>2.6 Incluir indicadores, en los sistemas de información nacionales, para monitorear la prestación de servicios de atención oftálmica y su calidad</p>	<p>Adoptar, en el marco de los sistemas de información nacionales, un conjunto de indicadores y metas nacionales, inclusive en el ámbito de la rehabilitación</p> <p>Reunir, analizar e interpretar los datos de forma periódica</p> <p>Comunicar los datos a la Secretaría</p>	<p>Proporcionar apoyo técnico a los Estados Miembros mediante la incorporación de indicadores y metas nacionales en sus sistemas de salud nacionales</p> <p>Compilar y difundir cada año los datos facilitados por los Estados Miembros</p>	<p>Preconizar la importancia del monitoreo basado en los indicadores acordados a nivel nacional</p> <p>Proporcionar apoyo financiero y técnico para la recopilación y el análisis de los datos nacionales y subnacionales</p>

Objetivo 3	Indicadores mensurables	Medios de verificación	Supuestos importantes
<p>Se refuerzan la participación multisectorial y las alianzas de colaboración eficaces para mejorar la salud ocular</p>	<p>Número de Estados Miembros que hacen referencia a un enfoque multisectorial en sus políticas, planes y programas nacionales de salud ocular/prevención de la ceguera</p> <p>La Alianza de la OMS para la Eliminación Mundial del Tracoma para el año 2020, el Programa Africano de Lucha contra la Oncocercosis, y el Programa de Eliminación de la Oncocercosis en las Américas, cumplen los objetivos acordados en sus planes estratégicos</p> <p>Número de Estados Miembros que han incorporado la salud ocular en sus estrategias e iniciativas de reducción de la pobreza y en sus políticas socioeconómicas más amplias</p> <p>Número de Estados Miembros que informan sobre la salud ocular en el marco de la colaboración intersectorial</p>	<p>Informes de los Estados Miembros recibidos y compilados por la Secretaría</p> <p>Informes anuales y publicaciones recibidos de las alianzas de colaboración</p>	<p>Los sectores no sanitarios invierten en el desarrollo socioeconómico en general</p>

Actuaciones para la consecución del objetivo 3	Aportaciones propuestas de los Estados Miembros	Aportaciones de la Secretaría	Aportaciones propuestas de los asociados internacionales
3.1 Promover la participación de los sectores no sanitarios en la elaboración y aplicación de políticas y planes de salud ocular/prevencción de la ceguera	<p>Los ministerios de salud identifican y hacen participar a otros sectores, en particular, los que dependen de los ministerios de educación, finanzas, bienestar social y desarrollo</p> <p>Informar a la Secretaría acerca de esas experiencias</p>	<p>Asesorar a los Estados Miembros sobre las funciones específicas que desempeñan los sectores no sanitarios y brindarles apoyo en la identificación y colaboración con los sectores no sanitarios</p> <p>Compilar y publicar las experiencias de los Estados Miembros</p>	<p>Preconizar entre los distintos sectores el valor añadido de la labor multisectorial</p> <p>Proporcionar capacidad financiera y técnica para el desarrollo de actividades multisectoriales (por ejemplo, agua y saneamiento)</p> <p>Proporcionar apoyo a los Estados Miembros en la recopilación y difusión de experiencias</p>
3.2 Reforzar la eficacia de las asociaciones y alianzas de colaboración internacionales y nacionales	<p>Promover la participación activa de las asociaciones y alianzas que están en armonía y se alinean con las prioridades, políticas, planes y programas nacionales y, en su caso, establecer dichas asociaciones y alianzas.</p> <p>Identificar y promover mecanismos adecuados para la colaboración entre países</p>	<p>Cuando proceda, participar en las asociaciones y alianzas y dirigir sus actividades, haciendo participar también a otras entidades de las Naciones Unidas que apoyan, están en armonía y se alinean con las prioridades, políticas, planes y programas de los Estados Miembros</p> <p>Facilitar y apoyar el establecimiento de la colaboración entre países</p>	<p>Promover la participación y apoyar activamente las asociaciones, las alianzas y la colaboración entre países que están en armonía y se alinean con las prioridades, políticas, planes y programas de los Estados Miembros</p>
3.3 Integrar la salud ocular en las estrategias e iniciativas de reducción de la pobreza y en las políticas socioeconómicas más amplias	<p>Identificar e incorporar la salud ocular en las estrategias e iniciativas de reducción de la pobreza y las políticas socioeconómicas pertinentes</p> <p>Asegurar que las personas con discapacidad visual –evitable o no– tengan acceso a oportunidades de educación, y que se desarrollen, apliquen y evalúen prácticas para la inclusión de la discapacidad</p>	<p>Redactar y difundir mensajes clave para los responsables de la formulación de políticas</p> <p>Asesorar a los Estados Miembros sobre la manera de incluir la salud ocular/prevencción de la discapacidad visual en las estrategias e iniciativas de reducción de la pobreza y las políticas socioeconómicas</p>	<p>Fomentar la integración de la salud ocular en las estrategias e iniciativas de reducción de la pobreza y las políticas socioeconómicas</p>

APÉNDICE 4

INDICADORES NACIONALES PARA LA PREVENCIÓN DE LA CEGUERA Y LA DISCAPACIDAD VISUAL EVITABLES**1. Prevalencia y causas de la discapacidad visual**

Propósito/justificación	Conocer la magnitud de la discapacidad visual, incluida la ceguera, y seguir de cerca los progresos en la eliminación de la ceguera evitable y el control de la discapacidad visual evitable
Definición	Prevalencia de las discapacidades visuales como la ceguera, y sus causas, preferentemente desglosadas por edad y género
Métodos preferidos para la recopilación de datos	Las encuestas de prevalencia basadas en metodologías sólidas y representativas constituyen el método más fiable. Además, las dos metodologías normalizadas de Evaluación Rápida de la Ceguera Evitable y Evaluación Rápida de los Servicios de Cirugía de Cataratas permiten la obtención de resultados respecto del grupo de edad con mayor prevalencia de discapacidad visual, que es la población mayor de 50 años
Unidad de medida	Prevalencia de la discapacidad visual determinada por las encuestas poblacionales
Frecuencia de la recopilación de datos	Como mínimo cada cinco años a nivel nacional
Fuente de los datos	Ministerio de salud o coordinador/comité nacional de prevención de la ceguera/salud ocular
Difusión de los datos	La Secretaría actualiza periódicamente las estimaciones mundiales sobre la prevalencia y las causas de la discapacidad visual

2.1 Dotación de personal de atención oftálmica por tipo de profesión:

2.1 Oftalmólogos

Propósito/justificación	Evaluar la disponibilidad de la fuerza de trabajo dedicada a la salud ocular con el fin de formular medidas para el desarrollo de capacidades con miras al fortalecimiento de los sistemas nacionales de salud. Los oftalmólogos son los principales especialistas que llevan a cabo intervenciones médicas y quirúrgicas en el ámbito de la salud ocular
-------------------------	---

Definición	Número de médicos oftalmólogos certificados por las instituciones nacionales sobre la base de los criterios de certificación aprobados por el gobierno. Los oftalmólogos son médicos formados en medicina y/o cirugía oftálmica y que evalúan y tratan las enfermedades oculares
Métodos preferidos para la recopilación de datos	Registros de organismos profesionales y de reglamentación nacionales
Unidad de medida	Número de oftalmólogos por millón de habitantes
Frecuencia de la recopilación de datos	Anual
Limitaciones	Las cifras no reflejan la proporción de oftalmólogos que no realizan intervenciones quirúrgicas; la producción clínica (por ejemplo, subespecialistas); el desempeño; y la calidad de las intervenciones. A menos que estén desglosados, los datos no reflejan la distribución geográfica
Fuente de información	Ministerio de salud o coordinador/comité nacional de prevención de la ceguera/salud ocular
Difusión de los datos	La Secretaría publica cada año una actualización mundial basada en los datos nacionales facilitados por los Estados Miembros

2.2 Optometristas

Propósito/justificación	Evaluar la disponibilidad de la fuerza de trabajo dedicada a la salud ocular con el fin de formular medidas para el desarrollo de capacidades con vistas al fortalecimiento de los sistemas nacionales de salud. En un número creciente de países, los optometristas son con frecuencia el primer punto de contacto al que acuden las personas que padecen enfermedades oculares
Definición	Número de optometristas certificados por las instituciones nacionales sobre la base de los criterios de certificación aprobados por el gobierno
Métodos preferidos para la recopilación de datos	Registros de organismos profesionales y de reglamentación nacionales
Unidad de medida	Número de optometristas por millón de habitantes
Frecuencia de la recopilación de datos	Anual

Limitaciones	<p>Las cifras no indican la eficacia y en particular la calidad de las intervenciones para reducir la ceguera evitable. Existe una gran variabilidad entre los países en lo que respecta a los conocimientos y las competencias de los optometristas, ya que los programas de estudio no están homologados</p> <p>Las cifras no reflejan la proporción de auxiliares clínicos de atención oftálmica, refraccionistas, y otros grupos afines que en algunos países desempeñan las funciones del optometrista cuando esa especialidad profesional no existe o carece de personal suficiente</p>
Fuente de información	Ministerio de salud o coordinador/comité nacional de prevención de la ceguera/salud ocular
Difusión de los datos	La Secretaría publica cada año una actualización mundial basada en los datos nacionales facilitados por los Estados Miembros

2.3 Personal oftálmico conexo

Propósito/justificación	Evaluar la disponibilidad de la fuerza de trabajo dedicada a la salud ocular con el fin de formular medidas para el desarrollo de capacidades con vistas al fortalecimiento de los sistemas nacionales de salud. Las profesiones oftálmicas conexas pueden caracterizarse por requisitos educativos, legislativos y reglamentarios, competencias y entornos para el ejercicio profesional diferentes según los países o incluso dentro de un mismo país. Por regla general, el personal oftálmico conexo comprende ópticos, enfermeros oftálmicos, ortoptistas, asistentes oftálmicos y optométricos, técnicos oftálmicos y optométricos, terapeutas visuales, oculistas, fotógrafos/reproductores de imágenes oftálmicas y administradores de servicios oftálmicos
Definición	Efectivos de personal oftálmico conexo que poseen competencias profesionales, las cuales deben ser especificadas por el Estado Miembro notificante
Métodos preferidos para la recopilación de datos	Recopilación de los datos nacionales a partir de los datos subnacionales (distrito) facilitados por los proveedores gubernamentales, no gubernamentales y privados de servicios de atención oftálmica
Unidad de medida	Número de efectivos de personal oftálmico conexo por millón de habitantes
Frecuencia de la recopilación de datos	Anual
Limitaciones	Las cifras no indican la eficacia y en particular la calidad de las intervenciones para reducir la ceguera evitable. Existe una gran variabilidad en lo que respecta a los conocimientos y las competencias. Estos datos son útiles para seguir de cerca la evolución de los progresos registrados en los países pero no pueden utilizarse de forma fiable para las comparaciones entre países debido a las diferencias en la nomenclatura

Fuente de información	Ministerio de salud o coordinador/comité nacional de prevención de la ceguera/salud ocular
Difusión de los datos	La Secretaría publica cada año una actualización mundial basada en los datos nacionales facilitados por los Estados Miembros

3. Prestación de servicios de cirugía de cataratas

3.1 Tasa de operaciones de cataratas

Propósito/justificación	Esta tasa puede utilizarse para fijar las metas nacionales con respecto a la prestación de servicios de cirugía de cataratas. También se suele utilizar como indicador indirecto para medir la prestación de servicios generales de atención oftálmica. A escala mundial, las cataratas siguen siendo la principal causa de ceguera. La discapacidad visual y la ceguera causadas por las cataratas son evitables porque existe un medio eficaz de tratamiento (extracción de las cataratas con implante de una lente intraocular) que es seguro y efectivo para recuperar la vista. La tasa de operaciones de cataratas es una medida cuantificable de la prestación de servicios de cirugía de cataratas.
Definición	Número de operaciones de cataratas realizadas cada año por millón de habitantes
Métodos preferidos para la recopilación de datos	Registros de información sanitaria de los gobiernos, encuestas
Unidad de medida	Número de operaciones de cataratas realizadas por millón de habitantes
Frecuencia de la recopilación de datos	Anual a nivel nacional. En los países de gran dimensión se aconseja reunir datos a nivel subnacional
Limitaciones	Este indicador solo resulta de utilidad cuando incluye todas las cirugías de cataratas realizadas en un país, es decir, en el ámbito de los sectores gubernamental y no gubernamental
Observaciones	Para los cálculos se han de utilizar las fuentes oficiales de datos de población (Naciones Unidas)
Fuente de información	Ministerio de salud o coordinador/comité nacional de prevención de la ceguera/salud ocular
Difusión de los datos	La Secretaría publica cada año una actualización mundial basada en los datos nacionales facilitados por los Estados Miembros

3.2 Cobertura de la cirugía de cataratas

Propósito/justificación	Evaluar el grado en que los servicios de cirugía de cataratas están cubriendo las necesidades
Definición	Proporción de personas con cataratas bilaterales, elegibles para la cirugía de cataratas, que se han operado de cataratas en uno o ambos ojos (en el nivel 3/60 y 6/18)
Métodos preferidos para la recopilación de datos	Cálculos a partir de datos procedentes de encuestas de prevalencia que utilizan metodologías sólidas y son representativas. Asimismo, cálculos que utilizan datos procedentes de las dos metodologías normalizadas de Evaluación Rápida de la Ceguera Evitable y Evaluación Rápida de los Servicios de Cirugía de Cataratas, que permiten obtener resultados respecto del grupo de edad con mayor prevalencia de ceguera y discapacidad visual causadas por cataratas, es decir, la población mayor de 50 años
Unidad de medida	Proporción
Frecuencia de la recopilación de datos	Viene determinada por la frecuencia de los estudios nacionales/subnacionales sobre la prevalencia de la ceguera y la discapacidad visual y sus causas
Limitaciones	Necesidad de llevar a cabo estudios poblacionales, cuya realización a escala generalizada puede presentar ciertas limitaciones
Observaciones	Preferentemente, los datos se desglosan por género, edad y localidad o distrito urbano/rural
Fuente de información	Ministerio de salud o coordinador/comité nacional de prevención de la ceguera/salud ocular
Difusión de datos	La Secretaría publica actualizaciones de forma periódica

ANEXO 3

Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020¹

[A66/10 Rev.1 – 16 de mayo de 2013]

1. En mayo de 2012, la 65.^a Asamblea Mundial de la Salud adoptó la resolución WHA65.4 sobre la carga mundial de trastornos mentales y la necesidad de una respuesta integral y coordinada de los sectores sanitario y social de los países. En ella se pidió a la Directora General, entre otras cosas, que en consulta con los Estados Miembros prepare un plan de acción integral sobre salud mental que abarque los servicios, políticas, leyes, planes, estrategias y programas.
2. Este plan de acción integral se ha elaborado mediante consultas con los Estados Miembros, la sociedad civil y los asociados internacionales. Tiene un enfoque integral y multisectorial, con coordinación de los servicios de los sectores sanitario y social, y concede especial atención a la promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación, atención y recuperación. Asimismo, establece acciones claras para los Estados Miembros, la Secretaría y los asociados a nivel internacional, regional y nacional, y propone indicadores y metas clave que se pueden utilizar para evaluar la aplicación, los progresos y el impacto. En el núcleo del plan de acción se encuentra el principio mundialmente aceptado de que «no hay salud sin salud mental».²
3. El plan de acción tiene vínculos conceptuales y estratégicos estrechos con otros planes de acción y estrategias mundiales aprobadas por la Asamblea de la Salud, tales como la estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol, el plan de acción mundial sobre la salud de los trabajadores 2008-2017, el plan de acción de la estrategia mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2008-2013, y el plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles (2013-2020). Asimismo, se basa en los planes de acción y estrategias regionales de la OMS para la salud mental y el abuso de sustancias que ya se han adoptado o se encuentran en fase de elaboración. El plan de acción se ha ideado para que genere sinergias con otros programas pertinentes de organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, grupos interinstitucionales de las Naciones Unidas y organizaciones intergubernamentales.
4. El plan de acción aprovecha, pero sin duplicarla, la labor del Programa de acción para superar la brecha en salud mental (mhGAP) de la OMS, que se centró en la expansión de los servicios de salud mental en entornos con escasos recursos. El plan de acción es de alcance mundial y tiene por objeto proporcionar orientaciones para los planes de acción nacionales. En él se aborda la respuesta del sector social y de otros sectores pertinentes, así como las estrategias de promoción y prevención, con independencia de la magnitud de los recursos.

¹ Véase la resolución WHA66.8.

² En el sitio web de la OMS figuran un glosario de los principales términos; enlaces con otros planes de acción, estrategias y programas mundiales; los tratados internacionales y regionales sobre derechos humanos, y una serie de materiales técnicos y recursos de la OMS sobre salud mental.

5. En este plan de acción, la expresión «trastornos mentales» se utiliza para referirse a una serie de trastornos mentales y conductuales que figuran en la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexos, décima revisión (CIE-10). Entre ellos se incluyen trastornos con una alta carga de morbilidad, como la depresión, el trastorno afectivo bipolar, la esquizofrenia, los trastornos de ansiedad, la demencia, los trastornos por abuso de sustancias, las discapacidades intelectuales y los trastornos conductuales y del desarrollo que suelen iniciarse en la infancia y la adolescencia, incluido el autismo. Con respecto a la demencia y a los trastornos por abuso de sustancias también pueden ser necesarias otras estrategias preventivas (por ejemplo, como las descritas en un informe de la OMS sobre la demencia que se publicó a principios de 2012¹ o en la estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol). Además, el plan abarca la prevención del suicidio, y muchas de las acciones también son pertinentes para afecciones como la epilepsia. La expresión «grupos vulnerables» es utilizada en el plan de acción para referirse a individuos o grupos de individuos que son vulnerables a las situaciones y ambientes a los que están expuestos (por oposición a cualquier problema inherente de debilidad o falta de capacidad). La expresión debe aplicarse en los países en función de la situación nacional.

6. El plan de acción abarca asimismo la salud mental, concebida como un estado de bienestar en el que el individuo realiza sus capacidades, supera el estrés normal de la vida, trabaja de forma productiva y fructífera, y aporta algo a su comunidad. Con respecto a los niños, se hace hincapié en los aspectos del desarrollo, como el sentido positivo de la identidad, la capacidad para gestionar los pensamientos y emociones, así como para crear relaciones sociales, o la aptitud para aprender y adquirir una educación que en última instancia los capacitará para participar activamente en la sociedad.

7. Habida cuenta de los casos generalizados de violación de los derechos humanos y discriminación que sufren las personas con trastornos mentales, la adopción de una perspectiva de derechos humanos es fundamental para responder a la carga mundial de morbilidad mental. El plan de acción hace hincapié en la necesidad de servicios, políticas, leyes, planes, estrategias y programas que protejan, promuevan y respeten los derechos de las personas con trastornos mentales en consonancia con lo dispuesto en el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, la Convención sobre los Derechos del Niño y otros instrumentos internacionales y regionales pertinentes en materia de derechos humanos.

SITUACIÓN MUNDIAL

8. La salud mental es parte integral de la salud y el bienestar, tal como refleja la definición de salud que figura en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud: «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades». La salud mental, como otros aspectos de la salud, puede verse afectada por una serie de factores socioeconómicos (descritos más adelante) que tienen que abordarse mediante estrategias integrales de promoción, prevención, tratamiento y recuperación que impliquen a todo el gobierno.

Salud mental y trastornos mentales: determinantes y consecuencias

9. Los determinantes de la salud mental y de los trastornos mentales incluyen no solo características individuales tales como la capacidad para gestionar nuestros pensamientos, emociones, comporta-

¹ Alzheimer's Disease International. *Dementia: a public health priority*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2012.

mientos e interacciones con los demás, sino también factores sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales tales como las políticas nacionales, la protección social, el nivel de vida, las condiciones laborales o los apoyos sociales de la comunidad. La exposición a las adversidades a edades tempranas es un factor de riesgo prevenible bien establecido de los trastornos mentales.

10. Dependiendo del contexto local, algunas personas y grupos sociales pueden correr un riesgo significativamente mayor de sufrir problemas de salud mental. Entre estos grupos vulnerables se encuentran (aunque no siempre) miembros de las familias que viven en la pobreza, las personas con problemas de salud crónicos, los niños expuestos al maltrato o al abandono, los adolescentes expuestos por vez primera al abuso de sustancias, los grupos minoritarios, las poblaciones indígenas, las personas de edad, las personas sometidas a discriminaciones y violaciones de los derechos humanos, los homosexuales, bisexuales y transexuales, los prisioneros o las personas expuestas a conflictos, desastres naturales u otras emergencias humanitarias. La actual crisis financiera mundial es un excelente ejemplo de factor macroeconómico que genera recortes en la financiación, a pesar de la necesidad simultánea de más servicios sociales y de salud mental debido al aumento de las tasas de trastornos mentales y suicidio, así como a la aparición de nuevos grupos vulnerables, como los jóvenes desempleados. En muchas sociedades los trastornos mentales relacionados con la marginación y el empobrecimiento, la violencia y el maltrato doméstico, el exceso de trabajo y el estrés suscitan una creciente preocupación, especialmente para la salud de la mujer.

11. Las personas con trastornos mentales presentan tasas desproporcionadamente elevadas de discapacidad y mortalidad. Así, por ejemplo, las personas con depresión mayor o esquizofrenia tienen una probabilidad de muerte prematura un 40% a 60% mayor que la población general, debido a los problemas de salud física, que a menudo no son atendidos (por ejemplo, cánceres, enfermedades cardiovasculares, diabetes e infección por VIH), y al suicidio. A nivel mundial, el suicidio es la segunda causa más frecuente de muerte en los jóvenes.

12. Los trastornos mentales influyen a menudo en otras enfermedades tales como el cáncer, las enfermedades cardiovasculares o la infección por el VIH/sida, y se ven influidos por ellas, por lo que requieren servicios y medidas de movilización de recursos comunes. Por ejemplo, hay pruebas de que la depresión predispone al infarto de miocardio y a la diabetes, que a su vez aumentan la probabilidad de sufrir depresión. Muchos factores de riesgo, tales como el bajo nivel socioeconómico, el consumo de alcohol o el estrés, son comunes a los trastornos mentales y a otras enfermedades no transmisibles. También hay una considerable coincidencia entre los trastornos mentales y los trastornos por consumo de sustancias. Tomados en su conjunto, los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias se cobran un alto precio, y representaban un 13% de la carga mundial de morbilidad en 2004. Por sí sola, la depresión representa un 4,3% de la carga mundial de morbilidad, y se encuentra entre las principales causas mundiales de discapacidad (un 11% del total mundial de años vividos con discapacidad), sobre todo entre las mujeres. Las consecuencias económicas de estas pérdidas de salud son igualmente amplias: en un estudio reciente se calculó que el impacto mundial acumulado de los trastornos mentales en términos de pérdidas económicas será de US\$ 16,3 billones entre 2011 y 2030.¹

13. Con frecuencia, los trastornos mentales hunden a las personas y a las familias en la pobreza.² La carencia de hogar y la encarcelación impropia son mucho más frecuentes entre las personas con trastornos mentales que en la población general, y exacerban su marginación y vulnerabilidad. Debido

¹ World Economic Forum, the Harvard School of Public Health. *The global economic burden of non-communicable diseases*. Ginebra, Foro Económico Mundial, 2011.

² *Mental health and development: targeting people with mental health conditions as a vulnerable group*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2010.

a la estigmatización y la discriminación, las personas con trastornos mentales sufren frecuentes violaciones de los derechos humanos, y a muchas se les niegan derechos económicos, sociales y culturales y se les imponen restricciones al trabajo y a la educación, así como a los derechos reproductivos y al derecho a gozar del grado más alto posible de salud. Pueden sufrir también condiciones de vida inhumanas y poco higiénicas, maltratos físicos y abusos sexuales, falta de atención y prácticas terapéuticas nocivas y degradantes en los centros sanitarios. A menudo se les niegan derechos civiles y políticos, tales como el derecho a contraer matrimonio y fundar una familia, la libertad personal, el derecho de voto y de participación plena y efectiva en la vida pública, y el derecho a ejercer su capacidad jurídica en otros aspectos que les afecten, en particular el tratamiento y la atención. Así, las personas con trastornos mentales suelen vivir situaciones de vulnerabilidad y pueden verse excluidas y marginadas de la sociedad, lo cual representa un importante impedimento para la consecución de los objetivos de desarrollo nacionales e internacionales. La Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, vinculante para los Estados Partes que la han ratificado o se han adherido a ella, protege y fomenta los derechos de todas las personas con discapacidad, incluidas las que padecen trastornos mentales e intelectuales, y también estimula su inclusión plena en la cooperación internacional, y en particular en los programas internacionales de desarrollo.

Recursos y respuestas del sistema de salud

14. Los sistemas de salud todavía no han dado una respuesta adecuada a la carga de trastornos mentales; en consecuencia, la divergencia entre la necesidad de tratamiento y su prestación es grande en todo el mundo. En los países de ingresos bajos y medios, entre un 76% y un 85% de las personas con trastornos mentales graves no reciben tratamiento; la cifra es alta también en los países de ingresos elevados: entre un 35% y un 50%. El problema se complica aún más por la escasa calidad de la atención que reciben los casos tratados. El *Atlas de Salud Mental 2011* de la OMS aporta datos que demuestran la escasez de recursos de los países para atender las necesidades de salud mental y señalan la distribución inequitativa y el uso ineficiente de esos recursos. Por ejemplo, el gasto mundial anual en salud mental es inferior a US\$ 2 por persona, e inferior a US\$ 0,25 por persona en los países de ingresos bajos; el 67% de esos recursos económicos se asigna a hospitales exclusivamente psiquiátricos, pese a que se asocian a malos resultados sanitarios y violaciones de los derechos humanos. La reorientación de esta financiación hacia servicios de base comunitaria, con integración de la salud mental en la atención sanitaria general y en los programas de salud materna, sexual, reproductiva e infantil, de VIH/sida y de enfermedades no transmisibles crónicas, permitiría que muchas más personas accedieran a intervenciones mejores y más costoefectivas.

15. El número de profesionales sanitarios especializados y generales que se ocupan de la salud mental es manifiestamente insuficiente en los países de ingresos bajos y medios. Casi la mitad de la población mundial vive en países en los que, por término medio, hay un psiquiatra para atender a 200 000 o más personas; otros prestadores de atención sanitaria mental capacitados para utilizar las intervenciones psicosociales son aún más escasos. Del mismo modo, la proporción de países que disponen de políticas, planes y legislación sobre la salud mental es mucho más elevada entre los de ingresos elevados que entre los de ingresos bajos; por ejemplo, solo el 36% de las personas que viven en países de ingresos bajos están amparadas por una legislación en materia de salud mental, en comparación con el 92% en los países de ingresos elevados.

16. Los movimientos de la sociedad civil en pro de la salud mental no están bien desarrollados en los países de ingresos bajos y medios. Solo hay organizaciones de personas con trastornos mentales y discapacidades psicosociales en el 49% de los países de ingresos bajos, en comparación con el 83% de los de ingresos elevados; con respecto a las asociaciones de familiares, las cifras correspondientes son del 39% y el 80%.

17. Por último, la disponibilidad de medicamentos básicos para los trastornos mentales en la atención primaria es considerablemente baja (en comparación con los medicamentos disponibles para las enfermedades infecciosas o incluso para otras enfermedades no transmisibles), y su uso se ve limitado por la falta de profesionales sanitarios cualificados con las facultades necesarias para prescribir medicamentos. Además, tampoco hay disponibilidad de tratamientos no farmacológicos ni de personal cualificado para ofrecer estas intervenciones. Estos factores constituyen obstáculos importantes a la atención adecuada de muchas personas con trastornos mentales.

18. Para mejorar esta situación, además de los datos sobre los recursos de salud mental en los países (tanto los que figuran en el *Atlas de Salud Mental 2011* de la OMS como los perfiles más detallados obtenidos con el instrumento de la OMS para la evaluación de los sistemas de salud mental),¹ existe información sobre intervenciones de salud mental viables y costoefectivas que se pueden expandir para reforzar los sistemas de atención sanitaria mental en los países. El Programa de acción de la OMS para superar la brecha en salud mental, presentado en 2008, utiliza orientaciones técnicas, instrumentos y módulos de capacitación basados en evidencias para ampliar la prestación de servicios en los países, especialmente en entornos con escasos recursos. Dicho programa se centra en una serie de afecciones prioritarias y, hecho importante, dirige la capacitación hacia los profesionales sanitarios no especializados con un enfoque integrado que fomenta la salud mental en todos los niveles asistenciales.

19. La Secretaría ha elaborado otros instrumentos y orientaciones técnicas que ayuden a los países en la formulación de políticas, planes y leyes integrales de salud mental que fomenten la mejora de la calidad y la disponibilidad de la atención a la salud mental (como el *WHO mental health policy and service guidance package*);² en la mejora de la calidad y el respeto a los derechos de las personas con trastornos mentales en los servicios de salud (el *WHO QualityRights toolkit*);³ y en el socorro y la reconstrucción del sistema de salud mental tras los desastres (*Inter-Agency Standing Committee Guidelines in mental health and psychosocial support in emergency settings*).⁴ El conocimiento, la información y los instrumentos técnicos son necesarios, pero no suficientes; para pasar decididamente de la evidencia a la acción y la evaluación también se necesitan un fuerte liderazgo, mejores alianzas y el compromiso de aportar recursos para la aplicación.

ESTRUCTURA DEL PLAN DE ACCIÓN INTEGRAL 2013-2020

20. La **visión** del plan de acción es un mundo en el que se valore, fomente y proteja la salud mental, se prevengan los trastornos mentales, y las personas afectadas por ellos puedan ejercer la totalidad de sus derechos humanos y acceder de forma oportuna a una atención sanitaria y social de gran calidad y culturalmente adaptada que estimule la recuperación, con el fin de lograr el mayor nivel posible de salud y la plena participación en la sociedad y en el ámbito laboral, sin estigmatizaciones ni discriminaciones.

¹ *IESM-OMS versión 2.2: Instrumento de evaluación para sistemas de salud mental, Organización Mundial de la Salud*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2005 (documento WHO/MSD/MER/05.2).

² http://www.who.int/mental_health/policy/essentialpackage1/en/index.html (consultado el 24 de mayo de 2012).

³ *WHO QualityRights tool kit: assessing and improving quality and human rights in mental health and social care facilities*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2012.

⁴ Inter-Agency Standing Committee. *IASC guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings*. Ginebra, Comité Permanente entre Organismos, 2007.

21. Su **finalidad** global es fomentar el bienestar mental, prevenir los trastornos mentales, proporcionar atención, mejorar la recuperación, promover los derechos humanos y reducir la mortalidad, morbilidad y discapacidad de las personas con trastornos mentales.

22. El plan de acción tiene los **objetivos** siguientes:

- 1) reforzar un liderazgo y una gobernanza eficaces en el ámbito de la salud mental;
- 2) proporcionar en el ámbito comunitario servicios de asistencia social y de salud mental completos, integrados y con capacidad de respuesta;
- 3) poner en práctica estrategias de promoción y prevención en el campo de la salud mental;
- 4) fortalecer los sistemas de información, los datos científicos y las investigaciones sobre la salud mental.

Las metas mundiales establecidas para cada objetivo proporcionan la base para medir las acciones colectivas y los logros de los Estados Miembros hacia objetivos mundiales, pero no deben impedir la fijación de metas nacionales más ambiciosas, especialmente para los países que ya hayan alcanzado las metas mundiales. En el apéndice 1 figuran los indicadores para medir los progresos hechos hacia la consecución de las metas mundiales definidas.

23. El plan de acción se basa en seis **principios y enfoques transversales**:

- *Cobertura sanitaria universal*: independientemente de la edad, sexo, estatus socioeconómico, raza, etnia u orientación sexual, y de acuerdo con el principio de equidad, las personas con trastornos mentales deberán poder acceder, sin riesgo de empobrecimiento, a servicios de salud y sociales esenciales que les permitan recuperarse y gozar del grado máximo de salud que se pueda lograr.
- *Derechos humanos*: las estrategias, acciones e intervenciones terapéuticas, profilácticas y de promoción en materia de salud mental deben ajustarse a la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y a otros instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos.
- *Práctica basada en evidencias*: las estrategias e intervenciones terapéuticas, profilácticas y de promoción en materia de salud mental tienen que basarse en pruebas científicas y/o en prácticas óptimas, teniendo en cuenta consideraciones de carácter cultural.
- *Enfoque que abarque la totalidad del ciclo vital*: las políticas, planes y servicios de salud mental han de tener en cuenta las necesidades sanitarias y sociales en todas las etapas del ciclo vital: lactancia, infancia, adolescencia, edad adulta y ancianidad.
- *Enfoque multisectorial*: la respuesta integral y coordinada con respecto a la salud mental requiere alianzas con múltiples sectores públicos, tales como los de la salud, educación, empleo, justicia, vivienda, social y otros, así como con el sector privado, según proceda en función de la situación del país.
- *Emancipación de las personas con trastornos mentales y discapacidades psicosociales*: las personas con trastornos mentales y discapacidades psicosociales deben emanciparse y parti-

cipar en la promoción, las políticas, la planificación, la legislación, la prestación de servicios, el seguimiento, la investigación y la evaluación en materia de salud mental.

24. El marco establecido en este plan de acción debe adaptarse a nivel regional a fin de tener en cuenta la situación específica de cada región. Las acciones propuestas para los Estados Miembros se han de examinar y adaptar como corresponda a las prioridades y circunstancias específicas nacionales para poder alcanzar los objetivos. No existe un modelo de plan de acción válido para todos los países, ya que estos se encuentran en distintas fases del proceso de articulación y aplicación de una respuesta integral en el campo de la salud mental.

ACCIONES PROPUESTAS PARA LOS ESTADOS MIEMBROS Y LOS ASOCIADOS INTERNACIONALES Y NACIONALES, Y ACCIONES PARA LA SECRETARÍA

25. Para alcanzar la visión, las metas y los objetivos del plan, se proponen acciones específicas para los Estados Miembros y los asociados internacionales y nacionales. Además, se han definido acciones para la Secretaría. Aunque dichas acciones se han especificado separadamente para cada objetivo, muchas de ellas también contribuirán a la consecución de los demás objetivos del plan de acción. En el apéndice 2 se proponen algunas opciones posibles para poner en práctica esas acciones.

26. La aplicación efectiva del plan de acción mundial sobre salud mental requerirá acciones de los asociados internacionales, regionales y nacionales, que incluyan, entre otros:

- los organismos de desarrollo, como los organismos multilaterales internacionales (por ejemplo, el Banco Mundial o los organismos de las Naciones Unidas para el desarrollo), los organismos regionales (por ejemplo, los bancos regionales de desarrollo), los organismos intergubernamentales subregionales y los organismos bilaterales de ayuda al desarrollo;
- las instituciones académicas y de investigación, como la red de centros colaboradores de la OMS para la salud mental, los derechos humanos y los determinantes sociales de la salud u otras redes, tanto en los países en desarrollo como en los países desarrollados;
- la sociedad civil, en particular las organizaciones de personas con trastornos mentales y discapacidades psicosociales, los usuarios de servicios y otras asociaciones y organizaciones similares, asociaciones de familiares y cuidadores, organizaciones dedicadas a la salud mental y otras organizaciones no gubernamentales, comunitarias, de derechos humanos y confesionales, las redes de desarrollo y de salud mental, y las asociaciones de profesionales sanitarios y proveedores de servicios.

27. Las funciones de estos tres grupos se sobrepone con frecuencia, y pueden incluir múltiples acciones en las áreas de gobernanza, salud y servicios sociales, promoción y prevención en materia de salud mental, información, evidencias e investigación (véanse las acciones enumeradas más adelante). Las evaluaciones nacionales de las necesidades y capacidades de los diferentes asociados serán esenciales para esclarecer las funciones y acciones de los principales grupos de interesados directos.

Objetivo 1: reforzar un liderazgo y una gobernanza eficaces en el ámbito de la salud mental

28. La planificación, organización y financiación de los sistemas de salud es una tarea compleja que requiere la participación de múltiples partes interesadas y de diferentes niveles administrativos. Como protectores máximos de la salud mental de la población, los gobiernos son los principales responsables

de poner en marcha arreglos institucionales, jurídicos, financieros y de servicios apropiados para garantizar que se atienden todas las necesidades y se fomenta la salud mental de la totalidad de la población.

29. La gobernanza no trata únicamente del gobierno, sino que se extiende a sus relaciones con las organizaciones no gubernamentales y la sociedad civil. La existencia de una sociedad civil fuerte, y en particular de organizaciones de personas con trastornos mentales y discapacidades psicosociales y de familiares y cuidadores, puede ayudar a formular políticas y leyes y a crear servicios de salud mental más eficaces, con mayor rendición de cuentas y en consonancia con los instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos.

30. Entre los factores esenciales para formular políticas y planes eficaces en materia de salud mental se encuentran el liderazgo fuerte y el compromiso de los gobiernos; la implicación de las partes interesadas; la definición clara de áreas de acción; la formulación de acciones basadas en evidencias y fundamentadas desde el punto de vista financiero; la prestación de atención explícita a la equidad; el respeto a la dignidad y a los derechos humanos de las personas con trastornos mentales y discapacidades psicosociales, y la protección de los grupos vulnerables y marginados.

31. Las respuestas serán más sólidas y eficaces si las intervenciones de salud mental están firmemente integradas en las políticas y los planes nacionales de salud. Además, con frecuencia es necesario elaborar políticas y planes específicos de salud mental que ofrezcan orientaciones más detalladas.

32. La legislación sobre salud mental, tanto si se aborda en un documento legislativo independiente como si está integrada en otras leyes sobre salud y capacidad, debe codificar los principios, valores y objetivos fundamentales de la política de salud mental, por ejemplo estableciendo mecanismos legales y de supervisión para fomentar los derechos humanos y desarrollar en la comunidad servicios de salud y sociales accesibles.

33. Las políticas, planes y leyes sobre salud mental deben cumplir con las obligaciones dimanantes de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y de otras convenciones internacionales y regionales de derechos humanos.

34. La incorporación más explícita de las cuestiones de salud mental a otros programas y alianzas sanitarias prioritarias (por ejemplo, VIH/sida, salud de la mujer y el niño, enfermedades no transmisibles o Alianza Mundial en pro del Personal Sanitario), así como a las políticas y legislaciones de otros sectores pertinentes (por ejemplo, los que se ocupan de la educación, empleo, discapacidad, justicia, protección social y de los derechos humanos o reducción de la pobreza y desarrollo), es un medio importante para atender los requisitos multidimensionales de los sistemas de salud mental y debería permanecer en el núcleo de los esfuerzos de liderazgo de los gobiernos para mejorar los servicios terapéuticos, prevenir los trastornos mentales y fomentar la salud mental.

Meta mundial 1.1: el 80% de los países habrán elaborado o actualizado sus políticas/planes de salud mental en consonancia con los instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos (para el año 2020).

Meta mundial 1.2: el 50% de los países habrán elaborado o actualizado sus legislaciones sobre salud mental en consonancia con los instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos (para el año 2020).

Acciones propuestas para los Estados Miembros

35. *Política y legislación:* formular, reforzar, actualizar y aplicar políticas, estrategias, programas, leyes y reglamentos nacionales relacionados con la salud mental en todos los sectores pertinentes, con inclusión de códigos de prácticas y mecanismos para supervisar la protección de los derechos humanos y la aplicación de la legislación, en consonancia con las evidencias, las prácticas óptimas, la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y otros instrumentos internacionales y regionales sobre los derechos humanos.

36. *Planificación de los recursos:* planificar de acuerdo con las necesidades cuantificadas, y asignar en todos los sectores pertinentes un presupuesto proporcional a los recursos humanos y de otra índole necesarios para poner en práctica los planes y acciones de salud mental basados en evidencias que se hayan acordado.

37. *Colaboración con las partes interesadas:* motivar y lograr la participación de las partes interesadas de todos los sectores pertinentes, en particular de las personas con trastornos mentales, sus cuidadores y familiares, en la formulación y la aplicación de las políticas, leyes y servicios relacionados con la salud mental, utilizando para ello estructuras o mecanismos oficiales.

38. *Fortalecimiento y emancipación de las personas con trastornos mentales y discapacidades psicosociales, y sus organizaciones:* garantizar que las personas con trastornos mentales y discapacidades psicosociales tengan funciones y atribuciones oficiales para influir en el proceso de elaboración, planificación y aplicación de las políticas, leyes y servicios.

Acciones para la Secretaría

39. *Política y legislación:* compilar los conocimientos y las prácticas óptimas sobre la elaboración, aplicación multisectorial y evaluación de las políticas, planes y leyes relacionadas con la salud mental, con inclusión de códigos de prácticas y mecanismos para supervisar la protección de los derechos humanos y la aplicación de la legislación en consonancia con la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y otras convenciones internacionales y regionales sobre los derechos humanos, y crear la capacidad necesaria para ello.

40. *Planificación de los recursos:* ofrecer a los países apoyo técnico en materia de planificación multisectorial de los recursos, presupuestación y seguimiento de los gastos relacionados con la salud mental.

41. *Colaboración con las partes interesadas:* aportar las prácticas e instrumentos óptimos para fortalecer la colaboración y la interacción a nivel internacional, regional y nacional entre las partes interesadas en lo que se refiere a la formulación, aplicación y evaluación de las políticas, estrategias, programas y leyes de salud mental, con inclusión de los sectores social, de la salud y de la justicia, los grupos de la sociedad civil, las personas con trastornos mentales y discapacidades psicosociales, sus cuidadores y familiares, y las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas y los organismos de derechos humanos.

42. *Fortalecimiento y emancipación de las personas con trastornos mentales y discapacidades psicosociales, y sus organizaciones:* implicar a las organizaciones de personas con trastornos mentales y discapacidades psicosociales en la formulación de políticas a nivel internacional, regional y nacional dentro de las estructuras de la propia OMS, y ofrecer a esas organizaciones apoyo para que diseñen instrumentos técnicos para la creación de capacidades basados en los instrumentos internacionales y

regionales de derechos humanos y en los instrumentos de derechos humanos y de salud mental de la propia OMS.

Acciones propuestas para los asociados internacionales y nacionales

43. Incorporar las intervenciones de salud mental a las políticas, estrategias e intervenciones sanitarias y de desarrollo y reducción de la pobreza.

44. Considerar a las personas con trastornos mentales como un grupo vulnerable y marginado que requiere atención prioritaria y debe implicarse en las estrategias de desarrollo y reducción de la pobreza, por ejemplo en los programas de educación, empleo y subsistencia, así como en el programa de derechos humanos.

45. Incluir explícitamente la salud mental en las políticas, planes y programas de investigación generales y prioritarios, como los de enfermedades no transmisibles, VIH/sida o salud de la mujer, el niño y el adolescente, así como en los programas y alianzas horizontales, tales como la Alianza Mundial en pro del Personal Sanitario y otras alianzas internacionales y regionales.

46. Apoyar las posibilidades de intercambio entre los países acerca de las estrategias normativas, legislativas y de intervención eficaces, basadas en el marco internacional y regional de derechos humanos, para promover la salud mental, prevenir los trastornos mentales y fomentar la recuperación.

47. Apoyar la creación y el fortalecimiento de las asociaciones y organizaciones de personas con trastornos mentales y discapacidades psicosociales, así como de sus familiares y cuidadores, y su integración en la organizaciones ya existentes relacionadas con las discapacidades, y facilitar el diálogo entre ellas, los profesionales sanitarios y las autoridades públicas de los sectores social y de la salud, derechos humanos, discapacidad, educación, empleo y justicia.

Objetivo 2: proporcionar en el ámbito comunitario servicios de asistencia social y de salud mental completos, integrados y con capacidad de respuesta

48. En el contexto de la mejora del acceso a la atención y de la calidad de los servicios, la OMS recomienda el desarrollo de servicios integrales de salud mental y de asistencia social de base comunitaria; la integración de la asistencia y los tratamientos de salud mental en los hospitales generales y la atención primaria; la continuidad asistencial entre diferentes prestadores y niveles del sistema de salud; la colaboración eficaz entre los prestadores de atención formales e informales, y el fomento de la autoasistencia, por ejemplo mediante el uso de tecnologías sanitarias electrónicas y móviles.

49. El desarrollo de servicios de salud mental de buena calidad requiere protocolos y prácticas basadas en evidencias, que incluyan la intervención temprana, la incorporación de los principios de los derechos humanos, el respeto de la autonomía individual y la protección de la dignidad de las personas. Además, el personal sanitario no debe limitar su intervención a la mejora de la salud mental, sino que también debe atender las necesidades de los niños, adolescentes y adultos con trastornos mentales relacionadas con su salud física, y viceversa, teniendo en cuenta las elevadas tasas de comorbilidad de los problemas de salud mental y física, y los factores de riesgo asociados, como las altas tasas de consumo de tabaco, que se suelen pasar por alto.

50. La prestación de servicios comunitarios de salud mental ha de tener un enfoque basado en la recuperación que haga hincapié en el apoyo para lograr que las personas con trastornos mentales y discapacidades psicosociales alcancen sus propias aspiraciones y metas. Entre los requisitos básicos de esos servicios se encuentran los siguientes: escuchar y atender las opiniones de los afectados sobre

sus trastornos y lo que les ayuda a recuperarse; trabajar con ellos en pie de igualdad en lo que se refiere a su atención; ofrecer alternativas con respecto a los tratamientos y a los prestadores de la atención, y recurrir al trabajo y el apoyo de personas en situación similar, que se infunden mutuamente aliento y comparten un sentimiento de pertenencia, además de conocimientos técnicos. Además se necesita un planteamiento multisectorial en el que los servicios presten apoyo a las personas en las diferentes etapas del ciclo de vida y, según proceda, faciliten su acceso a derechos humanos básicos como el empleo (incluidos programas de retorno al trabajo), la vivienda o las oportunidades educativas, y su participación en las actividades de la comunidad, los programas y otras actividades significativas.

51. Es necesaria una participación y un apoyo más activos de los usuarios en la reorganización, la prestación y la evaluación y seguimiento de los servicios, de modo que el tratamiento y la atención respondan mejor a sus necesidades. Asimismo se necesita una mayor colaboración con los prestadores de atención de salud mental «informales», tales como los familiares o los líderes religiosos, sanadores espirituales y tradicionales, maestros, agentes de policía y organizaciones no gubernamentales locales.

52. Otro requisito esencial es que los servicios respondan a las necesidades de los grupos vulnerables y marginados de la sociedad, como las familias más desfavorecidas socioeconómicamente, los afectados por el VIH/sida, las mujeres y niños víctimas de la violencia doméstica, los supervivientes de actos violentos, los homosexuales, bisexuales y transexuales, los pueblos indígenas, los migrantes, los solicitantes de asilo, las personas privadas de libertad o los grupos minoritarios en el contexto nacional.

53. Al planificar la respuesta a las emergencias humanitarias y la recuperación es fundamental que se asegure una amplia disponibilidad de servicios de salud mental y de apoyos psicosociales comunitarios.

54. La exposición a sucesos vitales adversos o condiciones extremas de estrés, como desastres naturales, conflictos aislados, reiterados o continuos y disturbios o violencia familiar y doméstica continua, puede tener para la salud general y mental graves consecuencias que requieren un examen cuidadoso, especialmente con respecto a la caracterización diagnóstica (sobre todo para evitar el sobrediagnóstico y la medicalización excesiva) y al planteamiento del apoyo, la atención y la rehabilitación.

55. La disponibilidad del número adecuado de profesionales sanitarios competentes, dedicados y bien formados y su distribución equitativa son fundamentales para la expansión de los servicios de salud mental y la consecución de mejores resultados. La integración de la salud mental en los servicios y programas sociales y de salud generales y dedicados a enfermedades concretas (como los de salud de la mujer o VIH/sida) es una buena oportunidad para gestionar mejor los problemas de salud mental, fomentar la salud mental y prevenir los trastornos mentales. Por ejemplo, los profesionales sanitarios con formación en salud mental deben estar preparados para tratar los trastornos mentales en las personas que atienden y, además, para proporcionar información sobre el bienestar general y detectar afecciones conexas, como las enfermedades no transmisibles o el consumo de drogas. La integración de los servicios requiere no solo la adquisición de nuevos conocimientos y aptitudes para identificar, tratar y derivar a las personas con trastornos mentales según proceda, sino también una redefinición de las funciones del personal sanitario y cambios de la actual cultura de servicios y actitud de los profesionales sanitarios generales, los trabajadores sociales, los terapeutas ocupacionales y otros grupos de profesionales. Además, en este contexto, es necesario ampliar las funciones de los profesionales especializados en salud mental para que abarquen la supervisión y el apoyo a los profesionales sanitarios generales en la ejecución de intervenciones de salud mental.

Meta mundial 2: la cobertura de servicios para los trastornos mentales graves habrá aumentado en un 20% (para el año 2020).

Acciones propuestas para los Estados Miembros

56. *Reorganización de los servicios y ampliación de la cobertura:* en lugar de atender al paciente en hospitales psiquiátricos de estancia prolongada, privilegiar sistemáticamente la asistencia en centros de salud no especializados, con una cobertura creciente de intervenciones científicamente contrastadas (incluidos los principios de la atención escalonada cuando proceda) para dolencias prioritarias y recurriendo a una red de servicios comunitarios de salud mental interrelacionados, lo que incluye, además de breves ingresos hospitalarios, atención ambulatoria en hospitales generales, atención primaria, centros de salud mental integral, centros de atención diurna, apoyo a las personas con trastornos mentales que vivan con su familia y viviendas subvencionadas.

57. *Atención integrada y adaptable:* Integrar y coordinar una labor holística de prevención, promoción, rehabilitación, atención y apoyo que apunte a satisfacer las necesidades de atención de salud tanto mental como física y facilite la recuperación de personas de cualquier edad con trastornos mentales de la mano del conjunto de servicios generales de atención sanitaria y social (recuperación que comprende la promoción del derecho al empleo, la vivienda y la educación) con la aplicación de planes de tratamiento y recuperación centrados en el usuario del servicio y, cuando convenga, con las aportaciones de familiares y cuidadores.

58. *Salud mental en las emergencias humanitarias* (incluidos conflictos aislados, reiterados o continuos, violencia y desastres): trabajar con los comités nacionales de emergencia y los proveedores de atención de salud mental para incluir las necesidades de salud mental y apoyo psicosocial en la preparación para casos de emergencia y facilitar el acceso de las personas con trastornos mentales (ya sean preexistentes o causados por la emergencia) o problemas psicosociales a servicios seguros de apoyo, incluidos servicios que aborden los traumas psicológicos y fomenten la recuperación y la resiliencia, entre ellos los destinados al personal humanitario y de salud, durante y tras la emergencia, prestando la debida atención a la financiación a largo plazo que se requiere para construir o reconstruir un sistema de salud mental de ámbito comunitario después de una emergencia.

59. *Desarrollo de los recursos humanos:* reforzar los conocimientos y competencias del personal sanitario generalista o especializado para que pueda dispensar servicios de salud mental y atención social científicamente contrastados, culturalmente apropiados y regidos por los derechos humanos, en particular a niños y adolescentes, introduciendo la salud mental en los programas de estudios de pregrado y universitarios e impartiendo formación y ofreciendo tutorías a los agentes de salud sobre el terreno, especialmente en los centros de atención no especializada, para que estén en condiciones de reconocer a las personas con trastornos mentales y ofrecerles adecuado tratamiento y apoyo o derivarlas, cuando proceda, a otros niveles de atención.

60. *Corrección de las disparidades:* tomar medidas activas para identificar y prestar apoyo adecuado a los colectivos que presenten especial riesgo de enfermedad mental y tengan difícil acceso a los servicios.

Acciones para la Secretaría

61. *Reorganización de los servicios y ampliación de la cobertura:* prestar asesoramiento y proponer prácticas científicamente contrastadas para la desinstitutionalización y la reorganización de los servicios. Asimismo, brindar apoyo técnico para extender las labores de tratamiento, apoyo, prevención y promoción en la materia mediante servicios comunitarios de salud mental y protección social que tengan por objetivo la recuperación del paciente.

62. *Atención integrada y adaptable:* reunir y difundir datos científicos y prácticas óptimas para la integración y la coordinación multisectorial de una atención holística, poniendo el acento en la recuperación y en el apoyo que necesitan las personas con trastornos mentales, lo que supone, entre otras

cosas, instaurar métodos alternativos a las prácticas coactivas y definir estrategias para hacer participar a usuarios, familiares y cuidadores en la planificación de los servicios y las decisiones terapéuticas. Además, ofrecer ejemplos de mecanismos de financiación para facilitar la colaboración multisectorial.

63. *Salud mental en las emergencias humanitarias* (incluidos conflictos aislados, reiterados o continuos, violencia y desastres): proporcionar asesoramiento y pautas de carácter técnico acerca de políticas y actividades sobre el terreno vinculadas a la salud mental a cargo de entidades gubernamentales, no gubernamentales e intergubernamentales, incluida la construcción o reconstrucción, tras una emergencia, de un sistema de salud mental de ámbito comunitario que tenga en cuenta todo lo referente a las secuelas postraumáticas.

64. *Desarrollo de los recursos humanos*: ayudar a los países a formular una estrategia de recursos humanos para la salud mental en la cual, entre otras cosas, se determinen carencias y se especifiquen necesidades, requisitos de formación y competencias básicas por lo que respecta al personal de salud sobre el terreno, y se definan programas de estudios para la enseñanza de pregrado y universitaria.

65. *Corrección de las disparidades*: reunir y difundir datos científicos y prácticas óptimas para subsanar carencias en los servicios sociales y de salud mental dirigidos a los colectivos marginados.

Acciones propuestas para los asociados internacionales y nacionales

66. Destinar los fondos recibidos a la prestación directa de servicios para dispensar atención de salud mental desde el ámbito comunitario en lugar de asistencia institucional.

67. Contribuir a la formación del personal de salud para que aprenda a reconocer trastornos mentales. Además, proponer intervenciones científicamente contrastadas y culturalmente apropiadas para favorecer la recuperación de las personas con trastornos mentales.

68. Secundar iniciativas coordinadas para aplicar programas de salud mental en situaciones de emergencia humanitaria y después de ellas, lo que incluye la formación y capacitación del personal de atención sanitaria y social.

Objetivo 3: aplicar estrategias de promoción y prevención en materia de salud mental

69. Como parte de la labor de los países para elaborar y aplicar políticas y programas de salud, es primordial no solo atender las necesidades de las personas aquejadas de un determinado trastorno mental, sino también proteger y fomentar el bienestar mental de todos los ciudadanos. La salud mental evoluciona a lo largo de toda la vida. Por consiguiente, a los gobiernos incumbe la importante función de utilizar los datos sobre los factores de riesgo y de protección para emprender acciones destinadas a prevenir los trastornos mentales y a proteger y promover la salud mental en todas las etapas de la vida, de las cuales las primeras son especialmente propicias para perseguir estos objetivos, pues hasta un 50% de los trastornos mentales que afectan a adultos empiezan antes de los 14 años de edad. Los niños y adolescentes con trastornos mentales deben ser objeto de intervenciones tempranas científicamente contrastadas de carácter no farmacológico, ya sean psicosociales o de otra índole, dispensadas desde el ámbito comunitario, evitando la institucionalización y la medicalización. Esas intervenciones deben atender además a los derechos que amparan a los niños con arreglo a la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño y otros instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos.

70. La responsabilidad de promover la salud mental y prevenir los trastornos mentales se extiende a todos los sectores y todas las administraciones gubernamentales, puesto que los problemas de salud mental vienen muy influidos por toda una panoplia de determinantes sociales y económicos, por ejemplo el nivel de ingresos, la situación laboral, el nivel educativo, las condiciones materiales de vida, el

estado de salud física, la cohesión familiar, la discriminación, las violaciones de derechos humanos o la exposición a episodios vitales difíciles como la violencia sexual o el maltrato y abandono infantiles. Los niños y adolescentes expuestos a catástrofes naturales o a conflictos o disturbios civiles, sobre todo los que han participado en fuerzas o grupos armados, tienen enormes necesidades en materia de salud mental y requieren especial atención.

71. Las estrategias globales de promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales durante toda la vida pueden centrarse en lo siguiente: leyes contra la discriminación y campañas informativas que atajen la estigmatización y las violaciones de derechos humanos que con demasiada frecuencia acompañan a los trastornos mentales; fomento de los derechos, las oportunidades y la atención de las personas con trastornos mentales; cultivo de los principales recursos psicológicos del individuo en las etapas formativas de la vida (por ejemplo con programas para la primera infancia, de preparación para la vida activa y de educación sexual, o programas para favorecer una relación segura, estable y enriquecedora entre los niños y sus progenitores y cuidadores); intervención temprana mediante la detección precoz, prevención y tratamiento de los problemas afectivos o de conducta, sobre todo en la infancia y la adolescencia; instauración de condiciones saludables de vida y de trabajo (por ejemplo, introduciendo mejoras organizativas del trabajo o planes de tratamiento del estrés científicamente contrastados en los sectores público y privado); programas o redes comunitarias de protección que combatan el maltrato infantil y otras formas de violencia en el ámbito doméstico o comunitario; y protección social de las poblaciones pobres.¹

72. La prevención del suicidio es una de las prioridades importantes. Muchas personas que intentan poner fin a su vida proceden de colectivos vulnerables y marginados. Además, los jóvenes y las personas mayores están entre los grupos de edad más propensos a abrigar ideas de suicidio o autolesionarse. En general las tasas de suicidio están subestimadas, debido a las carencias de los sistemas de vigilancia y a la atribución errónea de ciertos suicidios a causas accidentales, así como a la criminalización del suicidio en algunos países. Sin embargo, en la mayoría de los países las tasas tienden a mantenerse estables o a aumentar, mientras que en otros se observa una tendencia a la baja a largo plazo. Puesto que además de los trastornos mentales hay otros muchos factores de riesgo asociados al suicidio, por ejemplo dolor crónico o trastorno emocional agudo, las medidas preventivas no deben proceder únicamente del sector de la salud, sino que otros sectores deben actuar también simultáneamente. Pueden ser eficaces medidas como la reducción del acceso a medios para autolesionarse o suicidarse (en particular armas de fuego, plaguicidas, y acceso a medicamentos tóxicos que se puedan tomar en sobredosis), una praxis informativa responsable por parte de los medios de comunicación, la protección de las personas con elevado riesgo de suicidio y el reconocimiento y tratamiento precoces de trastornos mentales y conductas suicidas.

Meta mundial 3.1: el 80% de los países tendrán en funcionamiento como mínimo dos programas multisectoriales nacionales de promoción y prevención en materia de salud mental (para el año 2020).

Meta mundial 3.2: se habrá reducido en un 10% la tasa de suicidios en los países (para el año 2020).

Acciones propuestas para los Estados Miembros

73. *Promoción de la salud mental y prevención de trastornos:* encabezar y coordinar una estrategia multisectorial que: combine intervenciones universales y otras selectivas para promover la salud mental, prevenir los trastornos mentales y reducir la estigmatización, la discriminación y las violaciones de

¹ Véase: *Risks to mental health: an overview of vulnerabilities and risk factors*. Documento de referencia elaborado por la Secretaría de la OMS con vistas a la elaboración de un plan de acción integral sobre salud mental.

derechos humanos; responda a las necesidades de grupos vulnerables específicos en todo el ciclo vital; y esté integrada en las estrategias nacionales de salud mental y de fomento de la salud.

74. *Prevención del suicidio:* elaborar y poner en práctica estrategias nacionales integrales de prevención del suicidio, prestando especial atención a los colectivos en que se haya detectado un mayor riesgo de suicidio, como los gays, lesbianas, bisexuales y transexuales, los jóvenes u otros grupos vulnerables de cualquier edad en función del contexto local.

Acciones para la Secretaría

75. *Promoción de la salud mental y prevención de trastornos:* prestar apoyo técnico a los países para la selección, formulación y aplicación de prácticas óptimas científicamente contrastadas y costoefectivas para promover la salud mental, prevenir trastornos mentales, reducir los niveles de estigmatización y discriminación y fomentar los derechos humanos en todas las etapas de la vida.

76. *Prevención del suicidio:* brindar apoyo técnico a los países para reforzar sus programas de prevención del suicidio, prestando especial atención a los colectivos en que se haya detectado un mayor riesgo de suicidio.

Acciones propuestas para los asociados internacionales y nacionales

77. Tratar de que todas las partes interesadas participen en las labores de sensibilización para generar conciencia de la magnitud de la carga de morbilidad asociada a los trastornos mentales y de la existencia de estrategias eficaces de intervención para promover la salud mental, prevenir los trastornos mentales, tratar y atender a los afectados y hacer posible su recuperación.

78. Defender el derecho de las personas con trastornos mentales o discapacidades psicosociales a recibir del gobierno una prestación de invalidez y a tener acceso a una vivienda y a programas para ganarse el sustento, y más en general a tomar parte en la vida laboral y comunitaria y en los asuntos ciudadanos.

79. Velar por que las personas con trastornos mentales o discapacidades psicosociales participen en las actividades de los colectivos de discapacitados en general, por ejemplo en la defensa de los derechos humanos y en los procesos de presentación de informes sobre la aplicación de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y otros tratados internacionales y regionales de derechos humanos.

80. Instituir medidas para combatir la estigmatización, la discriminación y otras violaciones de los derechos humanos que afecten a las personas con trastornos mentales o discapacidades psicosociales.

81. Asociarse a la elaboración y aplicación de todos los programas pertinentes de promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales.

Objetivo 4: reforzar los sistemas de información, los datos científicos y las investigaciones sobre salud mental

82. La información, los datos empíricos y la investigación son ingredientes básicos para un adecuado proceso de elaboración de políticas, planificación y evaluación en materia de salud mental. La obtención de nuevos conocimientos gracias a la investigación hace posible que toda política o medida repose en datos contrastados y en prácticas óptimas, y la existencia de datos pertinentes y actualizados o de dispositivos de vigilancia permite seguir de cerca las medidas aplicadas y determinar los servicios en cuya prestación hay margen de mejora. Pero actualmente la investigación discurre casi siempre en y bajo el control de países de altos ingresos, desequilibrio que es preciso corregir para que los países

de ingresos bajos o medianos se doten de estrategias costoefectivas y culturalmente apropiadas para atender sus necesidades y prioridades en materia de salud mental.

83. Aunque existen procesos periódicos de evaluación (como el proyecto Atlas de la OMS) que deparan una visión sintética de la situación en materia de salud mental, los sistemas de información periódica sobre el tema son rudimentarios o inexistentes en la mayoría de los países de ingresos bajos o medianos, con lo que resulta difícil aprehender las necesidades de las poblaciones locales y planificar en consecuencia.

84. Los datos e indicadores básicos que se necesitan para el sistema de salud mental se refieren a lo siguiente: magnitud del problema (prevalencia de los trastornos mentales y determinación de los principales factores de riesgo y de protección por lo que respecta a la salud y el bienestar mentales); alcance de las políticas, leyes, intervenciones y servicios (en particular, desfase entre el número de personas que sufren un trastorno mental y el de personas que reciben tratamiento y se benefician de un conjunto de servicios adecuados, como servicios sociales); datos sobre resultados sanitarios (incluidas las tasas de suicidio y de mortalidad prematura en el conjunto de la población, así como mejoras, a nivel individual o por grupos, relacionadas con síntomas clínicos, niveles de discapacidad, funcionamiento global y calidad de vida) y datos sobre resultados sociales y económicos (niveles relativos de estudios, vivienda, empleo e ingresos en las personas con trastornos mentales). Estos datos deben estar desglosados por sexo y edad y dar cuenta de las diversas necesidades de las subpoblaciones, definidas en función de criterios geográficos (por ejemplo, comunidades urbanas frente a rurales) y de la vulnerabilidad de determinados colectivos. Para reunir estos datos se recurrirá a encuestas periódicas concebidas especialmente al efecto, que vengan a complementar los datos obtenidos habitualmente con el sistema de información sanitaria. También hay interesantes posibilidades para aprovechar datos ya existentes, por ejemplo extrayendo información de los informes que gobiernos e instancias no gubernamentales o de otra índole dirigen a los órganos encargados de supervisar la aplicación de tratados como parte de los mecanismos de presentación periódica de informes.

Meta mundial 4: el 80% de los países calculará y notificará sistemáticamente cada dos años al menos un conjunto básico de indicadores de salud mental por medio de su sistema nacional de información sanitaria y social (para el año 2020).

Acciones propuestas para los Estados Miembros

85. *Sistemas de información:* integrar la salud mental en el sistema habitual de información sanitaria y determinar, recopilar, comunicar sistemáticamente y utilizar datos básicos sobre salud mental desglosados por sexo y edad (incluidos los datos sobre suicidios y tentativas de suicidio) con el fin de mejorar la prestación de servicios de salud mental y las estrategias de promoción y prevención en la materia y de facilitar información al Observatorio mundial de salud mental (como parte del Observatorio Mundial de la Salud de la OMS).

86. *Datos científicos e investigación:* mejorar la capacidad de investigación y la colaboración universitaria en torno a las prioridades nacionales de investigación sobre salud mental, en particular la investigación operativa que tenga un interés directo para la concepción e implantación de servicios y para el ejercicio de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales, lo que incluye la creación de centros de excelencia con criterios claros, teniendo en cuenta en esta labor las aportaciones de todos los interlocutores pertinentes, incluidas las personas con trastornos mentales o discapacidades psicosociales.

Acciones para la Secretaría

87. *Sistemas de información:* definir un conjunto básico de indicadores de salud mental y proporcionar orientaciones, formación y apoyo técnico sobre la concepción de sistemas de vigilancia/información destinados a obtener datos para los indicadores básicos de salud mental. Facilitar el

uso de esos datos para la vigilancia de los resultados sanitarios y las inequidades y acrecentar el volumen de información reunida por el Observatorio mundial de salud mental de la OMS (como parte del Observatorio Mundial de la Salud de la OMS) estableciendo datos de referencia para seguir de cerca la situación mundial en la materia (y así evaluar, entre otras cosas, la progresión hacia el logro de las metas fijadas en el presente plan de acción).

88. *Datos científicos e investigación:* recabar la participación de los interlocutores pertinentes, incluidas las personas con trastornos mentales y discapacidades psicosociales y las organizaciones que las agrupan, en la elaboración y promoción de un programa mundial de investigación sobre salud mental; propiciar redes mundiales de investigación conjunta y llevar a cabo investigaciones culturalmente validadas en relación con la carga de morbilidad y la evaluación de los progresos realizados en cuanto a promoción, prevención, tratamiento, recuperación, atención, políticas y servicios en materia de salud mental.

Acciones propuestas para los asociados internacionales y nacionales

89. Prestar apoyo a los Estados Miembros para instaurar sistemas de vigilancia/información que sirvan para: definir indicadores básicos sobre salud mental y sobre servicios sociales y de salud para las personas con trastornos mentales; posibilitar una evaluación de los cambios que se producen en el tiempo; y entender mejor los determinantes sociales de los problemas de salud mental.

90. Secundar las investigaciones encaminadas a resolver interrogantes en materia de salud mental, incluidos los que tienen que ver con la prestación de servicios de salud y sociales a personas con trastornos mentales y discapacidades psicosociales.

APÉNDICE 1

**INDICADORES PARA MEDIR LOS PROGRESOS HACIA LAS METAS
DEFINIDAS DEL PROYECTO DE PLAN DE ACCIÓN INTEGRAL
SOBRE SALUD MENTAL 2013-2020**

Los indicadores para evaluar los progresos hacia las metas mundiales del plan de acción integral sobre salud mental responden a una parte de las necesidades de información y notificación que los Estados Miembros deben satisfacer para poder vigilar adecuadamente sus políticas y programas de salud mental. Dado que las metas son de aplicación voluntaria y mundiales, no se prevé que cada Estado Miembro alcance necesariamente todas las metas específicas, pero sí puede contribuir en grado variable a su consecución conjunta. Como se indica en el objetivo 4 del plan, la Secretaría ofrecerá orientación, capacitación y apoyo técnico a los Estados Miembros que lo soliciten para desarrollar sistemas nacionales de información que les permitan obtener datos sobre los indicadores de insumos, actividades y resultados de los sistemas de salud mental. El objetivo es aprovechar los sistemas de información existentes en vez de crear sistemas nuevos o paralelos. Los puntos de partida de cada meta se establecerán pronto durante la fase de aplicación del plan de acción mundial

Objetivo 1: Reforzar un liderazgo y una gobernanza eficaces en el ámbito de la salud mental

Meta mundial 1.1	El 80% de los países habrán elaborado o actualizado sus políticas/planes de salud mental en consonancia con los instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos (para el año 2020).
Indicador	Existencia de una política o plan nacional de salud mental acorde con los instrumentos internacionales de derechos humanos <i>[sí/no]</i> .
Medios de verificación	Disponibilidad física de la política/plan y confirmación de que se ajusta a las normas internacionales y regionales en materia de derechos humanos.
Observaciones/supuestos	Muchas políticas y planes con más de 10 años de vida pueden no reflejar las novedades más recientes en materia de normas internacionales de derechos humanos y prácticas basadas en la evidencia. En los países con un sistema federado, el indicador se referirá a las políticas/planes de la mayoría de los estados/provincias del país. Las políticas o planes de salud mental pueden ser independientes o integrarse en otras políticas o planes de salud general o discapacidad.

Meta mundial 1.2	El 50% de los países habrán elaborado o actualizado sus legislaciones sobre salud mental en consonancia con los instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos (para el año 2020).
Indicador	Existencia de leyes nacionales sobre salud mental acordes con los instrumentos internacionales de derechos humanos <i>[sí/no]</i> .
Medios de verificación	Disponibilidad física de la legislación y confirmación de que se ajusta a las normas internacionales y regionales de derechos humanos.
Observaciones/supuestos	Las leyes con más de 10 años de vida pueden no reflejar las novedades más recientes en materia de normas internacionales de derechos humanos y prácticas basadas en la evidencia. En los países con un sistema federado, el indicador se referirá a la legislación de la mayoría de los estados/provincias del país. Las leyes en materia de salud mental pueden ser independientes o integrarse en otras leyes de salud general o discapacidad.

Objetivo 2: Proporcionar en el ámbito comunitario servicios de asistencia social y de salud mental completos, integrados y con capacidad de respuesta

<i>Meta mundial 2</i>	La cobertura de los servicios para los trastornos mentales graves habrán aumentado en un 20% (para el año 2020).
Indicador	Proporción de personas con trastornos mentales graves (psicosis, trastorno afectivo bipolar, depresión moderada a grave) que están utilizando los servicios [%].
Medios de verificación	<i>Numerador:</i> Casos de trastorno mental grave que están recibiendo servicios, derivado de los sistemas de información sistemáticos o, si no se dispone de ellos, de una encuesta inicial y de seguimiento de los centros sanitarios en una o más zonas geográficas definidas de un país. <i>Denominador:</i> Total de casos de trastorno mental grave en la población muestreada, derivado de las encuestas nacionales o, si no se dispone de ellas, de estimaciones subregionales generales de la prevalencia.
Observaciones/supuestos	Son necesarias estimaciones de la cobertura de los servicios para todos los trastornos mentales, pero aquí se limitan a los trastornos mentales graves para reducir el esfuerzo de medición. Los centros sanitarios van de los centros de atención primaria a los hospitales generales y especializados; pueden ofrecer atención y apoyo social, así como tratamiento psicosocial y/o farmacológico en régimen ambulatorio o de ingreso. A fin de reducir el esfuerzo de medición, y siempre que ello sea necesario, los países pueden limitar la encuesta únicamente a los hospitales y centros con estancias nocturnas, aunque ello conlleve una pérdida de exactitud debido a la omisión de los prestadores de atención primaria y de otros servicios. La encuesta inicial se emprenderá en 2014, y la de seguimiento se hará en 2020 (preferiblemente con una tercera encuesta intermedia en 2017). Al cuestionario de la encuesta se podrán añadir preguntas suplementarias para investigar también la buena disposición y la calidad de los servicios, si así se desea. La Secretaría puede ofrecer orientación y apoyo técnico a los Estados Miembros con respecto al diseño y la instrumentación de la encuesta.

Objetivo 3: Poner en práctica estrategias de promoción y prevención en el campo de la salud mental

<i>Meta mundial 3.1</i>	El 80% de los países tendrán en funcionamiento como mínimo dos programas multisectoriales nacionales de promoción y prevención en materia de salud mental (para el año 2020).
Indicador	Existencia de programas multisectoriales operativos de promoción y prevención en materia de salud mental [sí/no].
Medios de verificación	Inventario o descripción por proyectos de programas ya aplicados.
Observaciones/supuestos	Los programas pueden –y preferiblemente deben– abarcar tanto las estrategias de promoción o prevención de carácter universal y alcance poblacional (por ejemplo campañas contra la discriminación en los medios de comunicación) como las dirigidas a los grupos vulnerables identificados a nivel local (por ejemplo los niños expuestos a eventos vitales adversos).

<i>Meta mundial 3.2</i>	Se habrá reducido en un 10% la tasa de suicidios en los países (para el año 2020).
Indicador	Número anual de muertes por suicidio por 100 000 habitantes.
Medios de verificación	Registro anual sistemático de las defunciones por suicidio (año de referencia: 2012 o 2013).

Observaciones/supuestos	Las medidas eficaces para alcanzar esta meta requieren una acción conjunta de múltiples sectores ajenos al sector de la salud y la salud mental. La obtención de datos de vigilancia exactos es difícil, y la mayor precisión de la información sobre los suicidios, el envejecimiento de la población y otros posibles factores, pueden hacer que la cifra total de suicidios registrados no disminuya en algunos países; así y todo, la tasa de suicidios (en oposición al total de suicidios) es la mejor opción para reflejar la mejora de los esfuerzos de prevención.
-------------------------	---

Objetivo 4: Fortalecer los sistemas de información, los datos científicos y las investigaciones sobre la salud mental

Meta mundial 4	El 80% de los países calculará y notificará sistemáticamente cada dos años al menos un conjunto básico de indicadores de salud mental por medio de su sistema nacional de información sanitaria y social (para el año 2020).
Indicador	Conjunto básico de indicadores de salud mental acordados y reunidos de forma sistemática y notificados cada dos años. <i>[sí/no]</i> .
Medios de verificación	Presentación de informes y de un conjunto básico de indicadores de salud mental a la OMS cada dos años.
Observaciones/supuestos	Los indicadores básicos de salud mental abarcan los relacionados con las metas especificadas en este plan de acción y otros indicadores esenciales de acciones de los sistemas de salud y de asistencia social (por ejemplo en los niveles de formación y recursos humanos, disponibilidad de medicamentos psicotrópicos e ingresos hospitalarios). Los datos se deben desglosar por sexo y edad. Cuando sea necesario, las encuestas también se podrán utilizar para complementar los datos proporcionados por los sistemas de información sistemáticos. La Secretaría asesorará a los países sobre una serie de indicadores básicos que habrá que recopilar, en consulta con los Estados Miembros. Los datos serán reunidos, analizados y notificados por la OMS, a nivel mundial y por regiones (como parte del Observatorio mundial de la salud de la OMS).

APÉNDICE 2

OPCIONES PARA LA APLICACIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN INTEGRAL SOBRE SALUD MENTAL 2013-2020

Las acciones propuestas para los Estados Miembros en el presente documento muestran qué puede hacerse para alcanzar los objetivos del plan de acción, mientras que en este apéndice se exponen algunas opciones respecto a cómo podrían materializarse esas acciones teniendo en cuenta las diversas situaciones de los países, especialmente en lo relativo al nivel de desarrollo de la salud mental, los sistemas de salud y de asistencia social y la disponibilidad de recursos. Sin pretender ser exhaustivas ni prescriptivas, estas opciones proponen mecanismos ilustrativos o indicativos para emprender las acciones consideradas en los países.

Objetivo 1: Reforzar un liderazgo y una gobernanza eficaces en el ámbito de la salud mental

Acciones	Opciones para la aplicación
<p><i>Política y legislación:</i> formular, reforzar, actualizar y aplicar políticas, estrategias, programas, leyes y reglamentos nacionales relacionados con la salud mental en todos los sectores pertinentes, con inclusión de mecanismos de supervisión y códigos de prácticas como medios de protección, en consonancia con las evidencias, las prácticas óptimas, la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y otros instrumentos internacionales y regionales sobre los derechos humanos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Establecimiento de una unidad o un mecanismo de coordinación operativo de salud mental en el ministerio de salud, encargado de la planificación estratégica, la evaluación de las necesidades, la colaboración multisectorial y la evaluación de los servicios. • Sensibilización de los responsables de las políticas nacionales acerca de las cuestiones relacionadas con la salud mental y los derechos humanos, procediendo para ello a preparar reseñas de políticas y publicaciones científicas y a organizar cursos de liderazgo en salud mental. • Integración de la salud mental y los derechos de las personas con trastornos mentales y discapacidades psicosociales en todas las políticas y estrategias del sector de la salud y de otros sectores, incluidas las relacionadas con la reducción de la pobreza y el desarrollo. • Mejoramiento de la rendición de cuentas estableciendo mecanismos, a ser posible a través de órganos independientes ya existentes, para combatir y prevenir la tortura o el trato cruel, inhumano y degradante y otras formas de malos tratos y abusos; y hacer participar en esos mecanismos a los grupos interesados pertinentes, como por ejemplo abogados y personas con trastornos mentales y discapacidades psicosociales, en consonancia con lo dispuesto en los instrumentos internacionales y regionales sobre derechos humanos. • Derogación de la legislación que perpetúa la estigmatización, la discriminación y la violación de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales y discapacidades psicosociales. • Seguimiento y evaluación de la aplicación de las políticas y la legislación tendientes a garantizar el cumplimiento de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad e incorporación de esa información en el mecanismo de presentación de informes de dicha Convención.

Acciones	Opciones para la aplicación
<p><i>Planificación de los recursos:</i> planificar de acuerdo con las necesidades cuantificadas, o estimadas de forma sistemática, y asignar en todos los sectores pertinentes un presupuesto proporcional a los recursos humanos y de otra índole necesarios para poner en práctica los planes y acciones de salud mental basados en evidencias que se hayan acordado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Uso –y recopilación si procede– de datos sobre las necesidades epidemiológicas y de recursos a fin de fundamentar el desarrollo y la aplicación de planes, presupuestos y programas de salud mental. • Establecimiento de mecanismos para el seguimiento de los gastos en salud mental en el sector de la salud y otros sectores pertinentes, como los de la educación, el empleo, la justicia penal y los servicios sociales. • Determinación de los fondos disponibles en la fase de planificación de actividades específicas culturalmente idóneas y costoeficaces a fin de garantizar su aplicación. • Colaboración con otros interesados directos para <i>promover</i> eficazmente una mayor asignación de recursos a la salud mental.
<p><i>Colaboración con las partes interesadas:</i> lograr la participación de las partes interesadas de todos los sectores pertinentes, en particular de las personas con trastornos mentales, sus cuidadores y familiares, en la formulación y la aplicación de las políticas, leyes y servicios relacionados con la salud mental, utilizando para ello estructuras o mecanismos oficiales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Convocatoria, participación y logro del consenso de todos los sectores y partes interesadas pertinentes en la planificación y desarrollo de políticas, leyes y servicios relacionados con la salud, incluido el intercambio de conocimientos sobre los mecanismos más eficaces de mejora de una política y atención coordinadas entre los sectores estructurado y no estructurado. • Desarrollo de la capacidad local y sensibilización de los interesados directos pertinentes respecto a la salud mental, la legislación y los derechos humanos, incluidas sus responsabilidades en relación con la aplicación de políticas, leyes y reglamentos.
<p><i>Fortalecimiento y emancipación de las personas con trastornos mentales y discapacidades psicosociales, y de sus organizaciones:</i> garantizar que las personas con trastornos mentales y discapacidades psicosociales tengan funciones y atribuciones oficiales para influir en el proceso de elaboración, planificación y aplicación de las políticas, leyes y servicios.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Suministro de apoyo logístico, técnico y financiero para fortalecer la capacidad de las organizaciones que representan a las personas con trastornos mentales y discapacidades psicosociales. • Apoyo a la creación de organizaciones independientes nacionales y locales de personas con trastornos mentales y discapacidades psicosociales y a su participación activa en la formulación y aplicación de políticas, leyes y servicios de salud mental. • Fomento de la participación de las personas con trastornos mentales y discapacidades psicosociales en la inspección y seguimiento de los servicios de salud mental. • Inclusión de las personas con trastornos mentales y discapacidades psicosociales en las actividades de formación de los profesionales sanitarios dedicados a la atención de salud mental.

Objetivo 2: Proporcionar en el ámbito comunitario servicios de asistencia social y de salud mental completos, integrados y con capacidad de respuesta

Acciones	Opciones para la aplicación
<p><i>Reorganización de los servicios y ampliación de la cobertura:</i> en lugar de atender al paciente en hospitales psiquiátricos de estancia prolongada, privilegiar sistemáticamente la asistencia en centros de salud no especializados, con una cobertura creciente de intervenciones científicamente contrastadas (incluido el empleo de los principios de la</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Formulación de un plan escalonado y presupuestado de cierre de las instituciones psiquiátricas para estancias prolongadas y sustitución de las mismas por sistemas de apoyo a los pacientes para que vivan en la comunidad con su familia. • Prestación de servicios de salud mental ambulatorios y a través de una unidad para personas ingresadas con trastornos mentales en todos los hospitales generales. • Creación de servicios comunitarios de salud mental, incluidos

Acciones	Opciones para la aplicación
<p>atención escalonada, según proceda) para dolencias prioritarias y recurriendo a una red de servicios comunitarios de salud mental interrelacionados, lo que incluye, además de breves ingresos hospitalarios, atención ambulatoria en hospitales generales, atención primaria, centros integrales de salud mental, centros de atención diurna, apoyo a las personas con trastornos mentales que vivan con su familia y viviendas subvencionadas.</p>	<p>servicios de extensión, atención y apoyo domiciliarios, atención de emergencia, rehabilitación basada en la comunidad y viviendas subvencionadas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Establecimiento de equipos interdisciplinarios comunitarios de salud mental para apoyar a las personas con trastornos mentales y a sus familias/cuidadores en la comunidad. • Integración de la salud mental en programas para enfermedades específicas, como la infección por VIH/sida, y en los programas de salud materna, sexual y reproductiva. • Fomento del recurso a los usuarios de los servicios y a sus familiares y cuidadores con experiencia práctica como mecanismo de ayuda mutua. • Apoyo al establecimiento de servicios comunitarios de salud mental dirigidos por organizaciones no gubernamentales, organizaciones confesionales y otros grupos comunitarios, incluidos grupos de autoayuda y de apoyo familiar. • Desarrollo y aplicación de instrumentos y estrategias de autoayuda y atención a las personas con trastornos mentales, incluido el uso de tecnologías electrónicas y basadas en móviles. • Inclusión de servicios de salud mental y medicamentos básicos para los trastornos mentales en los sistemas de seguro médico y protección financiera de los grupos socioeconómicamente desfavorecidos.
<p><i>Atención integrada y adaptable:</i> integrar y coordinar una labor holística de prevención, promoción, rehabilitación, atención y apoyo que apunte a satisfacer las necesidades de atención de salud tanto mental como física y facilite la recuperación de personas de cualquier edad con trastornos mentales de la mano del conjunto de servicios generales de atención sanitaria y social (recuperación que comprende el fomento del derecho al empleo, la vivienda y la educación) con la aplicación de planes de tratamiento y recuperación centrados en el usuario del servicio y, cuando convenga, con las aportaciones de familiares y cuidadores.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilización de los profesionales sanitarios para que vinculen a las personas con los servicios y recursos disponibles en otros sectores como aspecto rutinario de la asistencia (por ejemplo, medios de subsistencia, educación y empleo). • Promoción junto con otros sectores (por ejemplo los de vivienda, educación, empleo y bienestar social) de la inclusión de las personas con discapacidad psicosocial en sus servicios y programas. • Fomento de una atención y apoyo orientados a la recuperación a través de oportunidades de sensibilización y capacitación para los proveedores de salud y servicios sociales. • Suministro de información a las personas con trastornos mentales, sus familias y cuidadores sobre las causas y consecuencias de los trastornos, las opciones de tratamiento y recuperación, así como sobre los comportamientos saludables relacionados con el modo de vida, con el fin de mejorar la salud y el bienestar generales. • Fomento del empoderamiento y la participación de las personas con trastornos mentales y sus familiares y cuidadores en la atención de salud mental. • Adquisición y disponibilidad de los medicamentos básicos para trastornos mentales incluidos en la Lista de Medicamentos Esenciales en todos los niveles del sistema de salud, velando por que se usen racionalmente y autorizando a los profesionales sanitarios no especialistas pero con una formación adecuada a prescribir medicamentos.

Acciones	Opciones para la aplicación
	<ul style="list-style-type: none"> • Consideración del bienestar mental de los niños con padres con enfermedades graves (en particular con trastornos mentales) que soliciten tratamiento en los servicios de salud. • Para los niños y adultos que hayan sufrido eventos vitales adversos, en particular por violencia doméstica o por disturbios civiles o conflictos, implementación de servicios y programas que aborden los daños psicológicos y que promuevan la recuperación y la resiliencia, procurando que quienes soliciten apoyo no vuelvan a sufrir traumas. • Puesta en práctica de intervenciones para gestionar las crisis familiares y proporcionar atención y apoyo a las familias y los cuidadores en la atención primaria y servicios de otros niveles. • Aplicación de las normas <i>QualityRights</i> de la OMS para evaluar y mejorar la calidad de la atención y del respeto de los derechos humanos en los servicios de salud y asistencia social para pacientes hospitalizados y ambulatorios.
<p><i>Salud mental en las emergencias humanitarias (conflictos aislados, reiterados o continuos, situaciones de violencia y catástrofes):</i> trabajar con los comités nacionales de emergencia para incluir las necesidades de salud mental y apoyo psicosocial en la preparación para casos de emergencia y facilitar el acceso de las personas con trastornos mentales o problemas psicosociales (ya sean preexistentes o causados por la emergencia) a servicios seguros de apoyo, entre ellos los enfocados a la resolución de los traumas psicológicos y al fomento de la recuperación y la resiliencia, y los destinados al personal humanitario y de salud, durante y tras la emergencia, prestando la debida atención a la financiación a largo plazo que se requiere para construir o reconstruir un sistema de salud mental de ámbito comunitario después de una emergencia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Colaboración con los comités nacionales de emergencias en las iniciativas de preparación para emergencias conforme a lo descrito en la norma mínima del proyecto Sphere sobre salud mental y las Directrices sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Situaciones de Emergencia del Comité Permanente entre Organismos. • Preparación para emergencias orientando a los trabajadores sanitarios y comunitarios acerca de los primeros auxilios psicológicos y proporcionándoles información básica sobre salud mental. • Durante las emergencias, coordinación con los asociados en la aplicación de las normas mínimas del proyecto Sphere sobre salud mental y de las directrices arriba mencionadas. • Después de emergencias graves, desarrollo o restablecimiento de sistemas de salud mental comunitarios para afrontar el incremento de trastornos mentales a largo plazo que se produce en las poblaciones afectadas por la emergencia.
<p><i>Desarrollo de los recursos humanos:</i> reforzar los conocimientos y competencias del personal sanitario generalista o especializado para que pueda dispensar servicios de salud mental y atención social científicamente contrastados, culturalmente apropiados y regidos por los derechos humanos, en particular a niños y adolescentes, introduciendo la salud mental en los programas de estudios de pregrado y universitarios e impartiendo formación y ofreciendo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo y aplicación de una estrategia de creación y fidelización de recursos humanos para dispensar servicios de salud mental y asistencia social en establecimientos de salud no especializados, como centros de atención primaria y hospitales generales. • Uso de la <i>guía mhGAP de la OMS de intervenciones para trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en entornos no especializados</i> (2010), así como de material de capacitación y supervisión conexo, para formar al personal sanitario en la detección de trastornos y la puesta en práctica de intervenciones basadas en la evidencia para la atención ampliada prioritaria. • Colaboración con universidades, facultades y otras instituciones docentes pertinentes para definir un componente de salud mental e

Acciones	Opciones para la aplicación
<p>tutorías a los agentes de salud sobre el terreno, especialmente en los centros de atención no especializada, para que estén en condiciones de reconocer a las personas con trastornos mentales y ofrecerles adecuado tratamiento y apoyo o derivarlas, cuando proceda, a otros niveles de atención.</p>	<p>incorporarlo en los programas de estudios universitarios y de posgrado.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Implementación de un contexto de servicios propicio para la formación del personal sanitario, incluidas definiciones claras de las tareas, estructuras de derivación, y funciones de supervisión y tutoría. • Mejoramiento de la capacidad de los trabajadores sanitarios y sociales en todas sus áreas de trabajo (por ejemplo en el ámbito médico y en relación con los derechos humanos y la salud pública), incluidos métodos de ciberaprendizaje cuando proceda. • Mejora de las condiciones de trabajo, la remuneración económica y las oportunidades de desarrollo profesional para los profesionales y trabajadores de la salud mental, a fin de atraer y fidelizar a personal de salud mental.
<p><i>Corrección de las disparidades:</i> tomar medidas activas para identificar y prestar apoyo adecuado a los colectivos que presenten especial riesgo de enfermedad mental y tengan difícil acceso a los servicios.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identificación y evaluación de las necesidades de los diferentes grupos sociodemográficos en la comunidad, así como de los grupos vulnerables que no usen los servicios (como las personas sin hogar, niños, ancianos, presos, migrantes y minorías étnicas, y personas afectadas por situaciones de emergencia). • Evaluación de las barreras que deben superar los grupos «en riesgo» y vulnerables para acceder a tratamiento, atención y apoyo. • Desarrollo de una estrategia proactiva para llegar a esos grupos y ofrecerles servicios que satisfagan sus necesidades. • Suministro de información y capacitación a los trabajadores sanitarios y sociales para ayudarles a comprender mejor las necesidades de los grupos «en riesgo» y vulnerables.

Objetivo 3: Poner en práctica estrategias de promoción y prevención en el campo de la salud mental

Acciones	Opciones para la aplicación
<p><i>Promoción de la salud mental y prevención de trastornos:</i> encabezar y coordinar una estrategia multisectorial que: combine intervenciones universales y otras selectivas para promover la salud mental, prevenir los trastornos mentales y reducir la estigmatización, la discriminación y las violaciones de derechos humanos; responda a las necesidades de grupos vulnerables específicos en todo el ciclo vital; y esté integrada en las estrategias nacionales de salud mental y de fomento de la salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fomento de los conocimientos del público en materia de salud mental, por ejemplo mediante actividades de sensibilización a través de los medios de comunicación y campañas orientadas a reducir la estigmatización y la discriminación y promover los derechos humanos. • Inclusión de la salud emocional y mental como parte de la atención prenatal y posnatal domiciliaria y en centros de salud para las nuevas madres y sus recién nacidos, incluidas aptitudes para la crianza. • Implementación de programas para la primera infancia que se ocupen del desarrollo cognitivo, motor, sensorial y psicosocial de los niños, y que fomenten unas relaciones sanas entre padres e hijos. • Reducción de la exposición al uso nocivo del alcohol (aplicando las medidas previstas en la estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol). • Implementación de intervenciones breves contra el consumo de sustancias peligrosas y nocivas. • Implementación de programas de prevención y control de la violencia doméstica, que aborden en particular la violencia relacionada con el consumo de alcohol.

Acciones	Opciones para la aplicación
	<ul style="list-style-type: none"> • Provisión, para los niños y adultos que hayan sufrido eventos vitales adversos, de servicios y programas que aborden sus traumas, promuevan la recuperación y la resiliencia, y eviten que quienes soliciten apoyo vuelvan a verse traumatizados. • Protección de los niños contra el maltrato mediante la puesta en marcha o el fortalecimiento de redes y sistemas comunitarios de protección de la infancia. • Respuesta a las necesidades de los niños con padres afectados por trastornos mentales crónicos en el contexto de programas de promoción y prevención. • Desarrollo de actividades escolares de promoción y prevención, incluidos programas de preparación para la vida; programas para contrarrestar la intimidación y la violencia; medidas de sensibilización sobre los beneficios de un modo de vida sano y los riesgos del consumo de sustancias; y detección e intervención tempranas para los niños y adolescentes con problemas emocionales o del comportamiento. • Fomentar los programas de participación laboral y de retorno al trabajo de los afectados por trastornos mentales y psicosociales. • Fomento de unas condiciones de trabajo seguras y propicias, prestando atención a las mejoras organizativas del entorno laboral, la capacitación de los directivos en materia de salud mental, la organización de cursos de gestión del estrés y los programas de bienestar laboral, y la lucha contra la estigmatización y la discriminación. • Potenciación de los grupos de autoayuda, el apoyo social, las redes comunitarias y las oportunidades de participación comunitaria para las personas con trastornos mentales y discapacidades psicosociales y otros grupos vulnerables. • Fomento de las prácticas tradicionales basadas en la evidencia para la promoción y prevención en materia de salud mental (por ejemplo el yoga y la meditación). • Potenciación del uso de las redes sociales en las estrategias de promoción y prevención. • Aplicación de estrategias de prevención y control de enfermedades tropicales desatendidas (por ejemplo teniasis y cisticercosis) a fin de prevenir la epilepsia y otros problemas neurológicos y de salud mental. • Formulación de políticas y medidas de protección de las poblaciones vulnerables durante las crisis financieras y económicas.

Acciones	Opciones para la aplicación
<p><i>Prevención del suicidio:</i> elaborar y aplicar estrategias nacionales integrales de prevención del suicidio, prestando especial atención a los colectivos en que se haya detectado un mayor riesgo de suicidio, como los gays, lesbianas, bisexuales y transexuales, los jóvenes u otros grupos vulnerables de cualquier edad en función del contexto local.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilización pública, política y mediática sobre la magnitud del problema y sobre la disponibilidad de estrategias de prevención eficaces. • Restricción del acceso a medios de autolesión y suicidio (como armas de fuego y plaguicidas). • Promoción de una información responsable por parte de los medios en relación con los casos de suicidio. • Promoción de iniciativas de prevención del suicidio en el lugar de trabajo. • Mejora de las respuestas del sistema de salud a las autolesiones y los suicidios. • Evaluación y manejo de los casos de autolesión/suicidio y de los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias asociados (conforme se indica en la <i>guía de intervención mhGAP</i>). • Optimización del apoyo psicosocial con los recursos comunitarios disponibles, tanto para quienes hayan intentado suicidarse como para las familias de quienes se hayan suicidado.

Objetivo 4: Fortalecer los sistemas de información, los datos científicos y las investigaciones sobre la salud mental

Acciones	Opciones para la aplicación
<p><i>Sistemas de información:</i> integrar la salud mental en el sistema habitual de información sanitaria y determinar, recopilar, comunicar sistemáticamente y utilizar datos básicos sobre salud mental desglosados por sexo y edad (incluidos los datos sobre suicidios y tentativas de suicidio) con el fin de mejorar la prestación de servicios de salud mental y las estrategias de promoción y prevención en la materia y de facilitar información al observatorio mundial de salud mental (como parte del Observatorio mundial de la salud de la OMS).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Establecimiento de un sistema de vigilancia activa de la salud mental y seguimiento del suicidio, procurando desglosar los registros por centro, sexo, edad y otras variables pertinentes. • Incorporación de las necesidades y los indicadores de información sobre salud mental, incluidos factores de riesgo y discapacidades, en las encuestas de población y los sistemas de información sanitaria nacionales. • Recopilación de datos detallados de servicios secundarios y terciarios además de los datos habituales reunidos a través del sistema nacional de información sanitaria. • Inclusión de indicadores de salud mental en los sistemas de información de otros sectores.
<p><i>Datos científicos e investigación:</i> mejorar la capacidad de investigación y la colaboración universitaria en torno a las prioridades nacionales de investigación sobre salud mental, en particular la investigación operativa que tenga un interés directo para la concepción e implantación de servicios y para el ejercicio de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales, lo que incluye la creación de centros de excelencia con criterios claros, teniendo en cuenta en esta labor las aportaciones de todos los interlocutores pertinentes, incluidas las</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración de una agenda nacional prioritaria de investigaciones en materia de salud mental, basada en consultas con todas las partes interesadas. • Mejora de la capacidad de investigación para evaluar las necesidades y evaluar los servicios y programas. • Fomento de una mayor cooperación entre universidades, institutos y servicios de salud en el terreno de las investigaciones en salud mental. • Realización de investigaciones, en diferentes contextos culturales, sobre la manera de entender y expresar la angustia psicológica, las prácticas nocivas (por ejemplo violaciones de los derechos humanos y discriminación) o protectoras (por ejemplo apoyo social y costumbres tradicionales), y la eficacia de las intervenciones de tratamiento y recuperación, prevención y promoción.

personas con trastornos mentales o discapacidades psicosociales.	<ul style="list-style-type: none">• Desarrollo de métodos de caracterización de las disparidades en salud mental entre subpoblaciones de los países, incluidos factores tales como la raza/origen étnico, el sexo, el nivel socioeconómico y el ámbito geográfico (urbano o rural).• Fortalecimiento de la colaboración entre centros de investigación nacionales, regionales e internacionales para el intercambio interdisciplinario de investigaciones y recursos entre los países.• Promoción de criterios éticos rigurosos en las investigaciones de salud mental, de modo que: las investigaciones se lleven a cabo únicamente con el consentimiento libre e informado de la persona interesada; los investigadores no reciban ningún tipo de privilegio, recompensa o remuneración por alentar o reclutar a personas para que participen en las investigaciones; la investigación no se lleve a cabo si es potencialmente nociva o peligrosa; y toda investigación sea aprobada por un comité de ética independiente que opere de acuerdo con normas y criterios nacionales e internacionales.
--	---

ANEXO 4

Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020¹

[A66/8, A66/9 y Corr.1 – 15 de marzo, 6 de mayo y 16 de mayo de 2013²]

Panorama general

Visión: Un mundo libre de la carga evitable de enfermedades no transmisibles.
Objetivo: Reducir la carga prevenible y evitable de morbilidad, mortalidad y discapacidad debidas a las enfermedades no transmisibles mediante la colaboración y la cooperación multisectoriales en el ámbito nacional, regional y mundial, de modo que las poblaciones alcancen el grado más alto posible de salud y productividad a todas las edades y esas enfermedades dejen de suponer un obstáculo para el desarrollo socioeconómico.
Principios generales: <ul style="list-style-type: none">• Consideración de todo el ciclo de vida• Empoderamiento de las personas y las comunidades• Estrategias basadas en evidencias• Cobertura sanitaria universal• Gestión de los conflictos de intereses reales, percibidos o potenciales• Derechos humanos• Equidad• Acción nacional y cooperación y solidaridad internacionales• Acción multisectorial
Objetivos
<ol style="list-style-type: none">1. Otorgar más prioridad a la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las agendas mundial, regional y nacional y en los objetivos de desarrollo acordados internacionalmente, mediante el fortalecimiento de la promoción y la cooperación internacional.2. Reforzar la capacidad, el liderazgo, la gobernanza, la acción multisectorial y las alianzas para acelerar la respuesta de los países en materia de prevención y control de enfermedades no transmisibles.3. Reducir la exposición a factores de riesgo modificables de las enfermedades no transmisibles y los determinantes sociales subyacentes mediante la creación de entornos que fomenten la salud.4. Fortalecer y reorientar los sistemas de salud para abordar la prevención y control de las enfermedades transmisibles y los determinantes sociales subyacentes mediante una atención primaria centrada en las personas y la cobertura universal.5. Fomentar y apoyar la capacidad nacional de investigación y desarrollo de calidad en relación con la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles.6. Vigilar la evolución y los determinantes de las enfermedades no transmisibles y evaluar los progresos hacia su prevención y control.

¹ Véase la resolución WHA66.10.

² Véase también la evolución de este texto en las actas resumidas de la Comisión A de la 66.^a Asamblea Mundial de la Salud en sus sesiones primera, undécima y duodécima, documento WHA66/2013/REC/3.

Metas mundiales de aplicación voluntaria
<p>1) Reducción relativa de la mortalidad general por enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes o enfermedades respiratorias crónicas en un 25%.</p> <p>2) Reducción relativa del uso nocivo del alcohol en al menos un 10%, según proceda, en el contexto nacional.</p> <p>3) Reducción relativa de la prevalencia de actividad física insuficiente en un 10%.</p> <p>4) Reducción relativa de la ingesta poblacional media, de sal o sodio en un 30%.</p> <p>5) Reducción relativa de la prevalencia del consumo actual de tabaco en un 30% en las personas de 15 años o más.</p> <p>6) Reducción relativa de la prevalencia de hipertensión en un 25%, o contención de la prevalencia de hipertensión, en función de las circunstancias del país.</p> <p>7) Detención del aumento de la diabetes y la obesidad.</p> <p>8) Tratamiento farmacológico y asesoramiento (incluido el control de la glucemia) de al menos un 50% de las personas que lo necesitan para prevenir ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares.</p> <p>9) 80% de disponibilidad de tecnologías básicas y medicamentos esenciales asequibles, incluidos los genéricos, necesarios para tratar las principales enfermedades no transmisibles, en centros tanto públicos como privados.</p>

Antecedentes

1. La carga mundial de enfermedades no transmisibles y la amenaza que suponen constituye un importante problema de salud pública que socava el desarrollo social y económico en todo el mundo. Entre otras cosas, esas enfermedades acentúan las desigualdades entre los países y entre las poblaciones, por lo que son necesarios un fuerte liderazgo y medidas urgentes a nivel mundial, regional y nacional para mitigarlas.

2. Se calcula que unos 36 millones de defunciones, esto es, el 63% de los 57 millones de muertes registradas en el mundo en 2008, se debieron a enfermedades no transmisibles, principalmente enfermedades cardiovasculares (48% de las enfermedades no transmisibles), cánceres (21%), enfermedades respiratorias crónicas (12%) y diabetes (3,5%).^{1, 2} Estas importantes enfermedades no transmisibles comparten cuatro factores de riesgo conductuales: consumo de tabaco, dieta malsana, inactividad física y uso nocivo del alcohol. En 2008, el 80% de todas las defunciones (29 millones) por enfermedades no transmisibles se produjeron en países de ingresos bajos y medianos, y en estos últimos países la proporción de muertes prematuras (antes de los 70 años) es mayor (48%) que en los países de ingresos altos (26%). Aunque la morbilidad y la mortalidad generadas por las enfermedades no transmisibles se manifiestan fundamentalmente en la edad adulta, la exposición a los factores de riesgo empieza en etapas más tempranas de la vida. Los niños pueden morir de enfermedades no transmisibles tratables, tales como la cardiopatía reumática, la diabetes de tipo 1, el asma o la leucemia, si no se les proporcionan intervenciones de promoción de la salud, medidas preventivas y atención integral. Según las previsiones de la OMS, si todo sigue igual, la cifra anual de muertes por enfermedades no transmisibles aumentará a 55 millones en 2030. Los conocimientos científicos demuestran que la carga de enfermedades no transmisibles se puede reducir considerablemente si se aplican de forma efectiva y equilibrada las medidas e intervenciones preventivas y curativas costoeficaces ya existentes para prevenir y combatir las enfermedades no transmisibles.

¹ *Causes of death 2008: data sources and methods*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011.

² *Global Status Report on noncommunicable diseases 2010*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2010.

Objetivo

3. De conformidad con lo solicitado por la Asamblea Mundial de la Salud en su resolución WHA64.11, la Secretaría ha elaborado un plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles para el periodo 2013-2020, que se basa en los avances ya logrados con la aplicación del plan de acción 2008-2013. El objetivo es poner en práctica los compromisos de la Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles.¹

Proceso

4. En el proceso mundial y regional de consultas para la elaboración del plan de acción participaron los Estados Miembros de la OMS, organismos, fondos y programas pertinentes del sistema de las Naciones Unidas, instituciones financieras internacionales, bancos de desarrollo y otras organizaciones internacionales clave, profesionales de la salud, instituciones académicas, la sociedad civil y el sector privado; el proceso consistió en reuniones regionales organizadas por las seis Oficinas Regionales de la OMS, cuatro consultas a través de internet (en las que se recibieron 325 comunicaciones escritas), tres consultas oficiosas con los Estados Miembros y dos diálogos oficiosos con las organizaciones no gubernamentales pertinentes y algunas entidades del sector privado.

Alcance

5. El plan de acción proporciona una hoja de ruta y un menú de opciones de política a todos los Estados Miembros y otros interesados, a fin de que adopten medidas coordinadas y coherentes, a todos los niveles, desde el local al mundial, para alcanzar las nueve metas mundiales de aplicación voluntaria, en particular la de la reducción relativa del 25% de la mortalidad total por enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes o enfermedades respiratorias crónicas para 2025.

6. Este plan de acción se centra en cuatro categorías de enfermedades no transmisibles –las cardiovasculares, el cáncer, las respiratorias crónicas y la diabetes– que son las principales responsables de la morbilidad y la mortalidad por enfermedades no transmisibles, y en cuatro factores de riesgo conductuales comunes –consumo de tabaco, dieta malsana, inactividad física y uso nocivo del alcohol. En él se reconoce que las condiciones de vida y de trabajo de las personas y sus modos de vida influyen en su salud y calidad de vida. Hay muchas otras enfermedades de importancia para la salud pública que están estrechamente relacionadas con los cuatro tipos principales de enfermedades no transmisibles. Cabe citar, en particular: *i*) otras enfermedades no transmisibles (renales, endocrinas, neurológicas, hematológicas, digestivas, hepáticas, osteomusculares, cutáneas y bucodentales, y trastornos genéticos), *ii*) los trastornos mentales, *iii*) las discapacidades, en particular la ceguera y la sordera, y *iv*) los efectos de la violencia y los traumatismos (apéndice 1). Las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo también tienen vínculos estratégicos con los sistemas de salud y la cobertura sanitaria mundial; los determinantes ambientales, ocupacionales y sociales de la salud; las enfermedades transmisibles; la salud maternoinfantil y de los adolescentes; la salud reproductiva, y el envejecimiento. Pese a la existencia de estrechos vínculos, sería complicado abordar todos estos aspectos con el mismo grado de detalle en un solo plan de acción. Por otra parte, algunas de las citadas dolencias son ya objeto de otras estrategias y planes de acción de la OMS y resoluciones de la Asamblea de la Salud. En el apéndice 1 se esbozan las posibles sinergias y vínculos entre las principales enfermedades no transmisibles y se enumeran algunas de las afecciones interrelacionadas, con el fin de destacar las oportunidades de colaboración y maximizar eficiencias en beneficio mutuo. Esta forma de relacionar el plan

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

de acción también refleja la adaptación de la OMS a su programa de reforma en lo que se refiere a la puesta en práctica de una forma de trabajar más coherente e integrada.

7. A partir de los conocimientos científicos actuales, los datos probatorios disponibles y el análisis de la experiencia en materia de prevención y control de las enfermedades no transmisibles, el plan de acción propone un menú de opciones de política a los Estados Miembros, los asociados internacionales y la Secretaría, en relación con seis objetivos interrelacionados que se refuerzan mutuamente en las siguientes esferas: *i*) cooperación internacional y promoción; *ii*) respuesta multisectorial dirigida por los países; *iii*) factores de riesgo y determinantes; *iv*) sistemas de salud y cobertura sanitaria mundial; *v*) investigación, desarrollo e innovación, y *vi*) seguimiento y vigilancia.

Vigilancia del plan de acción

8. El marco mundial de vigilancia, que incluye 25 indicadores y un conjunto de nueve metas mundiales de aplicación voluntaria (véase el apéndice 2), permitirá seguir la aplicación del plan de acción mediante la vigilancia y la notificación de los logros relacionados con las citadas metas en 2015 y 2020. El alcance del plan de acción no se limita al marco mundial de vigilancia. Los indicadores de este último y las metas mundiales de aplicación voluntaria proporcionan orientaciones generales, y el plan de acción ofrece una hoja de ruta para alcanzar dichas metas.

Relación con los llamamientos dirigidos a la OMS y con sus estrategias, reformas y planes

9. Desde la adopción de la Estrategia mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en 2000, se han adoptado varias resoluciones de la Asamblea de la Salud que respaldan los principales componentes de la estrategia mundial. Este plan de acción se basa en la aplicación de dichas resoluciones, y al mismo tiempo las refuerza. Se trata, entre otras, de las siguientes: Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT de la OMS) (resolución WHA56.1), Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud (resolución WHA57.17), Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol (resolución WHA63.13), Estructuras de financiación sostenible de la salud y cobertura universal (resolución WHA64.9) y Estrategia mundial y plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual (resolución WHA61.21). También son relevantes las relativas a los resultados de la Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud (resolución WHA65.8) y a los preparativos para la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles, en relación con la Conferencia de Moscú (resolución WHA64.11). El plan de acción proporciona asimismo un marco para respaldar y reforzar la aplicación de las resoluciones, marcos, estrategias y planes regionales existentes en materia de prevención y control de las enfermedades no transmisibles recogidos, entre otros, en los siguientes documentos: AFR/RC62/WP/7, CSP28.R13, EMR/C59/R2, EUR/RC61/R3, SEA/RC65/R5, WPR/RC62.R2. Está estrechamente vinculado, conceptual y estratégicamente, con el plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020¹ y el plan de acción para la prevención de la ceguera y la discapacidad visual evitables 2014-2019,² que fueron examinados por la 66.^a Asamblea Mundial de la Salud. El plan de acción también se guiará por el Duodécimo Programa General de Trabajo de la OMS, 2014-2019.

¹ Anexo 3.

² Anexo 2.

10. El plan de acción está en consonancia con la agenda de reformas de la OMS, que requiere que la Organización colabore con un número cada vez mayor de actores de la salud pública, incluidas fundaciones, organizaciones de la sociedad civil, alianzas y el sector privado, en actividades relacionadas con la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles. Las funciones y responsabilidades de los tres niveles de la Secretaría —oficinas en los países, oficinas regionales y Sede— en la aplicación del plan de acción se reflejarán en los planes de trabajo a nivel de toda la Organización establecidos en los presupuestos por programas de la OMS.

11. Durante el periodo comprendido entre 2013 y 2020 quizá se elaboren otros planes relacionados estrechamente con las enfermedades no transmisibles (como el plan de acción sobre la discapacidad solicitado en la resolución EB132.R5) y habrá que sincronizarlos con este plan de acción. Además será necesaria cierta flexibilidad para actualizar periódicamente el apéndice 3 con los nuevos datos científicos disponibles, y reorientar partes del plan de acción, según proceda, en respuesta a la agenda para el desarrollo después de 2015. También se necesitará flexibilidad para reorientar partes del plan de acción, según proceda y a través de los órganos deliberantes, en respuesta a la agenda de las Naciones Unidas para el desarrollo después de 2015.

Los costos de la actuación y la no actuación

12. Para todos los países, el costo de la no actuación es muy superior al de la adopción de las medidas contra las enfermedades no transmisibles que se recomiendan en el presente plan de acción. Hay intervenciones de prevención y control de las enfermedades transmisibles que tienen un buen rendimiento, pues generan un año de vida saludable por un costo que es inferior al producto interno bruto *per capita* y son asequibles para todos los países (véase el apéndice 3).¹ El costo total de la aplicación de un conjunto de intervenciones muy costoeficaces destinadas a toda la población e individuales, expresado como proporción del gasto actual en salud, asciende al 4% en los países de ingresos bajos, al 2% en los de ingresos medianos-bajos y a menos del 1% en los de ingresos medianos-altos. Se calcula que el costo de la aplicación del plan de acción por la Secretaría es de US\$ 940,26 millones para el periodo comprendido entre 2013 y 2020. Estas estimaciones de la aplicación del plan de acción deben compararse con el costo que conllevaría el hecho de no actuar. La continuación del estado de cosas dará lugar a una pérdida de productividad y una escalada de los costos de la atención sanitaria en todos los países. La pérdida acumulada de producción debida a las cuatro grandes categorías de enfermedades no transmisibles y a los trastornos mentales se calcula en US\$ 47 billones. Esa pérdida representa un 75% del PIB mundial en 2010 (US\$ 63 billones).² El presente plan de acción debe verse también como una inversión, ya que proporciona orientación y oportunidades a todos los países para: *i*) salvaguardar la salud y la productividad de las poblaciones y las economías; *ii*) tomar decisiones y hacer elecciones fundamentadas con respecto a los alimentos, los medios de comunicación, las tecnologías de la información y la comunicación, los deportes y los seguros de enfermedad, entre otras cosas, y *iii*) identificar el potencial de innovaciones repetibles y ampliables que se pueden aplicar a nivel mundial para reducir los crecientes costos de la atención sanitaria.

Adaptación del marco a los contextos regionales y nacionales

13. El marco proporcionado en este plan de acción necesita adaptaciones a nivel regional y nacional, teniendo en cuenta la situación concreta de cada región y de acuerdo con la legislación y las prio-

¹ *Scaling up action against noncommunicable disease: how much will it cost?* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011.

² *The global economic burden of noncommunicable diseases.* Foro Económico Mundial y Harvard School of Public Health, 2011.

ridades nacionales y las circunstancias de cada país. No existe un modelo de plan de acción válido para todos los países, pues estos han avanzado en distinta medida en lo que respecta a la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles y sus niveles de desarrollo socioeconómico son diferentes. Sin embargo, todos los países pueden beneficiarse de la respuesta integral a la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles que se presenta en este plan de acción. Existen intervenciones y opciones de política costoeficaces para cada uno de los seis objetivos (véase el apéndice 3), las cuales, si se aplican a la escala necesaria, permitirían a todos los países hacer importantes progresos de cara al logro en 2025 de las nueve metas mundiales de aplicación voluntaria (véase el apéndice 2). La forma exacta de llevar a cabo una ampliación sostenible a nivel nacional será distinta en cada país, y dependerá del nivel de desarrollo socioeconómico, de la existencia de un entorno político y jurídico favorable, de las características de la carga de la enfermedad no transmisible, de las demás prioridades de salud pública, de las asignaciones presupuestarias para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, del grado de universalidad de la cobertura sanitaria y el fortalecimiento del sistema de salud, del tipo de sistema de salud (por ejemplo, centralizado o descentralizado) y de la capacidad nacional.

Mecanismo de coordinación mundial

14. La Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades no Transmisibles reafirma la función de liderazgo y coordinación que desempeña la Organización Mundial de la Salud en la promoción y vigilancia de la acción global contra las enfermedades no transmisibles en relación con el trabajo de otros organismos pertinentes de las Naciones Unidas, bancos de desarrollo y otras organizaciones regionales e internacionales. En consulta con los Estados Miembros, la Secretaría de la OMS tiene previsto desarrollar un mecanismo mundial para coordinar las actividades del sistema de las Naciones Unidas y promover la participación, la cooperación internacional, la colaboración y la responsabilización entre todos los interesados.

15. La finalidad del mecanismo mundial propuesto es mejorar la coordinación de las actividades destinadas a subsanar las deficiencias funcionales que dificultan la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles. El mecanismo de coordinación mundial se desarrollará de acuerdo con los siguientes parámetros:

- El mecanismo será convocado, albergado y liderado por la OMS, y rendirá cuentas a los órganos deliberantes de la OMS.
- La función y la responsabilidad primordiales de la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles recaen en los gobiernos, pero los esfuerzos y la participación de todos los sectores de la sociedad y la colaboración y cooperación internacionales son indispensables para obtener resultados positivos.
- El mecanismo mundial facilitará la colaboración entre los Estados Miembros,¹ los fondos, programas y organismos de las Naciones Unidas, y otros asociados internacionales² y agen-

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

² Sin perjuicio de los debates en curso sobre la colaboración de la OMS con los agentes no estatales, los asociados internacionales se definen con este propósito como organismos de salud pública con un mandato internacional, organismos internacionales de desarrollo, organizaciones intergubernamentales, entre ellas otras organizaciones del sistema de las Naciones Unidas e iniciativas sanitarias mundiales, instituciones financieras internacionales, entre ellas el Banco Mundial, fundaciones y organizaciones no gubernamentales.

tes no estatales,¹ protegiendo al mismo tiempo a la OMS y a la salud pública de cualquier forma de conflicto de intereses real, aparente o potencial.

- La colaboración con los agentes no estatales³ seguirá las normas pertinentes que se están negociando actualmente en el marco de la reforma de la OMS y que serán examinadas por la 67.^a Asamblea Mundial de la Salud, por conducto del Consejo Ejecutivo.

Visión

16. Un mundo exento de la carga evitable de enfermedades no transmisibles.

Objetivo

17. Reducir la carga prevenible y evitable de morbilidad, mortalidad y discapacidad por enfermedades no transmisibles mediante la colaboración intersectorial y la cooperación a nivel nacional, regional y mundial, de modo que las poblaciones alcancen el grado más alto posible de salud, calidad de vida y productividad a todas las edades y que esas enfermedades dejen de suponer un obstáculo para el bienestar y el desarrollo socioeconómico.

Principios y enfoques generales

18. El plan de acción se basa en los siguientes principios y enfoques generales:
 - **Derechos humanos:** Hay que reconocer que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición, como se prevé en la Declaración Universal de Derechos Humanos.
 - **Equidad:** Hay que reconocer que la carga desigual de las enfermedades no transmisibles depende de los determinantes sociales de la salud, y que la adopción de medidas con respecto a esos determinantes, tanto en beneficio de los grupos vulnerables como de la población en su conjunto, es fundamental para reducir la carga global de enfermedades no transmisibles y crear sociedades integradoras, económicamente productivas y saludables.
 - **Acción nacional y cooperación y solidaridad internacionales:** Debe reconocerse la función y la responsabilidad primordiales de los gobiernos en la respuesta al reto que suponen las enfermedades no transmisibles, así como el importante papel de la cooperación internacional en el apoyo a los Estados Miembros como complemento de los esfuerzos nacionales.
 - **Acción multisectorial:** Hay que reconocer que la prevención y el control efectivos de las enfermedades no transmisibles requieren liderazgo, la participación coordinada de múltiples interesados y medidas multisectoriales en pro de la salud tanto a nivel de los gobiernos como de toda una serie de actores, y en esa participación y esas medidas se adoptarán, según proceda, los enfoques de la salud en todas las políticas y la acción pangubernamental en diver-

¹ Entre los agentes no estatales se incluyen las instituciones académicas y las organizaciones no gubernamentales pertinentes, así como entidades del sector privado, según proceda y excluida la industria tabacalera, en particular las que estén demostradamente comprometidas con la promoción de la salud pública y dispuestas a participar en marcos públicos de presentación de informes y rendición de cuentas.

Los sectores: salud, agricultura, comunicación, educación, empleo, energía, medio ambiente, finanzas, alimentación, relaciones exteriores, vivienda, justicia y seguridad, legislación, bienestar social, desarrollo social y económico, deporte, impuestos y recaudación, comercio e industria, transporte, planificación urbana y cuestiones de la juventud y colaboración con entidades pertinentes de la sociedad civil y el sector privado.

- **Consideración de todo el ciclo de vida:** Existen oportunidades para prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles en distintas etapas de la vida; las intervenciones en una etapa temprana son las que en general ofrecen mejores oportunidades para la prevención primaria. En las políticas, planes y servicios de prevención y control de las enfermedades no transmisibles deben tenerse en cuenta las necesidades sanitarias y sociales en todas las fases de la vida; se puede empezar por la salud materna, que abarca la atención pregestacional, prenatal y posnatal, la nutrición materna y la reducción de la exposición a los factores de riesgo ambientales, y seguir con las prácticas adecuadas de alimentación del lactante, en particular con el fomento de la lactancia materna, y la promoción de la salud de los niños, los adolescentes y los jóvenes, y a continuación con el fomento de una vida laboral sana, un envejecimiento saludable y la atención dispensada a las personas con enfermedades no transmisibles al final de su vida.
- **Empoderamiento de las personas y las comunidades:** Es preciso empoderar a las personas y las comunidades, e implicarlas en las actividades de prevención y control de las enfermedades no transmisibles, como las relacionadas con la promoción, la formulación de políticas, la planificación, la legislación, la prestación de servicios, la formación teórica y práctica, la vigilancia, la investigación o la evaluación.
- **Estrategias basadas en datos científicos:** Las estrategias y prácticas de prevención y control de las enfermedades no transmisibles deben basarse en los datos científicos y las mejores prácticas, y en la costoeficacia, la asequibilidad y los principios de salud pública, y tener en cuenta los factores de carácter cultural.
- **Cobertura sanitaria universal:** Todas las personas deben tener acceso, sin discriminación alguna, a una serie de servicios de salud básicos de carácter promocional, preventivo, curativo, rehabilitador y paliativo, que se determinará a nivel nacional, así como a medicamentos esenciales y productos diagnósticos seguros, asequibles, eficaces y de calidad. Al mismo tiempo, hay que asegurarse de que el uso de esos servicios no exponga a los usuarios a dificultades económicas, y prestar especial atención a los sectores pobres de la población y a quienes viven en situación de vulnerabilidad.
- **Gestión de los conflictos de intereses reales, aparentes o potenciales:** Para poder luchar eficazmente contra las enfermedades no transmisibles es necesaria la participación de múltiples actores, tanto estatales como no estatales, entre otros, la sociedad civil, las instituciones académicas, la industria y las organizaciones no gubernamentales y profesionales. Las políticas de salud pública destinadas a prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles deben estar protegidas de la influencia indebida de intereses creados de todo tipo, y los conflictos de intereses reales, aparentes o potenciales han de ser reconocidos y gestionados.

Objetivo 1. Otorgar más prioridad a la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las agendas de desarrollo mundiales, regionales y nacionales y los objetivos de desarrollo acordados internacionalmente mediante el refuerzo de la cooperación internacional y la promoción

19. En la Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles, el documento final de la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Sostenible (Río+20) y el primer informe del Equipo de tareas del sistema de las Naciones Unidas sobre la agenda de las Naciones Unidas para el desarrollo después de 2015¹ se reconoce que la lucha contra las enfermedades no transmisibles es una prioridad para el desarrollo social y la inversión en las personas. Mejorar los resultados sanitarios en la esfera de esas enfermedades es un requisito, un resultado y un indicador de las tres dimensiones del desarrollo humano sostenible: desarrollo económico, sostenibilidad ambiental e inclusión social.

20. Las actividades de promoción y la cooperación internacional son fundamentales para la movilización de recursos, el aumento de la capacidad y el refuerzo del compromiso y el impulso políticos generados por la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles. Las medidas enumeradas en relación con este objetivo tienen como finalidad la creación de entornos propicios a la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles a nivel mundial, regional y nacional. Lo que se espera de este objetivo es intensificar la cooperación internacional, reforzar la promoción, aumentar los recursos, desarrollar la capacidad y crear entornos propicios para alcanzar las nueve metas mundiales de aplicación voluntaria (véase el apéndice 2).

Opciones de política para los Estados Miembros²

21. Se propone que, de conformidad con su legislación y según proceda a la vista de sus circunstancias concretas, los Estados Miembros elijan medidas entre las que se exponen a continuación y las pongan en práctica.

a) **Promoción:** Generar datos prácticos y difundir información sobre la eficacia de intervenciones o políticas que influyen positivamente en los vínculos entre las enfermedades no transmisibles y el desarrollo sostenible, incluyendo otras cuestiones conexas como la mitigación de la pobreza, el desarrollo económico, los Objetivos de Desarrollo del Milenio, las ciudades sostenibles, un medio ambiente libre de productos tóxicos, la seguridad alimentaria, el cambio climático, la preparación para los desastres, la paz y la seguridad y la igualdad de género, en función de la situación nacional.

b) **Ampliación de la agenda para la salud y el desarrollo:** Promover la cobertura sanitaria universal como medio de prevención y control de las enfermedades no transmisibles, y su inclusión como elemento clave en los objetivos de desarrollo acordados internacionalmente; integrar la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en los procesos de planificación sanitaria nacional y en las agendas generales de desarrollo, en función del contexto y las prioridades de los países y, cuando sea oportuno, movilizar a los equipos de las Naciones Unidas en los países con miras a reforzar los vínculos entre las enfermedades no transmisibles, la cobertura

¹ El Futuro que Queremos para Todos, Informe para el Secretario General. Nueva York, Equipo de Tareas del Sistema de las Naciones Unidas sobre la Agenda de las Naciones Unidas para el Desarrollo después de 2015, 2012.

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

sanitaria universal y el desarrollo sostenible, integrándolos en los procesos de formulación y aplicación del Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo.

c) **Alianzas:** Crear alianzas multisectoriales, según proceda, para promover la cooperación a todos los niveles entre los organismos gubernamentales, las organizaciones intergubernamentales, las organizaciones no gubernamentales, la sociedad civil y el sector privado, con objeto de fortalecer las iniciativas de prevención y control de las enfermedades no transmisibles.

Acciones de la Secretaría

22. Acciones previstas para la Secretaría:

a) **Liderazgo y movilización:** Facilitar la coordinación, la colaboración y la cooperación entre las principales partes interesadas, incluidos los Estados Miembros, los fondos, programas y organismos de las Naciones Unidas (véase el apéndice 4), la sociedad civil y el sector privado, según proceda, utilizando como guía la nota del Secretario General por la que se transmite el informe de la Directora General de la OMS sobre opciones que permitan fortalecer y facilitar medidas multisectoriales destinadas a prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles por conducto de una alianza de colaboración efectiva,¹ así como el refuerzo de los mecanismos regionales de coordinación y el establecimiento de un equipo de tareas de las Naciones Unidas para las enfermedades no transmisibles que se ocupe de la aplicación del plan de acción.

b) **Cooperación técnica:** Ofrecer apoyo técnico y desarrollar la capacidad a nivel mundial, regional y nacional para sensibilizar a la población acerca de los vínculos entre las enfermedades no transmisibles y el desarrollo sostenible y para integrar la prevención y el control de esas enfermedades en los procesos nacionales de planificación de la salud y las agendas de desarrollo, el Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo y las estrategias de mitigación de la pobreza.

c) **Asesoramiento normativo y diálogo:** Esta medida incluirá:

- Abordar las relaciones entre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles y las iniciativas en materia de mitigación de la pobreza y desarrollo sostenible, con miras a fomentar la coherencia de las políticas.
- Fortalecer la gobernanza, en particular la gestión de los conflictos de intereses reales, aparentes y potenciales, con respecto a la participación de agentes no estatales en las alianzas de colaboración para la aplicación del plan de acción, de conformidad con los principios y políticas que se están formulando en el marco de la reforma de la OMS.
- Incrementar la recaudación para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles mediante la movilización de recursos nacionales, y aumentar las asignaciones presupuestarias sobre todo para el fortalecimiento de los sistemas de atención primaria y la cobertura sanitaria universal; asimismo, considerar la posibilidad de utilizar, cuando lo justifiquen los datos probatorios disponibles, instrumentos económicos, como impuestos y subvenciones, que promuevan comportamientos asociados con la mejora de los resultados sanitarios, según proceda en el contexto nacional.

¹ Documento A/67/373 de la Asamblea General de las Naciones Unidas.

d) **Difusión de las mejores prácticas:** Promover y facilitar la colaboración internacional y entre países para el intercambio de las mejores prácticas en los ámbitos de la salud en todas las políticas, la acción pangubernamental y pansocial, la legislación, la reglamentación, el fortalecimiento de los sistemas de salud y la capacitación del personal sanitario, con objeto de difundir las enseñanzas extraídas de las experiencias de los Estados Miembros en su respuesta a los problemas.

Acciones propuestas para los asociados internacionales y el sector privado

23. Sin perjuicio de los debates en curso sobre la colaboración de la OMS con los agentes no estatales, los asociados internacionales se definen con este propósito como organismos de salud pública con un mandato internacional, organismos internacionales de desarrollo, organizaciones intergubernamentales, entre ellas otras organizaciones del sistema de las Naciones Unidas e iniciativas sanitarias mundiales, instituciones financieras internacionales, entre ellas el Banco Mundial, fundaciones y organizaciones no gubernamentales, y determinadas entidades del sector privado que se comprometan con los objetivos del plan de acción, en particular las que estén demostradamente comprometidas con la promoción de la salud pública y dispuestas a participar en marcos públicos de presentación de informes y rendición de cuentas. Las acciones propuestas son:

a) Alentar a que se sigan incluyendo las enfermedades no transmisibles en las agendas y las iniciativas de cooperación para el desarrollo, los objetivos de desarrollo acordados internacionalmente, las políticas de desarrollo económico, los marcos de desarrollo sostenible y las estrategias de reducción de la pobreza.

b) Intensificar las actividades de promoción para que se mantenga el interés de los jefes de Estado y de gobierno en la aplicación de los compromisos de la Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades no Transmisibles, por ejemplo, reforzando la capacidad a nivel mundial, regional y nacional, con la colaboración de todos los sectores interesados, la sociedad civil y las comunidades, de la forma adecuada con arreglo a la situación nacional, y con la participación plena y activa de las personas que padecen esas enfermedades.

c) Fortalecer la cooperación internacional en el marco de la cooperación Norte-Sur, Sur-Sur y triangular, para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, a fin de:

- Promover a nivel nacional, regional e internacional entornos que favorezcan modos de vida sanos y opciones saludables.
- Respalda las actividades nacionales de prevención y control de las enfermedades no transmisibles, entre otras cosas, mediante el intercambio de información sobre las mejores prácticas y la difusión de los resultados de las investigaciones en las esferas de la promoción de la salud, la legislación, la reglamentación, las actividades de vigilancia y evaluación y de fortalecimiento del sistema de salud, el fomento de la capacidad institucional, la formación de personal sanitario y el desarrollo de infraestructura sanitaria adecuada.
- Fomentar el desarrollo y la difusión de la transferencia de tecnología apropiada, asequible y sostenible, en las condiciones acordadas, para la producción de medicamentos y vacunas asequibles, seguros, eficaces y de calidad, medios de diagnóstico y tecnologías médicas, la creación de tecnologías de información y de comunicación electrónica (cibersalud) y el uso de dispositivos móviles e inalámbricos (mSalud).

- Robustecer las alianzas e iniciativas existentes y crear nuevas asociaciones de colaboración, según sea oportuno, para afianzar la capacidad de adaptación, aplicación, vigilancia y evaluación del plan de acción para la prevención de las enfermedades no transmisibles a nivel mundial, regional y nacional.
- d) Respalda la función de coordinación de la OMS en las esferas en que las partes interesadas —entre otras, las organizaciones no gubernamentales, las asociaciones profesionales, las instituciones académicas y de investigación y el sector privado— puedan participar y actuar de forma concertada contra las enfermedades no transmisibles.
- e) Respalda el acuerdo de colaboración oficioso entre los organismos de las Naciones Unidas promovido por la OMS para prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles.
- f) Cumplir el compromiso contraído con respecto a la asistencia oficial para el desarrollo.¹

Objetivo 2. Reforzar la capacidad, el liderazgo, la gobernanza, la acción multisectorial y las alianzas nacionales para acelerar la respuesta de los países en materia de prevención y control de las enfermedades no transmisibles

24. Como garantes últimos de la salud de la población, los gobiernos tienen la responsabilidad principal de asegurar la existencia de mecanismos apropiados de carácter institucional, jurídico, financiero y de servicios para prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles.

25. Las enfermedades no transmisibles dificultan la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y contribuyen a la pobreza y el hambre. Las estrategias para hacer frente a esas enfermedades tienen que abordar las inequidades sanitarias derivadas de las condiciones sociales en que las personas nacen, crecen, viven y trabajan, y reducir los obstáculos en los ámbitos del desarrollo infantil, la educación, el nivel económico, el empleo, la vivienda y el medio ambiente. La adopción de políticas generales y medidas multisectoriales para afrontar esos determinantes sociales de la salud será fundamental para lograr avances sostenidos en la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles.

26. La cobertura sanitaria universal, la atención primaria de salud centrada en las personas y los mecanismos de protección social son instrumentos importantes para proteger a los ciudadanos de las dificultades económicas ligadas a las enfermedades no transmisibles y proporcionar acceso a servicios de salud para todos, en particular a los sectores más pobres de la población. Es necesario establecer o reforzar la cobertura sanitaria universal a nivel de los países para respaldar la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles.

27. Para que la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles sea eficaz son necesarios enfoques multisectoriales a nivel de gobierno, que incluyan, según proceda, acciones pangubernamentales y pansociales, teniendo en cuenta la salud en todas las políticas de sectores como la salud, agricultura, comunicación, aduanas/recaudación, educación, empleo/trabajo, energía, medio ambiente, finanzas, alimentación, relaciones exteriores, vivienda, industria, justicia/seguridad, legislación, bienestar social, desarrollo social y económico, deporte, comercio, transporte, planificación urbana y cuestiones de la juventud (apéndice 5). Los enfoques a tener en cuenta para una acción multisectorial podrían consistir, entre otros en: *i*) la autoevaluación del Ministerio de Salud; *ii*) la evaluación de otros sectores necesaria para la acción multisectorial; *iii*) el análisis de las esferas en que es precisa

¹ Asamblea General de las Naciones Unidas, *United Approach to Development. Report on the Second United Nations Development Decade*. Nueva York, Naciones Unidas, 1970 (documento A/8124).

una acción multisectorial; *iv*) la elaboración de planes de participación; *v*) el empleo de un marco para fomentar el entendimiento entre los distintos sectores; *vi*) el refuerzo de las estructuras de gobernanza, la voluntad política y los mecanismos de rendición de cuentas; *vii*) el aumento de la participación de las comunidades; *viii*) la adopción de otras buenas prácticas para promover la acción intersectorial, y *ix*) la vigilancia y evaluación.

28. Las respuestas nacionales en materia de prevención y control de las enfermedades no transmisibles requieren, para ser eficaces, la participación de múltiples interesados: particulares, familias y comunidades, organizaciones intergubernamentales, instituciones religiosas, sociedad civil, instituciones académicas, medios de difusión, planificadores de políticas, asociaciones de voluntarios y, cuando proceda, quienes practican la medicina tradicional, el sector privado y la industria. La participación activa de la sociedad civil en las actividades destinadas a afrontar las enfermedades no transmisibles, sobre todo la de las organizaciones comunitarias que representan a personas que padecen esas enfermedades y sus cuidadores, puede empoderar a la sociedad y mejorar la rendición de cuentas sobre las políticas de salud pública, la legislación y los servicios, haciéndolos más aceptables, adaptados a las necesidades y propicios para que las personas disfruten del grado máximo de salud y bienestar que se pueda lograr. Los Estados Miembros también pueden fomentar cambios para mejorar los entornos social y físico y posibilitar avances en la lucha contra las enfermedades no transmisibles, entre otras cosas mediante un compromiso constructivo con instancias pertinentes del sector privado.

29. Los resultados deseados de este objetivo son un liderazgo y una rectoría reforzados, un aumento de los recursos, una mejora de la capacidad y la creación de entornos propicios para generar una respuesta colaborativa multisectorial a nivel nacional, con miras a alcanzar las nueve metas mundiales de aplicación voluntaria (véase el apéndice 2).

Opciones de política para los Estados Miembros¹

30. Se propone que, de conformidad con su legislación y según proceda a la vista de sus circunstancias concretas, los Estados Miembros elijan medidas entre las que se exponen a continuación y las pongan en práctica.

a) **Mejorar la gobernanza:** Integrar la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en sus procesos de planificación sanitaria y sus planes de desarrollo, prestando especial atención a los determinantes sociales de la salud, la equidad de género y las necesidades sanitarias de las poblaciones que viven en situación de vulnerabilidad, entre otras, las poblaciones indígenas, los migrantes y las personas con discapacidades mentales y psicosociales.

b) **Mobilizar recursos sostenidos: Según proceda en el contexto nacional, y en coordinación con las organizaciones y ministerios pertinentes, entre ellos el Ministerio de Finanzas**

- reforzar la aportación de recursos suficientes, previsibles y sostenidos para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles y la cobertura sanitaria universal, mediante un aumento de las asignaciones presupuestarias nacionales, mecanismos de financiación innovadores de carácter voluntario y otros medios, incluidas la financiación multilateral, las fuentes bilaterales y las fuentes del sector privado y no gubernamentales, y

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

- utilizar los recursos de manera más eficiente, entre otras cosas, con medidas sinérgicas, enfoques integrados y la planificación común entre distintos sectores.
- c)* **Fortalecer los programas nacionales de enfermedades no transmisibles:** Fortalecer los programas de prevención y control de las enfermedades no transmisibles con conocimientos técnicos adecuados, recursos y responsabilidad para la evaluación de las necesidades, la planificación estratégica, la formulación de políticas, la acción legislativa, la coordinación multisectorial, la ejecución, la vigilancia y la evaluación.
- d)* **Valorar y evaluar las necesidades:** Realizar evaluaciones periódicas de las necesidades en materia de epidemiología y recursos, que abarquen la capacidad institucional, investigadora y laboral; del impacto sanitario de las políticas de sectores distintos del de la salud (por ejemplo, agricultura, comunicaciones, educación, empleo, energía, medio ambiente, finanzas, industria y comercio, justicia, trabajo, deporte, transporte y planificación urbana), y del impacto de las políticas financieras, sociales y económicas en las enfermedades no transmisibles, con el fin de fundamentar la acción nacional.
- e)* **Elaborar un plan nacional y asignar recursos presupuestarios:** Según proceda en función del contexto nacional, formular y aplicar una política y un plan nacional multisectorial sobre las enfermedades no transmisibles y, teniendo en cuenta las prioridades nacionales y las circunstancias del país, y en coordinación con las organizaciones y ministerios pertinentes, entre ellos el Ministerio de Finanzas, aumentar y priorizar las asignaciones presupuestarias para la vigilancia, la prevención y la detección y tratamiento precoces de las enfermedades no transmisibles y para atención y apoyo conexos, incluidos cuidados paliativos.
- f)* **Fortalecer la acción multisectorial:** Según proceda en función del contexto nacional, establecer un mecanismo nacional multisectorial (una comisión de alto nivel, un organismo o un grupo especial) para lograr el compromiso, políticas coherentes y una rendición de cuentas mutua de las distintas esferas normativas relacionadas con las enfermedades no transmisibles, a fin de aplicar los enfoques basados en la presencia de la salud en todas las políticas y la acción pangubernamental y pansocial, reunir grupos de trabajo de múltiples interesados, asegurar asignaciones presupuestarias para aplicar y evaluar la acción multisectorial y seguir los determinantes sociales y ambientales de las enfermedades no transmisibles y actuar sobre ellos (véase el apéndice 5).
- g)* **Mejorar la rendición de cuentas:** Mejorar la rendición de cuentas en materia de ejecución garantizando la capacidad adecuada de seguimiento, vigilancia y evaluación y estableciendo un marco de vigilancia con metas e indicadores nacionales acordes con el marco mundial de vigilancia, y opciones para aplicarlo a nivel nacional.
- h)* **Fortalecer la capacidad institucional y la fuerza de trabajo:** Proporcionar capacitación y desplegar adecuadamente el personal de salud, de servicios sociales y comunitario, y reforzar la capacidad institucional para ejecutar el plan de acción nacional, por ejemplo, incluyendo la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en los programas de estudios del personal médico, de enfermería y paramédico; ofreciendo capacitación y orientación al personal de otros sectores, y estableciendo instituciones de salud pública que aborden la complejidad de los asuntos relacionados con las enfermedades no transmisibles (por ejemplo, factores como la acción multisectorial, la publicidad, el comportamiento humano, la economía sanitaria, los sistemas alimentarios y agrícolas, el derecho, la administración de empresas, la psicología, el comercio, las influencias comerciales, incluidas la publicidad de productos no saludables para los niños y las limitaciones de la autorregulación de la industria, la planificación urbana, la for-

mación en prevención y control de enfermedades no transmisibles, la atención primaria integrada y la promoción de la salud).

i) **Crear alianzas:** Dirigir alianzas colaborativas para subsanar las deficiencias en materia de ejecución (por ejemplo, en las esferas de participación de la comunidad; capacitación del personal sanitario; desarrollo de infraestructura de atención sanitaria apropiada; transferencia sostenible y de común acuerdo de tecnología para la producción de medios de diagnóstico, medicamentos esenciales (entre ellos los genéricos), vacunas y productos diagnósticos asequibles, de calidad, seguros y eficaces y acceso y adquisición de los productos), según proceda teniendo en cuenta los contextos nacionales.

j) **Empoderar a comunidades y personas:** Facilitar la movilización social, logrando la participación y el empoderamiento de una amplia gama de interlocutores, entre otros, las mujeres como agentes del cambio en familias y comunidades, para promover el diálogo, catalizar el cambio de la sociedad y conformar una respuesta nacional sistemática de toda la sociedad para abordar las enfermedades no transmisibles, sus determinantes sociales, económicos y ambientales y la equidad sanitaria (por ejemplo, recabando la participación de organizaciones de derechos humanos, confesionales y laborales, organizaciones dedicadas a los niños, los adolescentes, los jóvenes, los adultos, los ancianos, las mujeres, los pacientes y las personas con discapacidades, los pueblos indígenas, las organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales, la sociedad civil, las instituciones académicas, los medios de difusión y el sector privado).

Acciones de la Secretaría

31. Acciones previstas para la Secretaría:

a) **Liderazgo y movilización:** Movilizar al sistema de las Naciones Unidas para que trabaje de forma unitaria conforme al mandato de los respectivos organismos, siguiendo una división acordada del trabajo, y establecer sinergias entre las diferentes organizaciones de las Naciones Unidas según los arreglos oficiosos establecidos de colaboración entre organismos de las Naciones Unidas, con objeto de proporcionar apoyo adicional a los Estados Miembros.

b) **Cooperación técnica:** Prestar apoyo a los países en la evaluación y aplicación de opciones basadas en datos científicos que se adapten a sus necesidades y capacidades y en la evaluación de los efectos sanitarios de las políticas públicas, entre otras, sobre comercio, gestión de conflictos de intereses y maximización de las sinergias intersectoriales para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles (véase el apéndice 1) entre programas de salud ambiental, salud ocupacional y gestión de las enfermedades no transmisibles durante desastres y emergencias; ese apoyo se prestaría mediante el establecimiento o el refuerzo de centros nacionales de referencia, centros colaboradores de la OMS y redes de intercambio de conocimientos.

c) **Asesoramiento normativo y diálogo:** Proporcionar a los países orientación sobre la creación de alianzas para la acción multisectorial destinada a subsanar las deficiencias funcionales de la respuesta para prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles, guiándose por la nota del Secretario General por la que se transmite el informe de la Directora General, en particular con objeto de subsanar las deficiencias identificadas en ese informe, por ejemplo, en relación con las actividades de promoción, la sensibilización y la rendición de cuentas inclusive respecto de la gestión de los conflictos de intereses reales, aparentes o potenciales a nivel nacional, la financiación y la movilización de recursos, el fortalecimiento de la capacidad, la asistencia técnica, el acceso a los productos, la conformación de los mercados o el desarrollo y la innovación de productos.

d) **Generación de conocimientos:** Elaborar, cuando proceda, instrumentos técnicos, instrumentos de apoyo a la toma de decisiones y productos informativos para la ejecución de intervenciones costoeficaces, la evaluación del impacto potencial de las opciones de política en la equidad y los determinantes sociales de la salud, la vigilancia de la acción multisectorial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, la gestión de conflictos de intereses y la comunicación, en particular a través de los medios sociales, todo ello adaptado a la capacidad y la disponibilidad de recursos de los países.

e) **Fortalecimiento de la capacidad:**

- Elaborar un plan de trabajo de toda la OMS para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles a fin de garantizar la sinergia y la alineación de las actividades en los tres niveles de la OMS, teniendo en cuenta las necesidades de los países.
- Reforzar a todos los niveles la capacidad de la Secretaría para apoyar a los Estados Miembros en la aplicación del plan de acción, reconociendo la función clave de las oficinas de la OMS en los países, que colaboran directamente con los ministerios pertinentes y diversos organismos y organizaciones no gubernamentales.
- Facilitar y respaldar estudios de evaluación de la capacidad de los Estados Miembros para determinar las necesidades y adaptar el apoyo prestado por la Secretaría y otros organismos.

Acciones propuestas para los asociados internacionales

32. Fortalecer la cooperación internacional en el marco de la cooperación Norte-Sur, Sur-Sur y triangular, y crear asociaciones de colaboración, según sea oportuno, para:

a) Ayudar a las autoridades nacionales a llevar a cabo una acción multisectorial basada en datos científicos (véase el apéndice 5) para subsanar las deficiencias funcionales de la respuesta a las enfermedades no transmisibles (por ejemplo, en las esferas de la promoción, el fortalecimiento de la fuerza de trabajo sanitaria y la capacidad institucional y el desarrollo e innovación de productos y el acceso a ellos); a aplicar los convenios internacionales sobre medio ambiente y trabajo, y a fortalecer la financiación de la cobertura sanitaria universal.

b) Promover el desarrollo de la capacidad de las organizaciones no gubernamentales pertinentes a nivel nacional, regional y mundial, a fin de aprovechar al máximo su potencial como asociados en la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles.

c) Facilitar la movilización de recursos financieros suficientes, previsibles y sostenidos, así como los recursos humanos y técnicos necesarios, para respaldar la aplicación de los planes de acción nacionales y la vigilancia y evaluación de los progresos.

d) Mejorar la calidad de la ayuda para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles fortaleciendo la identificación nacional con las actividades pertinentes, la coherencia, armonización y previsibilidad de la ayuda, la rendición mutua de cuentas, la transparencia y la orientación hacia el logro de resultados.

e) Respalda la movilización social para aplicar el plan de acción y promover la equidad en relación con la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, entre otras cosas, creando y robusteciendo asociaciones de personas que padecen esas enfermedades y prestando apoyo a sus familiares y cuidadores, y facilitar el diálogo entre esos grupos, los profesionales de

la salud y las autoridades del sector de la salud y otros sectores pertinentes, como el judicial y el social y de los derechos humanos, la educación, el empleo.

f) Respalda los planes nacionales de prevención y control de las enfermedades no transmisibles mediante el intercambio de prácticas óptimas y el fomento del desarrollo y la difusión de la transferencia de mutuo acuerdo de tecnologías apropiadas, asequibles y sostenibles.

g) Ayudar a los países y la Secretaría a aplicar otras medidas previstas en relación con este objetivo.

Objetivo 3. Reducir los factores de riesgo modificables de las enfermedades no transmisibles y sus determinantes sociales subyacentes mediante la creación de entornos que fomenten la salud

33. En la Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades no Transmisibles se reconoce la importancia fundamental de reducir el grado de exposición de las personas y las poblaciones a los factores de riesgo comunes modificables de las enfermedades no transmisibles, y de fortalecer al mismo tiempo la capacidad de las personas y las poblaciones para tomar decisiones más saludables y adoptar comportamientos que promuevan la buena salud. Aunque las muertes por enfermedades no transmisibles se producen sobre todo en la edad adulta, la exposición a los factores de riesgo empieza en la niñez y va aumentando a lo largo de la vida, lo que pone de relieve la importancia de las medidas legislativas y regulatorias, según proceda, y de las intervenciones de promoción de la salud, con participación de los agentes estatales y no estatales¹ del sector de la salud y de otros sectores, para prevenir el consumo de tabaco, la inactividad física, las dietas malsanas, la obesidad y el uso nocivo del alcohol, y para proteger a los niños de los efectos adversos de la publicidad.

34. Los gobiernos han de ser la parte más importante en el establecimiento de un marco normativo nacional para promover la salud y reducir los factores de riesgo. Al mismo tiempo, se debe reconocer que para que la acción multisectorial sea eficaz es preciso que se asignen funciones definidas a otras partes interesadas, se proteja el interés público y se eviten las influencias indebidas de todo conflicto de intereses. Asimismo, hay que crear entornos propicios que protejan la salud física y mental y promuevan comportamientos saludables mediante la acción multisectorial (véase el apéndice 5), utilizando incentivos y desincentivos, medidas reglamentarias y fiscales, leyes y otros tipos de normativas, así como la educación sanitaria, cuando proceda en el contexto del país, prestando especial atención a la salud materna (que abarca la atención pregestacional, prenatal y posnatal, y la nutrición de la madre), a los niños, los adolescentes y los jóvenes y, en particular, a la prevención de la obesidad infantil (véase el apéndice 1).

35. La aplicación efectiva de las medidas indicadas en relación con este objetivo permitirá a los países contribuir al logro de las metas mundiales de aplicación voluntaria relacionadas con los factores de riesgo, así como de la meta relativa a la mortalidad prematura. Se propone que, de conformidad con su legislación y contextos religioso y cultural, y sus principios constitucionales y obligaciones jurídicas internacionales, los Estados Miembros elijan medidas entre las que se exponen a continuación y las pongan en práctica.

¹ Entre los agentes no estatales se incluyen las instituciones académicas y las organizaciones no gubernamentales pertinentes, así como entidades del sector privado, según proceda y excluida la industria tabacalera, en particular las que estén demostradamente comprometidas con la promoción de la salud pública y dispuestas a participar en marcos públicos de presentación de informes y rendición de cuentas.

Opciones de política para los Estados Miembros:¹ control del tabaco

36. Las opciones de política propuestas tienen por objeto contribuir al logro de la meta mundial de aplicación voluntaria consistente en alcanzar una reducción relativa del 30% en la prevalencia del consumo actual de tabaco entre los mayores de 15 años. Se trata de:

a) Acelerar la aplicación plena del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT). Todos los Estados Miembros que aún no sean Partes en el CMCT de la OMS deberían considerar la posibilidad de ratificar, aceptar, aprobar y confirmar formalmente el Convenio o adherirse a él lo antes posible, de conformidad con lo dispuesto en la resolución WHA56.1 y la Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles.

b) A fin de reducir el consumo de tabaco y la exposición al humo de los fumadores, utilizar las directrices adoptadas por la Conferencia de las Partes en el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco con miras a aplicar las medidas siguientes como parte de un conjunto de medidas multisectoriales integrales:

- Proteger las políticas de control del tabaco de los intereses comerciales y otros intereses creados de la industria tabacalera, de conformidad con la legislación nacional y el artículo 5.3 del CMCT de la OMS.
- Promulgar leyes con la finalidad de que todos los lugares de trabajo interiores, medios de transporte público, lugares públicos cerrados y, cuando proceda, otros lugares públicos estén totalmente libres de humo, de conformidad con el artículo 8 (Protección contra la exposición al humo de tabaco) del CMCT de la OMS.
- Advertir a la gente sobre los peligros del consumo de tabaco mediante campañas impactantes en los medios de comunicación y advertencias sanitarias grandes, claras, visibles y legibles, basadas en datos científicos, de conformidad con los artículos 11 (Empaquetado y etiquetado de los productos de tabaco) y 12 (Educación, comunicación, formación y concientización del público) del CMCT de la OMS.
- Aplicar prohibiciones completas de la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco, de conformidad con el artículo 13 (Publicidad, promoción y patrocinio del tabaco) del CMCT de la OMS.
- Ofrecer ayuda a las personas que quieran dejar el tabaco o reducir la exposición al humo de tabaco en el ambiente, especialmente de las embarazadas, de conformidad con el artículo 14 (Medidas de reducción de la demanda relativas a la dependencia y al abandono del tabaco) del CMCT de la OMS.
- Reglamentar el contenido y las emisiones de los productos de tabaco y exigir que los fabricantes e importadores proporcionen información a las autoridades gubernamentales sobre el contenido y las emisiones de los productos de tabaco, de conformidad con los artículos 9 (Reglamentación del contenido de los productos de tabaco) y 10 (Reglamentación de la divulgación de información sobre los productos de tabaco) del CMCT de la OMS.

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

- De conformidad con la Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades no Transmisibles y las orientaciones proporcionadas por la Conferencia de las Partes en el CMCT de la OMS, aumentar los impuestos sobre todos los productos de tabaco a fin de reducir su consumo, en consonancia con el artículo 6 (Medidas relacionadas con los precios e impuestos para reducir la demanda de tabaco) del CMCT de la OMS.
- c) Para facilitar la aplicación de medidas multisectoriales integrales acordes con el CMCT de la OMS, emprender las acciones siguientes:
- Vigilar el consumo de tabaco, en particular el inicio y el consumo actual por los jóvenes, aplicando los indicadores del marco mundial de vigilancia integral, así como las políticas y medidas de control del tabaquismo acordes con los artículo 20 (Investigación, vigilancia e intercambio de información) y 21 (Presentación de informes e intercambio de información) del CMCT de la OMS.
 - Establecer o reforzar y financiar un mecanismo de coordinación nacional o puntos focales para el control del tabaco, de conformidad con el artículo 5 (Obligaciones generales) del CMCT de la OMS.
 - Establecer o reforzar y financiar mecanismos para hacer cumplir las políticas de control del tabaco que se hayan adoptado, de conformidad con el artículo 26 (Recursos financieros) del CMCT de la OMS.

Opciones de política para los Estados Miembros:¹ promoción de una dieta saludable

37. Las opciones de política propuestas tienen por finalidad impulsar la aplicación de estrategias y recomendaciones mundiales para avanzar hacia las metas mundiales de carácter voluntario que se indican a continuación:

- Lograr una reducción relativa del 30% en la ingesta poblacional media de sal y sodio.
- Detener el aumento de la prevalencia de diabetes y obesidad.
- Reducción relativa del 25% de la prevalencia de hipertensión arterial, o limitación de dicha prevalencia en función de las circunstancias del país.

38. Los Estados Miembros deberían considerar la posibilidad de formular o reforzar políticas y planes de acción nacionales en materia de alimentos y nutrición y aplicar las estrategias mundiales conexas, en particular la estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud, la estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño, el plan integral de aplicación sobre nutrición materna, del lactante y del niño pequeño, y las recomendaciones de la OMS sobre la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños. Asimismo, los Estados Miembros deberían considerar la posibilidad de aplicar otras estrategias pertinentes con fundamento científico para fomentar dietas saludables en toda la población (véanse los apéndices 1 y 3), y al mismo tiempo proteger las orientaciones dietéticas y las políticas alimentarias de la influencia indebida de intereses comerciales y otros intereses creados.

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

39. Dichas políticas y programas deberían incluir un plan de seguimiento y evaluación dirigido a:

a) Promover y apoyar la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida, la continuación de la lactancia materna hasta después de los dos años y la alimentación complementaria suficiente y oportuna.

b) Poner en práctica las recomendaciones de la OMS sobre la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños, incluidos los mecanismos de vigilancia.

c) Elaborar directrices, recomendaciones o medidas de política que comprometan a diferentes sectores pertinentes, como los productores y elaboradores de alimentos y otros operadores comerciales pertinentes, así como a los consumidores, a:

- Reducir la concentración de sal y sodio añadidos a los alimentos (preparados o procesados).
- Aumentar la disponibilidad, la asequibilidad y el consumo de frutas y hortalizas.
- Reducir el contenido de ácidos grasos en los alimentos, sustituyéndolos por ácidos grasos insaturados.
- Sustituir las grasas de tipo *trans* por grasas insaturadas.
- Reducir el contenido de azúcares libres en los alimentos y las bebidas no alcohólicas.
- Limitar el consumo excesivo de calorías y reducir el tamaño de las raciones y la densidad energética de los alimentos.

d) Formular medidas de política que comprometan a los vendedores minoristas de alimentos y servicios de comidas por encargo a fin de aumentar la disponibilidad, asequibilidad y aceptabilidad de productos alimentarios más saludables (alimentos de origen vegetal, como frutas y hortalizas, y productos con contenido reducido de sal y sodio, ácidos grasos saturados, ácidos grasos de tipo *trans* y azúcares libres).

e) Promover el suministro y la disponibilidad de alimentos saludables en instituciones públicas como las escuelas y los centros de trabajo.¹

f) Según corresponda a las circunstancias del país, considerar la conveniencia de usar instrumentos económicos de eficacia comprobada, que pueden incluir impuestos y subsidios, a fin de estimular los comportamientos que se relacionan con una salud mejor, acrecentar la asequibilidad y alentar el consumo de alimentos saludables y desalentar el de opciones menos sanas.

g) Formular medidas normativas para el sector agropecuario que refuercen las medidas dirigidas a los elaboradores de alimentos, vendedores minoristas de alimentos, servicios de comidas por encargo e instituciones públicas, y ofrecer mayores oportunidades de utilización de alimentos y productos agropecuarios más saludables.

¹ Por ejemplo, dictando normas de nutrición para los servicios de preparación de comidas del sector público y el uso de contratos del gobierno para la compra de alimentos.

- h)* Llevar a cabo campañas públicas basadas en datos científicos e iniciativas de mercadotecnia social para informar a los consumidores y estimular entre ellos hábitos alimentarios saludables. Para que tengan el máximo beneficio e impacto, esas campañas han de vincularse a medidas de apoyo en la totalidad de la comunidad y en entornos específicos.
- i)* Crear entornos que estimulen la salud y la nutrición, incluso mediante la impartición de conocimientos sobre nutrición, en escuelas, guarderías infantiles y otros centros educativos, centros de trabajo, consultorios y hospitales, así como otras instituciones públicas y privadas.
- j)* Promover el etiquetado nutricional, de acuerdo con las normas internacionales, en particular el Codex Alimentarius, pero no solo con ellas, en todos los alimentos envasados en los que se reivindicuen propiedades de carácter nutricional o sanitario.

Opciones de política para los Estados Miembros:¹ promoción de la actividad física

40. Las opciones de política propuestas tienen la finalidad de impulsar la aplicación de la estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud y otras estrategias pertinentes, y promover los beneficios agregados del aumento de la actividad física, como son el mejor aprovechamiento escolar y los beneficios sociales y de salud mental, aunados a un aire más limpio, menos tráfico vehicular, menos congestión y los vínculos con el desarrollo infantil sano y el desarrollo sostenible (véase el apéndice 1). Además, se deben fomentar intervenciones que aumenten la participación de toda la población en la actividad física, y en relación con las cuales se estén obteniendo datos favorables de costoeficacia. El objetivo es ayudar a alcanzar las metas mundiales de aplicación voluntaria que se enumeran a continuación:

- Lograr una reducción relativa del 10% en la prevalencia de la actividad física insuficiente.
- Detener el aumento de la prevalencia de diabetes y obesidad.
- Lograr una reducción relativa del 25% en la prevalencia de la hipertensión arterial o limitar dicha prevalencia de acuerdo con las circunstancias del país.

41. Opciones de política propuestas:

- a)* Adoptar y aplicar directrices nacionales sobre la actividad física para la salud.
- b)* Considerar la conveniencia de establecer una comisión o un órgano semejante que aporte el liderazgo estratégico y se encargue de la coordinación.
- c)* Forjar alianzas apropiadas y lograr la participación de todas las partes interesadas (gobiernos en su totalidad, organizaciones no gubernamentales, sociedad civil, agentes económicos) en la aplicación activa y apropiada de medidas destinadas a aumentar la actividad física a todas las edades.
- d)* En cooperación con los sectores pertinentes, elaborar medidas de política para fomentar la actividad física integrándola a las tareas de la vida cotidiana, entre ellas el «transporte activo», la recreación, el empleo del tiempo libre y los deportes, por ejemplo:

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

- Políticas nacionales y subnacionales de urbanismo y transporte para mejorar el acceso, la aceptación y la seguridad de trasladarse a pie o en bicicleta, incluida la infraestructura necesaria.
 - Mejorar la oferta de una educación física de calidad y de oportunidades en los entornos educativos (desde preescolar hasta la universidad) de realizar actividades físicas antes, durante y después de la jornada escolar oficial.
 - Iniciativas que posibiliten y fomenten la «actividad física para todos» a todas las edades.
 - Creación y protección de las zonas edificadas y naturales que apoyen la actividad física en escuelas, universidades, centros de trabajo, consultorios y hospitales, así como en toda la comunidad, prestando especial atención a la creación de una infraestructura que propicie los desplazamientos activos, tales como caminar y montar en bicicleta, realizar actividades recreativas y juegos, y practicar deportes.
 - Promoción de la participación comunitaria en la aplicación de medidas locales enderezadas a aumentar la actividad física.
- e) Llevar a cabo campañas públicas basadas en datos científicos en los medios de comunicación, las redes sociales y la comunidad, así como iniciativas de mercadotecnia social para informar a los adultos y a los jóvenes de los beneficios de la actividad física y motivarlos para ello, propiciando así los comportamientos saludables. Para que tengan el máximo impacto y proporcionen los máximos beneficios, las campañas deben estar vinculadas con acciones de apoyo en toda la comunidad y en entornos específicos.
- f) Alentar la evaluación de medidas destinadas a incrementar la actividad física para contribuir a la creación de una base documental sobre las medidas eficaces y costoeficaces.

Opciones de política para los Estados Miembros:¹ reducción del consumo nocivo del alcohol²

42. Se propone avanzar en la adopción y aplicación de la estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol y movilizar voluntades políticas y recursos financieros para ello con el fin de alcanzar las metas mundiales de aplicación voluntaria consistentes en:

- Lograr una reducción relativa de al menos un 10% en el uso nocivo del alcohol, según proceda en función del contexto nacional.
- Reducción relativa del 25% de la prevalencia de hipertensión arterial o limitación de dicha prevalencia en función de las circunstancias del país.

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

² En el presente plan de acción, el término «nocivo» se refiere únicamente a los efectos del consumo de alcohol en la salud pública, sin perjuicio alguno para las creencias religiosas y las normas culturales.

43. Las medidas propuestas a los Estados Miembros se exponen a continuación:

a) **Políticas nacionales multisectoriales:** Formular y ejecutar, según proceda, políticas y programas nacionales integrales y multisectoriales para reducir el uso nocivo del alcohol de conformidad con la estrategia mundial correspondiente, abordando los niveles generales, los tipos y los contextos del consumo de bebidas alcohólicas, así como los determinantes sociales de la salud en la población (véase el apéndice 1). La estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol recomienda que las políticas y programas nacionales se centren en las 10 áreas siguientes:

- liderazgo, concienciación y compromiso
- respuesta de los servicios de salud
- acción comunitaria
- políticas y medidas contra la conducción bajo los efectos del alcohol
- disponibilidad de bebidas alcohólicas
- marketing de las bebidas alcohólicas
- políticas de precios
- mitigación de las consecuencias negativas del consumo de alcohol y la embriaguez
- reducción del impacto en la salud pública del alcohol ilícito y el alcohol de producción informal
- seguimiento y vigilancia.

b) **Políticas de salud pública:** Formular políticas e intervenciones de salud pública para reducir el uso nocivo del alcohol, basadas en objetivos sanitarios claros, en las prácticas óptimas existentes y en los mejores datos y conocimientos científicos disponibles que demuestren la eficacia y la costoeficacia en distintos contextos.

c) **Liderazgo:** Reforzar la capacidad de los ministerios de salud y habilitarlos para que asuman un papel crucial a fin de aunar la labor de otros ministerios y partes interesadas, según proceda, en la formulación y aplicación de políticas públicas eficaces para prevenir y reducir el uso nocivo del alcohol y, al mismo tiempo, proteger esas políticas de la influencia indebida de los intereses comerciales y de otros intereses creados.

d) **Capacidad:** Aumentar la capacidad de los servicios de atención de salud para llevar a cabo intervenciones de prevención y tratamiento del consumo peligroso y otros trastornos relacionados con las bebidas alcohólicas, entre ellas exámenes de detección e intervenciones breves en todos los entornos en los que se proporcione tratamiento y atención de las enfermedades no transmisibles.

e) **Vigilancia:** Establecer marcos eficaces para la vigilancia del uso nocivo del alcohol, según proceda en el contexto del país, basados en un conjunto de indicadores incluidos en el marco mundial de vigilancia integral de las enfermedades no transmisibles y acordes con la estrategia mundial sobre el tema y sus mecanismos de seguimiento y presentación de informes; ade-

más, crear otros instrumentos técnicos que apoyen el seguimiento de los indicadores acordados de dicho uso y refuercen los sistemas nacionales de vigilancia, así como las investigaciones epidemiológicas sobre el consumo de bebidas alcohólicas y la salud en los Estados Miembros.

Acciones de la Secretaría: control del tabaco, promoción de dietas saludables y de la actividad física, y reducción del uso nocivo del alcohol

44. Las acciones que se prevén son las siguientes:

a) **Liderazgo y movilización:** Trabajar con la Secretaría del CMCT de la OMS y con fondos, programas y organismos de las Naciones Unidas (véase el apéndice 4) para reducir los factores de riesgo modificables en los países, en particular como parte de la integración de la prevención de las enfermedades no transmisibles en los procesos de estructuración y aplicación del Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo a nivel de país.

b) **Cooperación técnica:** Proporcionar apoyo técnico para reducir los factores de riesgo modificables, entre otras cosas mediante la aplicación del CMCT de la OMS y sus directrices, las directrices y las estrategias mundiales de la OMS para afrontar los factores de riesgo modificables y otras opciones normativas de promoción de la salud, como iniciativas de fomento de entornos saludables en el lugar de trabajo, escuelas y otras instituciones docentes promotoras de la salud, iniciativas pro ciudades sanas, e iniciativas de desarrollo urbano y protección social y ambiental favorables a la salud, por ejemplo, mediante la participación de consejos locales o municipales y grupos subregionales.

c) **Asesoramiento normativo y diálogo:** Publicar y difundir orientación sobre la manera de poner en marcha la aplicación y evaluación de las intervenciones en los países a fin de reducir la prevalencia del consumo de tabaco, promover una alimentación sana y la actividad física y reducir el uso nocivo del alcohol.

d) **Normas y estándares:** Apoyar a la Conferencia de las Partes del CMCT de la OMS, por conducto de la Secretaría del Convenio, para que impulse la aplicación efectiva del Convenio, en particular mediante la elaboración de directrices y protocolos, cuando corresponda; seguir aprovechando las iniciativas en curso y preparar orientaciones normativas e instrumentos técnicos para respaldar la ejecución de las estrategias mundiales de la OMS para afrontar los factores de riesgo modificables; mejorar el conjunto común de indicadores y los instrumentos de recopilación de datos para vigilar los factores de riesgo mencionados en los grupos de población, incluso mediante el estudio de la viabilidad de los indicadores compuestos para vigilar el uso nocivo de alcohol en distintos niveles y reforzar los instrumentos para vigilar factores de riesgo como el consumo de tabaco, el uso nocivo de alcohol, la alimentación malsana y la inactividad física, así como crear capacidad nacional para el análisis, la notificación y la difusión de los datos.

e) **Producción de conocimientos:** Fortalecer los fundamentos científicos y difundirlos para apoyar las medidas normativas aplicadas en los países para disminuir la prevalencia de consumo de tabaco, promover una alimentación sana y la actividad física, y reducir el uso nocivo del alcohol.

Acciones propuestas para los asociados internacionales

45. Fortalecer la cooperación internacional en el marco de la cooperación Norte-Sur, Sur-Sur y triangular, y forjar alianzas de colaboración, según corresponda, para:

- Facilitar la aplicación del CMCT de la OMS, la estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol, la estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud, la estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño y el conjunto de recomendaciones de la OMS sobre la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños, mediante el apoyo y la participación en el fortalecimiento de la capacidad, la conformación del programa de investigaciones, la elaboración y aplicación de orientaciones técnicas y la movilización del apoyo financiero, según corresponda.

Objetivo 4. Fortalecer y orientar los sistemas de salud para abordar la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles y de los determinantes sociales subyacentes mediante una atención primaria de salud centrada en las personas y la cobertura sanitaria universal

46. En la Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades no Transmisibles se reconoce la importancia de la cobertura sanitaria universal, basada especialmente en la atención primaria, y de los mecanismos de protección social para proporcionar acceso a servicios de salud para todos, en particular para los sectores más pobres de la población (párrafo 45(n) de la Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades no Transmisibles). La atención integral de las enfermedades no transmisibles exige que todas las personas tengan acceso sin discriminación a un conjunto, determinado por el propio país, de servicios sanitarios de promoción, prevención, curación, rehabilitación y paliación. Es preciso procurar que el uso de estos servicios no cause problemas económicos a las personas, especialmente cuando se trata de lograr la continuidad de la asistencia a raíz de emergencias y desastres. Un sistema de salud fortalecido que aborde las enfermedades no transmisibles debe proponerse mejorar la promoción de la salud, la prevención, la detección temprana, el tratamiento y la atención continua de las personas que padecen o están en riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, cáncer, neumopatías crónicas, diabetes sacarina y otras de esta clase (apéndice 3), con la finalidad de prevenir complicaciones, disminuir la necesidad de hospitalizaciones e intervenciones costosas de alta tecnología y evitar la muerte prematura. El sector de la salud también tiene que colaborar con otros sectores y forjar alianzas para lograr que al planificar y prestar servicios a las comunidades se tengan en cuenta los determinantes sociales.

47. Las medidas señaladas en relación con este objetivo aspiran a reforzar el sistema de salud, en particular el personal sanitario, establecer orientaciones normativas para avanzar hacia la cobertura sanitaria universal y avanzar para cumplir las dos metas mundiales de aplicación voluntaria citadas a continuación, así como la meta relacionada con la muerte prematura.

- Al menos el 50% de las personas que lo necesitan reciben farmacoterapia y asesoramiento (incluido el control de la glucemia) para prevenir los ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares.
- Un 80% de disponibilidad de tecnologías básicas y medicamentos esenciales asequibles, incluidos genéricos, necesarios para tratar las principales enfermedades no transmisibles, tanto en los centros de salud públicos como en los privados.
- Reducción relativa del 25% de la prevalencia de hipertensión arterial o limitación de dicha prevalencia en función de las circunstancias del país.

Opciones de política para los Estados Miembros¹

48. Se propone que, de conformidad con su legislación y según proceda a la vista de sus circunstancias concretas, los Estados Miembros adopten las medidas que se exponen a continuación.

a) **Capacidad de liderazgo:** Medidas para potenciar una gobernanza y una rendición de cuentas eficaces:

- Asumir la responsabilidad y rendir cuentas respecto de la disponibilidad de servicios contra las enfermedades no transmisibles en el marco del fortalecimiento general de los sistemas de salud.
- Aplicar métodos de participación comunitaria al idear, aplicar, vigilar y evaluar programas contra las enfermedades no transmisibles a lo largo del ciclo de vida y de todo el proceso asistencial para aumentar y fomentar la eficacia de una respuesta equitativa.
- Integrar los servicios contra las enfermedades no transmisibles en las reformas o planes del sector de la salud para mejorar el desempeño de los sistemas de salud.
- Según corresponda, orientar estos servicios para que aborden las repercusiones de los determinantes sociales de la salud, en particular mediante intervenciones con fundamento científico apoyadas por la cobertura universal.

b) **Financiación:** Opciones de política para implantar una financiación sanitaria sostenible y equitativa:

- Abandonar la dependencia de las cuotas por servicio que se cobran a las personas enfermas y pasar a la protección que se deriva de la mancomunidad y el prepago, incluidos los servicios contra las enfermedades no transmisibles.
- Avanzar hacia la cobertura sanitaria universal mediante una combinación de ingresos internos y financiación tradicional e innovadora, dando prioridad a un conjunto de intervenciones eficaces de carácter preventivo, curativo y paliativo en los distintos niveles asistenciales que se ocupan de las enfermedades no transmisibles, con inclusión de la comorbilidad (véase el apéndice 3).
- Emprender iniciativas locales y nacionales para lograr la protección contra el riesgo económico y otras formas de protección social (por ejemplo, mediante el seguro de salud, la financiación mediante impuestos y las transferencias de efectivo o la consideración de las cuentas de ahorros sanitarias) que abarquen la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos de todos los padecimientos, en especial las enfermedades no transmisibles, en todas las personas, sobre todo las que no están empleadas en el sector formal.

c) **Ampliación de la cobertura de servicios de calidad:** Opciones de política para mejorar la eficacia, equidad, cobertura y calidad de los servicios contra las enfermedades no transmisibles, prestando atención especial a las enfermedades cardiovasculares, las neumopatías crónicas

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

y la diabetes, así como los riesgos conexos, y otras enfermedades no transmisibles que puedan representar una prioridad nacional:

- Reforzar y organizar los servicios, el acceso y los sistemas de derivación de pacientes en torno a redes de atención primaria próximas a los usuarios y centradas en las personas y plenamente integradas con los niveles secundario y terciario del sistema de asistencia sanitaria, sin olvidar la rehabilitación, los cuidados paliativos y los establecimientos de clínicas de especialidad hospitalarias y de consulta externa.
- Facultar a todos los prestadores de servicios (incluidas organizaciones no gubernamentales y entidades con o sin fines de lucro) para que se ocupen de las enfermedades no transmisibles de manera equitativa, salvaguardando la protección del consumidor y aprovechando el potencial de una gama de servicios como la medicina tradicional y complementaria, la prevención, la rehabilitación de calidad, los cuidados paliativos integrales y los servicios sociales para hacer frente a dichas enfermedades.
- Mejorar la eficacia con que se prestan los servicios y establecer metas nacionales coherentes con las metas mundiales de aplicación voluntaria para aumentar la cobertura de intervenciones costoeficaces de gran efecto enderezadas a afrontar las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, el cáncer y las neumopatías crónicas de manera escalonada (véase el apéndice 3), vinculando los servicios de atención de enfermedades no transmisibles y otros programas contra enfermedades concretas, en especial los trastornos mentales (véase el apéndice 1).
- Atender las necesidades de asistencia a largo plazo de las personas aquejadas de enfermedades no transmisibles crónicas, las discapacidades conexas y la comorbilidad que presentan mediante la implantación de modelos innovadores, eficaces e integrados de asistencia que vinculen los servicios de salud ocupacional y los servicios y recursos de la salud comunitaria con la atención primaria y el resto del sistema asistencial.
- Implantar sistemas de garantía y mejoramiento continuo de la calidad vinculados con la prevención y tratamiento de las enfermedades no transmisibles que pongan el acento en la atención primaria de salud y abarquen el uso de directrices con fundamento científico, protocolos de tratamiento e instrumentos para atender las principales enfermedades no transmisibles, así como los factores de riesgo y la comorbilidad conexas, todos ellos adaptados a las circunstancias del país.
- Adoptar medidas orientadas a empoderar a las personas aquejadas de enfermedades no transmisibles para cuidar mejor de sí mismas y brindarles educación, incentivos e instrumentos para la propia atención y el propio cuidado, utilizando para ello directrices con fundamento científico, registros de pacientes y asistencia por equipos de personal sanitario, así como tecnologías de información y comunicación como la ciber salud y la asistencia sanitaria mediante telefonía móvil.
- Estudiar los programas existentes, como los relacionados con la nutrición, la infección por el VIH, la tuberculosis, la salud reproductiva, la salud maternoinfantil y la salud mental, incluida la demencia, para determinar las posibilidades de integrarlos en la prestación de servicios de prevención y control de enfermedades no transmisibles.

d) **Desarrollo de recursos humanos:** Opciones de política para reforzar los recursos humanos para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles:

- Definir las competencias necesarias e invertir para mejorar los conocimientos, las aptitudes y la motivación de la fuerza de trabajo actual para abordar las enfermedades no transmisibles, con inclusión de la comorbilidad –por ejemplo, los trastornos mentales– y planificar para atender las necesidades futuras de personal sanitario, teniendo en cuenta también el envejecimiento de la población.
 - Incorporar la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en la formación de todo el personal sanitario, con inclusión de agentes sanitarios de la comunidad y agentes sociales, sean o no profesionales (nivel técnico o medio), poniendo el acento en la atención primaria de salud.
 - Ofrecer al personal sanitario una remuneración y unos incentivos adecuados para que trabajen en zonas desatendidas, incluidos alojamiento, infraestructuras, formación y actualización, y apoyo social.
 - Promover la producción, capacitación y retención de personal sanitario a fin de facilitar el despliegue apropiado de una fuerza de trabajo calificada dentro de los países y las regiones, de conformidad con el Código de prácticas mundial de la Organización Mundial de la Salud sobre contratación internacional de personal de salud.¹
 - Crear sendas de promoción profesional para el personal sanitario mediante el fortalecimiento de la formación de posgrado, atendiendo en particular a las enfermedades no transmisibles, en diversas disciplinas (por ejemplo, medicina, otras ciencias de la salud, enfermería, farmacia, administración sanitaria, nutrición, economía sanitaria, trabajo social y educación médica) y mejorar el adelanto laboral del personal que no es profesional.
 - Maximizar el ámbito de actuación de las enfermeras y el personal paramédico con el fin de que participen más en la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, procurando abordar las barreras que entorpecen esa aportación.
 - Fortalecer las capacidades de planificación, aplicación, vigilancia y evaluación de la prestación de servicios contra las enfermedades no transmisibles por conducto del gobierno, instituciones académicas públicas y privadas, asociaciones profesionales, organizaciones de pacientes y plataformas de autoasistencia.
- e) **Acceso:** Opciones de política para mejorar el acceso equitativo a los programas (por ejemplo, información sanitaria) y servicios de prevención, medicamentos y tecnologías esenciales, en particular los que se necesitan para las intervenciones esenciales frente a las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las neumopatías crónicas y la diabetes mediante el método de atención primaria de salud:
- Promover el acceso a servicios integrales y costoeficaces de prevención, tratamiento y atención para el manejo integrado de las enfermedades no transmisibles, incluyendo entre otras cosas un mayor acceso a medicamentos, medios diagnósticos y otras tecnologías asequibles, seguros, eficaces y de calidad, y haciendo pleno uso de las flexibilidades previstas en el Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC).

¹ Véase la resolución WHA63.16.

- Adoptar estrategias con fundamento científico propias del país para mejorar el acceso de los pacientes a medicamentos asequibles (por ejemplo, mediante la inclusión de los productos pertinentes en las listas nacionales de medicamentos esenciales, la separación neta entre la prescripción y la dispensación, el control de la venta al por mayor y al por menor mediante planes de márgenes de ganancia regresivos, y la exención de los medicamentos necesarios para tratar las enfermedades no transmisibles de los impuestos de importación y de otras clases, según corresponda, en función de las circunstancias del país).
- Promover la compra y el uso de medicamentos, entre ellos los genéricos, seguros, de buena calidad, eficaces y asequibles para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, incluido el acceso a medicamentos para el alivio del dolor en los cuidados paliativos y vacunas contra los cánceres causados por infecciones, mediante medidas que incluyan la garantía de la calidad de los productos médicos, trámites de autorización simplificados o acelerados, sustitución por genéricos, uso preferente de las denominaciones comunes internacionales, estímulos económicos, según corresponda, y educación del personal que prescribe y el público consumidor.
- Mejorar la disponibilidad de tecnologías que salvan vidas y de medicamentos esenciales para hacer frente a las enfermedades no transmisibles en la fase inicial de toda respuesta de emergencia.
- Facilitar el acceso a medidas de prevención, tratamiento y reeducación profesional, así como a indemnizaciones por enfermedades no transmisibles de origen laboral, en consonancia con las leyes y normas internacionales y nacionales sobre las enfermedades profesionales.

Acciones de la Secretaría

49. Acciones previstas para la Secretaría:

- Liderazgo y movilización:** Situar la respuesta a las enfermedades no transmisibles a la vanguardia de los esfuerzos por fortalecer los sistemas de salud y lograr la cobertura sanitaria universal.
- Cooperación técnica:**
 - Prestar asistencia, orientación y apoyo técnico a los países para que integren en sus sistemas de salud intervenciones costoeficaces para la atención de las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo, en particular medidas esenciales de atención primaria de salud.
 - Alentar a los países a mejorar el acceso a la prevención, el tratamiento y la atención costoeficaces, incluyendo entre otras cosas un mayor acceso a medicamentos, medios de diagnóstico y otras tecnologías asequibles, seguros, eficaces y de calidad, en consonancia con la Estrategia mundial y plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual.
 - Desplegar un botiquín sanitario de emergencia interorganismos para el tratamiento de las enfermedades no transmisibles en los desastres y emergencias que requieren ayuda humanitaria.

c) **Asesoramiento normativo y diálogo:** Proporcionar orientación normativa en materia de salud, de acuerdo con su mandato y aprovechando las estrategias ya existentes que hayan sido objeto de resoluciones adoptadas por la Asamblea Mundial de la Salud para impulsar la atención primaria centrada en las personas y la cobertura sanitaria universal.

d) **Normas y estándares:** Elaborar directrices, instrumentos y materiales didácticos para: *i)* fortalecer la ejecución de intervenciones costoeficaces de detección precoz, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos de las enfermedades no transmisibles; *ii)* establecer criterios diagnósticos y de exposición para la detección precoz, la prevención y el control de enfermedades no transmisibles de carácter ocupacional; *iii)* favorecer un autocuidado asequible, basado en datos de investigación científica, centrado en el paciente y la familia y que preste atención especial a los grupos de población que tienen conocimientos escasos o poca conciencia de su propia salud, si es necesario usando las tecnologías de la información y la comunicación, como las tecnologías de internet y la telefonía móvil, para prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles, por ejemplo, mediante educación sanitaria, promoción de la salud y comunicación para todos los grupos.¹

e) **Difusión de datos de investigación y las mejores prácticas:** Aportar más datos científicos sobre la eficacia de los distintos enfoques de los programas estructurados de asistencia integrada de las enfermedades no transmisibles y facilitar el intercambio de experiencias y mejores prácticas, a fin de enriquecer el acervo mundial de datos científicos que puedan acrecentar la capacidad de los países para resolver problemas y proteger los logros, así como inventar nuevas soluciones para afrontar las enfermedades no transmisibles y lograr progresivamente la cobertura sanitaria universal.

Acciones propuestas para los asociados internacionales

50. Fortalecer la cooperación internacional en el marco de la cooperación Norte-Sur, Sur-Sur y triangular, y forjar alianzas de colaboración, según corresponda, para:

a) Propiciar la movilización de recursos económicos suficientes, previsibles y sostenidos para alcanzar la cobertura sanitaria universal en los sistemas nacionales de salud, especialmente por medio de la atención primaria de salud para facilitar aún más la atención sanitaria secundaria y terciaria de calidad y asequible, las instalaciones terapéuticas y los mecanismos de protección social, con el fin de brindar acceso a los servicios de salud para todos, especialmente los sectores más pobres de la población.

b) Respaldar a las autoridades nacionales en el fortalecimiento de los sistemas de salud y la ampliación de la cobertura de los servicios de calidad, incluso mediante la creación de una infraestructura y una capacidad institucional adecuadas en materia de asistencia sanitaria, por ejemplo, instituciones de salud pública y facultades de medicina y enfermería, para formar personal sanitario.

c) Apoyar las iniciativas de mejorar el acceso a medicamentos, medios de diagnóstico y otras tecnologías sanitarias que sean asequibles, seguros, eficaces y de buena calidad, aprovechando plenamente la flexibilidad y las disposiciones del acuerdo sobre los derechos de propiedad intelectual relacionados con el comercio.

¹ La Secretaría seguirá aplicando el Programa mundial conjunto UIT/OMS sobre movisalud y enfermedades no transmisibles.

- d) Apoyar los esfuerzos nacionales de prevención y control de las enfermedades no transmisibles, entre otras cosas mediante el intercambio de información sobre las mejores prácticas y la difusión de los resultados de la investigación sobre sistemas de salud.

Objetivo 5. Fomentar y apoyar la capacidad nacional de investigación y desarrollo de buena calidad en relación con la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles

51. Aunque se cuenta con intervenciones eficaces de prevención y control de las enfermedades no transmisibles, no se aplican en igual medida en todo el mundo. Hace falta realizar investigaciones comparativas, aplicadas y operacionales que integren las ciencias sociales y las biomédicas con el fin de ampliar y maximizar el efecto de las intervenciones (véase el apéndice 3) a fin de alcanzar las nueve metas mundiales de aplicación voluntaria (véase el apéndice 2).

52. La Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades no Transmisibles exhorta a las partes interesadas a apoyar y favorecer las investigaciones sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles y a aplicar sus resultados en la práctica para mejorar el acervo de conocimientos como base para la actuación nacional, regional y mundial. La estrategia mundial y plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual (resolución WHA61.21), alienta la realización de investigaciones en torno a las enfermedades que afectan desproporcionadamente a los habitantes de los países de ingresos bajos y medianos, en particular las enfermedades no transmisibles. El programa de investigaciones prioritarias de la OMS para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, elaborado mediante un proceso de participación y consultas, proporciona orientación sobre las inversiones futuras en la investigación de esas enfermedades.¹ El programa prioriza: *i*) las investigaciones orientadas a situar las enfermedades no transmisibles en la agenda del desarrollo mundial y a fomentar su vigilancia; *ii*) las investigaciones tendentes a comprender los determinantes macroeconómicos y sociales multisectoriales de las enfermedades no transmisibles y los factores de riesgo y a influir en ellos; *iii*) la investigación traslacional y de los sistemas de salud para la aplicación mundial de estrategias de costoeficacia comprobada; y *iv*) las investigaciones que permitan el acceso y uso apropiado de intervenciones onerosas pero eficaces en entornos con recursos limitados.

Opciones de política para los Estados Miembros²

53. Se propone que, de conformidad con su legislación y según proceda a la vista de sus circunstancias concretas, los Estados Miembros escojan y adopten las medidas que se exponen a continuación.

a) **Inversiones:** Aumentar las inversiones en investigación, innovación y desarrollo, así como en la gobernanza de estas actividades, como parte esencial de la respuesta nacional a las enfermedades no transmisibles; en particular, asignar presupuestos para fomentar las investigaciones pertinentes que permitan llenar las lagunas de conocimiento en torno a las intervenciones enumeradas en el apéndice 3 en función de la posibilidad de ampliación, repercusiones y eficacia.

b) **Políticas y planes nacionales de investigación:** En colaboración con instituciones académicas y de investigación, según corresponda, preparar, ejecutar y vigilar una política y un plan nacionales sobre investigaciones en torno a las enfermedades no transmisibles que incluya

¹ A prioritized research agenda for prevention and control of noncommunicable diseases. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011.

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

las investigaciones realizadas en la comunidad y la evaluación de los efectos de las intervenciones y políticas.

c) **Fortalecimiento de la capacidad:** Fortalecer la capacidad institucional nacional en materia de investigación y desarrollo, en particular la infraestructura, el equipo y los suministros de las instituciones investigadoras, así como la competencia de los investigadores para realizar estudios de buena calidad.

d) **Innovación:** Apoyarse más eficazmente en las instituciones académicas y los organismos multidisciplinarios para fomentar la investigación, conservar al personal investigador, estimular la innovación y alentar el establecimiento de centros nacionales y redes de referencia para realizar investigaciones importantes para las políticas.

e) **Uso de datos científicos en la formulación de políticas:** Fortalecer las bases científicas para la adopción de decisiones en las investigaciones relacionadas con enfermedades no transmisibles y con su traslación para potenciar el acervo de conocimientos con miras a las actividades nacionales en curso.

f) **Rendición de cuentas con respecto a los progresos realizados:** Seguir de cerca el flujo de recursos internos e internacionales para investigaciones nacionales relacionadas con enfermedades no transmisibles, y los productos de esta y sus repercusiones en materia de prevención y control de las enfermedades no transmisibles.

Acciones de la Secretaría

54. Acciones previstas para la Secretaría:

a) **Liderazgo y movilización:** Involucrar a los centros colaboradores de la OMS, instituciones académicas, organizaciones investigadoras y alianzas para fortalecer la capacidad de investigación en torno a las enfermedades no transmisibles en los países basada en las áreas fundamentales que se incluyen en el programa prioritario de la OMS; impulsando en especial los estudios destinados a mejorar el conocimiento de la asequibilidad, la capacidad de aplicación, la factibilidad y las repercusiones sobre la equidad sanitaria de las intervenciones y opciones de política incluidas en el apéndice 3.

b) **Cooperación técnica:** A petición expresa, prestar apoyo técnico para fortalecer la capacidad nacional y regional: *i)* incorporar políticas y planes nacionales y regionales de investigación, desarrollo e innovación sobre las enfermedades no transmisibles; *ii)* adoptar e impulsar el plan de investigaciones prioritarias de la OMS en torno a la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, tomando en consideración las necesidades y circunstancias del país; y *iii)* formular planes de investigación y desarrollo, y mejorar la capacidad de innovación para apoyar la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles.

c) **Asesoramiento normativo y diálogo:** Promover el intercambio de conocimientos técnicos y experiencia entre los países y publicar y difundir orientación sobre la manera de reforzar los vínculos entre las políticas, la práctica y los productos de investigación sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles.

Acciones propuestas para los asociados internacionales

55. Fortalecer la cooperación internacional en el marco de la cooperación Norte-Sur, Sur-Sur y triangular, y forjar alianzas de colaboración, según corresponda, para:

- Promover las inversiones y fortalecer la capacidad nacional para realizar investigación, innovación y desarrollo de buena calidad en todos los aspectos de la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles de una manera sostenible y costoeficaz, incluso mediante el reforzamiento de la capacidad nacional y la creación de becas y el otorgamiento de subvenciones para la investigación.
- Favorecer las investigaciones sobre las enfermedades no transmisibles y su aplicación para enriquecer el acervo de conocimientos para la aplicación de los planes de acción nacionales, regionales y mundial.
- Promover la utilización de la tecnología de la información y las comunicaciones para mejorar la ejecución de los programas, obtener mejores resultados en materia de salud, promover la salud, mejorar los sistemas de información y de vigilancia, y difundir, según proceda, información sobre intervenciones sostenibles, de calidad, asequibles y eficaces en función del costo, así como sobre mejores prácticas y las enseñanzas extraídas en la esfera de las enfermedades no transmisibles.
- Apoyar a los países y la Secretaría a poner en práctica otras medidas descritas en este objetivo.

Objetivo 6. Seguir de cerca las tendencias y los determinantes de las enfermedades no transmisibles y evaluar los avances realizados para su prevención y control

56. Las medidas enumeradas en este objetivo ayudarán a seguir de cerca los progresos mundiales y nacionales de la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, usando el marco mundial de vigilancia, consistente en 25 indicadores y nueve metas de aplicación voluntaria (véase el apéndice 2). Esa vigilancia permitirá realizar evaluaciones que puedan compararse a nivel internacional de las tendencias de las enfermedades no transmisibles a lo largo del tiempo y ayudará a determinar puntos de comparación de cada país en relación con otros de la misma región o que tengan el mismo grado de desarrollo, sentará las bases de una acción mundial coordinada en materia de promoción y formulación de políticas, y ayudará a reforzar el compromiso político.

57. Además de los indicadores del marco, los países y las regiones pueden agregar otros indicadores para seguir de cerca los progresos realizados por las estrategias nacionales y regionales para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, teniendo en cuenta las situaciones propias de cada país o región.

58. Habrá que proporcionar un apoyo económico y técnico mucho mayor para fortalecer las instituciones a fin de efectuar la vigilancia y el seguimiento, tomando en consideración las innovaciones y las tecnologías nuevas que pueden mejorar la eficacia de la recopilación, calidad y cobertura de los datos, de modo que se refuerce la capacidad de los países de recopilar, analizar y comunicar datos de vigilancia para el seguimiento mundial y nacional.

Opciones de política para los Estados Miembros¹

59. Se propone que, de conformidad con su legislación y según proceda a la vista de sus circunstancias concretas, los Estados Miembros seleccionen de las siguientes opciones de política las que quieran emprender.

- a) **Seguimiento:** Actualizar las leyes relativas a la recopilación de estadísticas sanitarias, fortalecer los sistemas de registro civil y de causas de defunción, definir y adoptar un conjunto de metas e indicadores nacionales basados en el marco mundial de vigilancia e integrar sistemas de seguimiento para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, incluida la frecuencia con que se aplican intervenciones clave pertinentes en los sistemas nacionales de información sanitaria, con la finalidad de valorar sistemáticamente los progresos realizados en la aplicación de las intervenciones y sus efectos.
- b) **Registros de enfermedades:** Crear registros de enfermedades, y mantener y reforzar los existentes, en especial del cáncer, si ello es factible y sostenible, y aplicar indicadores adecuados para conocer mejor las necesidades regionales y nacionales.
- c) **Vigilancia:** Identificar conjuntos y fuentes de datos e integrar la vigilancia en los sistemas nacionales de información sanitaria y reunir periódicamente datos sobre los factores de riesgo comportamentales y metabólicos (uso nocivo del alcohol, inactividad física, consumo de tabaco, dieta malsana, sobrepeso y obesidad, hipertensión arterial, aumento de la glucemia, e hiperlipidemia), así como los determinantes de la exposición a riesgos (tales como la mercadotecnia de los alimentos, los productos de tabaco y las bebidas alcohólicas), y hacerlo, cuando sea posible, de forma desglosada en función de dimensiones fundamentales de la equidad, tales como el sexo, la edad (por ejemplo, niños, adolescentes y adultos) o el nivel socioeconómico, para seguir de cerca su evolución y evaluar los progresos logrados en la reducción de las desigualdades.
- d) **Fortalecimiento de la capacidad y las innovaciones:** Reforzar la capacidad técnica e institucional, en particular mediante la creación de institutos de salud pública, necesaria para gestionar y poner en marcha sistemas de vigilancia y seguimiento, que se integren en la capacidad de los sistemas existentes de información sanitaria, haciendo hincapié en la gestión, el análisis y la notificación de los datos, a fin de mejorar la disponibilidad de datos de calidad acerca de las enfermedades no transmisibles y los factores de riesgo conexos.
- e) **Difusión y uso de los resultados:** Aportar sistemáticamente información acerca de las tendencias de las enfermedades no transmisibles por lo que atañe a la morbilidad, las causas de mortalidad, los factores de riesgo y otros determinantes, desglosados por edad, sexo, discapacidad y nivel socioeconómico, e informar a la OMS sobre los progresos realizados en la ejecución de los planes de acción nacionales y la eficacia de las políticas y estrategias nacionales, coordinando los informes de los países con los análisis mundiales.
- f) **Asignación presupuestaria:** Aumentar y priorizar las asignaciones presupuestarias a los sistemas de vigilancia y seguimiento para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles.

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

Acciones de la Secretaría

60. Acciones previstas para la Secretaría:

a) Cooperación técnica: Ayudar a los Estados Miembros a:

- Establecer o fortalecer los sistemas nacionales de vigilancia y seguimiento, en particular la recopilación de datos sobre factores de riesgo y otros determinantes, morbilidad y mortalidad, y respuestas nacionales para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, por ejemplo mediante la elaboración, cuando proceda, de módulos estándar dentro de las encuestas domiciliarias.
- Formular metas e indicadores nacionales basados en la situación del país y teniendo en cuenta el marco mundial de vigilancia integral, incluyendo los indicadores y un conjunto de metas mundiales de aplicación voluntaria.

b) Fijar normas y seguir de cerca las tendencias, la capacidad y los progresos mundiales para el logro de las metas mundiales de aplicación voluntaria:

- Preparar lo antes posible indicadores adecuados del plan de acción que permitan seguir de cerca los progresos realizados en la ejecución del plan de acción.
- Crear, mantener y examinar las normas para la cuantificación de los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles.
- Empezar evaluaciones periódicas de la capacidad nacional de los Estados Miembros para prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles.
- Brindar orientación acerca de las definiciones, según corresponda y la forma como han de medirse, recopilarse, refundirse y notificarse los indicadores, así como los requisitos del sistema nacional de información sanitaria para lograr esto.
- Examinar los progresos realizados a escala mundial en la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles mediante el monitoreo y la notificación del cumplimiento de las metas de aplicación voluntaria en 2015 y 2020, de manera que los países puedan intercambiar conocimientos sobre los factores que aceleran el progreso y allanar los obstáculos que impiden cumplir dichas metas.
- Seguir de cerca las tendencias mundiales de las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo y la capacidad de los países para articular una respuesta; además, publicar informes periódicos sobre los progresos realizados donde se describa la situación mundial de la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, a tono con los informes de 2015 y 2020 que prescribe el marco de vigilancia mundial, así como informes sobre factores de riesgo concretos, como informes sobre la epidemia mundial de tabaquismo y sobre el consumo de alcohol y la salud.
- Movilizar a un grupo representativo de partes interesadas, en particular Estados Miembros y asociados internacionales, con el fin de evaluar los progresos realizados en la ejecución del presente plan de acción a la mitad y al final del periodo que abarca el plan. La evaluación intermedia brindará la oportunidad de aprender de la experiencia adquirida durante los primeros cuatro años del plan, para adoptar así medidas co-

rectivas cuando la acción no haya sido eficaz y reorientar partes del plan, cuando corresponda, en respuesta a la agenda del desarrollo posterior a 2015.

Acciones propuestas para los asociados internacionales

61. Fortalecer la cooperación internacional en el marco de la cooperación Norte-Sur, Sur-Sur y triangular, y forjar alianzas de colaboración, según corresponda, a fin de:

- Movilizar recursos, fomentar las inversiones y afianzar la capacidad nacional de vigilancia y seguimiento en todos los aspectos de la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles.
- Favorecer la vigilancia y el seguimiento, así como la aplicación de los resultados, para sentar las bases de la promoción, la formulación de políticas y la actuación coordinada para consolidar el compromiso político.
- Promover el uso de la tecnología de la información y la comunicación para mejorar la capacidad de vigilancia y seguimiento, así como para diseminar, según corresponda, datos sobre las tendencias de los factores de riesgo y los determinantes de las enfermedades no transmisibles.
- Apoyar las otras medidas previstas para los Estados Miembros y la Secretaría en el objetivo 6 para seguir y evaluar los progresos realizados en la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en los planos nacional, regional y mundial.

Apéndice 1

Sinergias entre las principales enfermedades no transmisibles y otras afecciones

Para dar una respuesta integral a la cuestión de la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles hay que tener en cuenta otras afecciones. Como ejemplos se pueden citar el deterioro cognitivo y otras enfermedades no transmisibles, como las enfermedades renales, endocrinas y neurológicas (por ejemplo, la epilepsia, el autismo o las enfermedades de Alzheimer y Parkinson); las enfermedades hematológicas, como las hemoglobinopatías (por ejemplo, la talasemia o la drepanocitosis), o las enfermedades hepáticas, gastrointestinales, osteomusculares, cutáneas y bucales, las discapacidades y los trastornos genéticos, que pueden aparecer aisladamente o combinarse unas con otras. La presencia de esas afecciones también puede influir en la aparición, evolución y respuesta al tratamiento de las principales enfermedades no transmisibles, y hay que abordarlas de forma integrada. Además, hay afecciones que, como las nefropatías, pueden deberse a una detección y tratamiento tardíos de la hipertensión o la diabetes y que, por consiguiente, están estrechamente relacionadas con las principales enfermedades no transmisibles.

Otros factores de riesgo modificables

Hay cuatro factores de riesgo comunes —consumo de tabaco, dieta malsana, inactividad física y consumo nocivo de alcohol— que son los más importantes para las enfermedades no transmisibles.

La exposición a peligros medioambientales y laborales, como la contaminación atmosférica y del aire de interiores, con humos de la quema de combustibles sólidos, ozono y polvo o alérgenos suspendidos en el aire pueden causar enfermedades respiratorias crónicas y algunas fuentes de contaminación atmosférica, como el humo producido por la quema de combustibles sólidos pueden causar cáncer de pulmón, contaminación atmosférica y del aire de interiores, olas de calor y estrés crónico relacionado con el trabajo y el desempleo también se asocian a enfermedades cardiovasculares. La exposición a carcinógenos como los gases producidos por la combustión del diesel, el amianto o las radiaciones ionizantes y ultravioletas presentes en el entorno laboral y extralaboral puede aumentar el riesgo de contraer cáncer. De modo parecido, el uso indiscriminado de productos agroquímicos y la descarga descontrolada de productos químicos industriales pueden causar cáncer y otras enfermedades no transmisibles, como las nefropatías. La posibilidad de que estas exposiciones influyan en las enfermedades no transmisibles es particularmente elevada en los primeros años de vida, por lo que hay que prestar especial atención a su prevención durante el embarazo y la infancia.

Se cuenta con intervenciones sencillas y asequibles para reducir los riesgos ambientales y laborales; su aplicación priorizada puede ayudar a reducir la carga de las enfermedades no transmisibles (resoluciones pertinentes de la Asamblea de la Salud: WHA49.12 sobre Estrategia mundial OMS de salud ocupacional para todos, WHA58.22 sobre prevención y control del cáncer, WHA60.26 sobre salud de los trabajadores: plan de acción mundial, y WHA61.19 sobre el cambio climático y la salud).

Trastornos mentales

Como estos trastornos son causa importante de morbilidad y contribuyen a aumentar la carga mundial de enfermedades no transmisibles, es preciso tener un acceso equitativo a programas e intervenciones de asistencia sanitaria que sean eficaces. Hay influencias recíprocas entre los trastornos mentales y otras enfermedades no transmisibles; así, aquellos pueden ser precursores o consecuencia de estas, o el resultado de efectos interactivos. Por ejemplo, se ha comprobado que la depresión predispone a los ataques cardíacos y que estos aumentan la probabilidad de padecer depresión. Algunos factores de riesgo de enfermedades no transmisibles como el sedentarismo o el consumo nocivo de alcohol tam-

bién relacionan estas enfermedades con los trastornos mentales. Los trastornos mentales y las enfermedades no transmisibles comparten vínculos estrechos con las características de los segmentos pobres de la población tales como los bajos niveles educativo y socioeconómico o el desempleo. No obstante, se ha comprobado que con frecuencia se pasan por alto tanto los trastornos mentales en personas con enfermedades no transmisibles como las enfermedades no transmisibles en los enfermos mentales. Hay que coordinar estrechamente y a todos los niveles la aplicación del plan de acción integral sobre salud mental y del plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles.

Enfermedades transmisibles

En años recientes se ha venido perfilando cada vez más la función de algunos agentes infecciosos en la patogenia de algunas enfermedades no transmisibles, ya sea en forma directa o combinados con factores genéticos y ambientales. Muchas enfermedades no transmisibles se relacionan con enfermedades transmisibles ya sea por la causa misma o por la susceptibilidad a las consecuencias graves. Se ha comprobado que varios cánceres —entre ellos algunos que tienen una tremenda repercusión mundial, como los del cuello uterino, el hígado, la cavidad bucal o el estómago— son de causa infecciosa. En los países en desarrollo, las infecciones causan más o menos una quinta parte de los cánceres. Las tasas elevadas de otras formas de cáncer que se observan en los países en desarrollo están vinculadas con infecciones o infestaciones como las causadas por los herpesvirus y el VIH en el caso del sarcoma de Kaposi o las duelas hepáticas en el del colangiocarcinoma. Algunas discapacidades importantes como la ceguera, la sordera, las malformaciones cardíacas o la disfunción intelectual pueden ser consecuencia de causas infecciosas. La carga y las repercusiones de las enfermedades no transmisibles se reducirán proporcionando buenos servicios de base poblacional para controlar las enfermedades infecciosas mediante la prevención, incluida la vacunación (por ejemplo, contra la hepatitis B, los papilomavirus humanos, el sarampión, la rubéola, la gripe, la tos ferina o la poliomielitis), el diagnóstico, el tratamiento y las estrategias de control.

También hay un alto riesgo de adquisición de enfermedades infecciosas y de mayor susceptibilidad a ellas entre las personas que ya padecen enfermedades no transmisibles. La atención a esta interacción optimizaría las oportunidades de detectar y tratar tanto las enfermedades no transmisibles como las infecciosas mediante servicios de atención primaria y especializados que estén alerta. Por ejemplo, los fumadores y los diabéticos, así como las personas con trastornos por consumo de alcohol, las aquejadas de inmunodepresión o las expuestas al humo de tabaco en el ambiente, tienen un riesgo más elevado de contraer tuberculosis. Como es frecuente que en las personas con neumopatías crónicas se pase por alto el diagnóstico de la tuberculosis, la colaboración de los consultorios antituberculosos en la detección de la diabetes y las enfermedades respiratorias crónicas, y de los consultorios de enfermedades no transmisibles en la detección de la tuberculosis, mejoraría la identificación de los casos de esta última. De manera análoga, la integración de los programas contra las enfermedades no transmisibles o de cuidados paliativos con los programas de lucha contra la infección por el VIH y el sida reportaría beneficios mutuos porque unos y otros se ocupan de prestar asistencia y sostén por largo tiempo y porque las enfermedades no transmisibles pueden ser un efecto colateral del tratamiento prolongado de la infección por el VIH y el sida.

Transición demográfica y discapacidades

La prevención de las enfermedades no transmisibles aumentará la cantidad y la proporción de personas que envejecen de forma saludable y evitará los elevados costos asistenciales y los costos indirectos aún mayores vinculados con la atención a las personas de edad avanzada. Aproximadamente un 15% de la población sufre alguna discapacidad, y el aumento de la prevalencia de enfermedades no transmisibles está ejerciendo un efecto profundo en las tendencias de las discapacidades; por ejemplo, se calcula que en los países de ingresos bajos y medianos estas enfermedades representan más o menos

las dos terceras partes de los años vividos con discapacidad. La discapacidad relacionada con alguna enfermedad no transmisible (como la amputación, la ceguera o la parálisis) impone exigencias considerables a los sistemas sanitario y de bienestar social, mengua la productividad y empobrece a las familias. La rehabilitación debe ocupar un lugar central en los programas contra las enfermedades no transmisibles para afrontar los factores de riesgo (por ejemplo, la obesidad y la inactividad física), así como las pérdidas de función a consecuencia de dichas enfermedades (por ejemplo, la parálisis secundaria a un accidente cerebrovascular o la amputación por complicaciones de la diabetes). El acceso a los servicios de rehabilitación puede disminuir los efectos y las consecuencias de las enfermedades, acelerar el alta hospitalaria y hacer más lento o detener el deterioro de la salud y mejorar la calidad de la vida.

Violencia y lesiones no deliberadas

La exposición al maltrato infantil, que abarca el maltrato físico y emocional, los abusos sexuales y la desatención o privación, es un factor de riesgo bien conocido de la posterior adopción de comportamientos de alto riesgo, como el tabaquismo, el consumo nocivo de alcohol, el abuso de drogas o los trastornos de la alimentación, que a su vez predisponen a las enfermedades no transmisibles. Hay pruebas de que la cardiopatía isquémica, el cáncer y las neumopatías crónicas están relacionados con el padecimiento de maltrato en la infancia. Del mismo modo, el padecimiento de violencia de pareja se ha asociado al consumo nocivo de alcohol, al abuso de drogas, al tabaquismo y a los trastornos de la alimentación. Por consiguiente, los programas de prevención del maltrato infantil y de la violencia de pareja pueden contribuir de forma importante a la prevención de las enfermedades no transmisibles mediante una reducción de la probabilidad de consumir tabaco, dietas malsanas y alcohol.

La inexistencia de infraestructuras seguras para quienes se desplazan a pie o en bicicleta es un factor que desincentiva la realización de ejercicio físico. Por consiguiente, las estrategias bien conocidas de prevención de las lesiones causadas por el tránsito, tales como legislación apropiada en materia de seguridad vial y su cumplimiento, así como una buena planificación del uso del territorio y las infraestructuras de apoyo a la seguridad de los desplazamientos a pie o en bicicleta, son factores que pueden contribuir a la prevención de las enfermedades no transmisibles, además de ayudar a reducir las lesiones. Los efectos del alcohol son un factor que influye de forma importante tanto en el riesgo como en la gravedad de todas las lesiones no deliberadas, entre las que se encuentran los accidentes de tránsito, las caídas, los ahogamientos, las quemaduras y todas las formas de violencia. Así pues, la reducción del consumo nocivo de alcohol será beneficiosa para la prevención tanto de las enfermedades no transmisibles como de las lesiones.

Apéndice 2

Marco mundial de vigilancia integral, incluidos un conjunto de 25 indicadores y un conjunto de nueve metas mundiales de aplicación voluntaria para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles

Elemento del marco	Meta	Indicador
Mortalidad y morbilidad		
Mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles	1) Reducción relativa de la mortalidad general por enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes o enfermedades respiratorias crónicas en un 25%.	1) Probabilidad incondicional de muerte entre los 30 y los 70 años de edad por enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes o enfermedades respiratorias crónicas.
Indicador adicional		2) Incidencia de cánceres, por tipo de cáncer, por cada 100 000 personas.
Factores de riesgo		
Factores de riesgo comportamentales		
Uso nocivo del alcohol ¹	2) Reducción relativa del uso nocivo del alcohol ² en al menos un 10%, según proceda en el contexto nacional.	3) Consumo total de alcohol <i>per capita</i> (registrado o no registrado) en la población mayor de 15 años en un año civil, expresado en litros de alcohol puro, según proceda en el contexto del país. 4) Prevalencia normalizada por edades de los episodios de ingesta masiva de alcohol entre los adolescentes y adultos, según proceda en el contexto del país. 5) Morbilidad y mortalidad relacionadas con el alcohol entre los adolescentes y adultos, según proceda en el contexto del país.
Inactividad física	3) Reducción relativa de la prevalencia de actividad física insuficiente en un 10%.	6) Prevalencia de adolescentes con un nivel insuficiente de actividad física (definido como menos de 60 minutos diarios de ejercicio de intensidad moderada a elevada). 7) Prevalencia normalizada por edades de mayores de 18 años con un nivel insuficiente de actividad física (definido como menos de 150 minutos semanales de ejercicio de intensidad moderada, o su equivalente).
Ingesta de sal o sodio	4) Reducción relativa de la ingesta poblacional media de sal o sodio en un 30%. ³	8) Ingesta poblacional diaria media de sal (cloruro de sodio), en gramos y normalizada por edades, en los mayores de 18 años.
Consumo de tabaco	5) Reducción relativa de la prevalencia de consumo actual de tabaco en un 30% en las personas de 15 años o más.	9) Prevalencia del consumo actual de tabaco entre los adolescentes. 10) Prevalencia normalizada por edades del consumo actual de tabaco entre los mayores de 18 años.
Factores de riesgo biológicos		
Hipertensión arterial	6) Reducción relativa de la prevalencia de hipertensión en un 25%, o contención de la prevalencia de hipertensión, en función de las circunstancias del país.	11) Prevalencia normalizada por edades de mayores de 18 años con hipertensión arterial (definida como tensión arterial sistólica ≥ 140 mm Hg y/o tensión arterial diastólica ≥ 90 mm Hg), y tensión sistólica media.
Diabetes y obesidad ⁴	7) Detención del aumento de la diabetes y la obesidad.	12) Prevalencia normalizada por edades de mayores de 18 años con hiperglucemia o diabetes (definidas, respectivamente, como una glucemia en ayunas $\geq 7,0$ mmol/l (126 mg/dl) y la toma de medicación contra la hiperglucemia). 13) Prevalencia normalizada por edades de adolescentes con sobrepeso u obesidad (definidos con arreglo a los patrones de crecimiento de la OMS para niños en edad

¹ Según proceda en el contexto del país y en consonancia con la Estrategia mundial de la OMS para reducir el uso nocivo del alcohol, los países seleccionarán los indicadores del uso nocivo del alcohol, que pueden comprender la prevalencia de episodios de ingesta masiva de alcohol, el consumo total de alcohol por habitante y la morbilidad y mortalidad relacionadas con el alcohol, entre otros.

² En la Estrategia mundial de la OMS para reducir el uso nocivo del alcohol, el concepto de uso nocivo del alcohol abarca el consumo de alcohol que provoca efectos sanitarios y sociales perjudiciales para el bebedor, para quienes lo rodean y para la sociedad en general, así como las pautas de consumo de alcohol asociadas a un mayor riesgo de resultados sanitarios perjudiciales.

³ La OMS recomienda un consumo inferior a 5 gramos de sal o 2 gramos de sodio por persona al día.

⁴ Los países seleccionarán los indicadores apropiados para el contexto nacional.

Elemento del marco	Meta	Indicador
		escolar y adolescentes como un índice de masa corporal superior a la media para la edad y el sexo en una (sobrepeso) o dos (obesidad) desviaciones estándar. 14) Prevalencia normalizada por edades de mayores de 18 años con sobrepeso u obesidad (definidos por un índice de masa corporal superior a, respectivamente, 25 kg/m ² o 30 kg/m ²).
Indicadores adicionales		15) Porcentaje medio normalizado por edades de la ingesta calórica total procedente de ácidos grasos saturados entre los mayores de 18 años. ¹
		16) Prevalencia normalizada por edades de adultos (personas de 18 años o más) que consumen en total menos de cinco raciones (400 gramos) al día de frutas y hortalizas.
		17) Prevalencia normalizada por edades de la concentración de colesterol total entre los mayores de 18 años (definida como una concentración $\geq 5,0$ mmol/l o 190 mg/dl), y valor medio del colesterol total.
Respuesta del sistema nacional		
Farmacoterapia para prevenir los infartos de miocardio y los accidentes cerebrovasculares	8) Tratamiento farmacológico y asesoramiento (incluido el control de la glucemia) de al menos un 50% de las personas que lo necesitan para prevenir ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares.	18) Porcentaje de personas (en la población de más de 40 años con un riesgo cardiovascular $\geq 30\%$ a 10 años, incluidos los que ya padecen una dolencia cardiovascular) que necesitan, y de hecho reciben, farmacoterapia y asesoramiento (incluido el control de la glucemia) para prevenir el infarto de miocardio y los accidentes cerebrovasculares.
Medicamentos esenciales y tecnologías básicas para tratar las principales enfermedades no transmisibles	9) 80% de disponibilidad de tecnologías básicas y medicamentos esenciales asequibles, incluidos los genéricos, necesarios para tratar las principales enfermedades no transmisibles, en centros tanto públicos como privados.	19) Disponibilidad y asequibilidad en los centros tanto públicos como privados de medicamentos esenciales de calidad, seguros y eficaces, incluidos genéricos, y tecnologías básicas para las principales enfermedades no transmisibles.
Indicadores adicionales		20) Acceso a cuidados paliativos, medido por el nivel de consumo, en equivalentes de morfina, de analgésicos opioides potentes (excluida la metadona) por cada muerte por cáncer.
		21) Adopción de políticas nacionales que limiten la cantidad de ácidos grasos saturados y eliminen prácticamente los aceites vegetales parcialmente hidrogenados en los alimentos, según proceda en el contexto nacional y en el marco de los programas nacionales.
		22) Disponibilidad, cuando proceda, de vacunas costoeficaces y asequibles contra los papilomavirus humanos, de acuerdo con los programas y políticas nacionales.
		23) Políticas para reducir el impacto que tiene en los niños la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas ricos en grasas saturadas, ácidos grasos de tipo <i>trans</i> , azúcares libres o sal.
		24) Cobertura de vacunación contra el virus de la hepatitis B, medida por el número de terceras dosis de vacuna contra esa hepatitis administrada a los lactantes.
		25) Proporción de mujeres de 30 a 49 años (y en grupos de más o menos edad, según los programas y políticas nacionales) que hayan sido examinadas al menos una vez para detectar un cáncer cervicouterino.

¹ Cada uno de los ácidos grasos incluidos en la clasificación general de los ácidos grasos saturados posee propiedades biológicas singulares y efectos en la salud que pueden revestir interés para formular recomendaciones dietéticas.

Apéndice 3

En el cuadro que figura a continuación se presenta un menú de opciones de política e intervenciones costoefectivas para prevenir y controlar las principales enfermedades no transmisibles que ayuden a los Estados Miembros a aplicar, según proceda en función de las circunstancias del país y sin perjuicio del derecho soberano de las naciones a determinar sus políticas fiscales, entre otras, medidas para alcanzar las nueve metas mundiales de aplicación voluntaria (*La información tendrá que actualizarse en función de la evolución de los datos sobre las intervenciones y su costoefectividad*).

La lista que sigue no es exhaustiva, pero procura proporcionar información y orientación sobre la efectividad y costoefectividad^{1, 2, 3} de las intervenciones en función de las pruebas existentes, y servir de base para el desarrollo y expansión futura de la base documental sobre las medidas de política y las intervenciones individuales. Según las estimaciones de la OMS, las intervenciones normativas con respecto al objetivo 3 y las intervenciones individuales aplicables en el contexto de la atención primaria con respecto al objetivo 4 (en negrita) son muy costoefectivas⁴ y asequibles para todos los países.¹⁻³ No obstante, todavía no se han evaluado en contextos específicos en los diferentes países. Al seleccionar las intervenciones para prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles hay que tomar en consideración su efectividad, costoefectividad, asequibilidad, capacidad para aplicarlas, viabilidad según las circunstancias del país y repercusiones en la equidad sanitaria, así como a la necesidad de aplicar combinaciones de intervenciones normativas dirigidas a toda la población e intervenciones individuales.

Posibles opciones de política	Metas mundiales de aplicación voluntaria	Instrumentos de la OMS
<p>Objetivo 1</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sensibilizar al público y a los responsables políticos acerca de la prevención y el control de las ENT y aumentar sus conocimientos y prácticas al respecto • Integrar las ENT en la agenda social y de desarrollo y en las estrategias de reducción de la pobreza • Fortalecer la cooperación internacional en materia de movilización de recursos, creación de capacidades, capacitación del personal sanitario e intercambio de información sobre las enseñanzas extraídas y las prácticas óptimas • Lograr la participación y movilización de la sociedad civil y del sector privado, según proceda, y reforzar la cooperación internacional para respaldar la aplicación del plan de acción en los ámbitos mundial, regional y nacional 	<p>Contribuye a las 9 metas mundiales de aplicación voluntaria.</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010 – Notas descriptivas de la OMS – Atlas mundial sobre la prevención y el control de las enfermedades cardiovasculares 2011 – CIIC, GLOBOCAN 2008 – Instrumentos regionales y nacionales disponibles

¹ *Scaling up action against noncommunicable diseases: How much will it cost?* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011.

² WHO-CHOICE se refiere a la selección de intervenciones que sean costoefectivas.

³ The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank, *Disease control priorities in developing countries*. Washington, DC, Oxford University Press and The World Bank, 2006..

⁴ Por intervenciones muy costoefectivas se entienden aquellas que generan un año más de vida saludable por un costo inferior al ingreso medio anual o al producto interno bruto *per capita*.

Posibles opciones de política	Metas mundiales de aplicación voluntaria	Instrumentos de la OMS
<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar otras opciones de política en relación con el objetivo 1 (véase el párrafo 21) 		<ul style="list-style-type: none"> – Otros instrumentos pertinentes existentes en el sitio web de la OMS, tales como las resoluciones y otros documentos de los órganos deliberantes de la OMS y de los comités regionales
<p>Objetivo 2</p> <ul style="list-style-type: none"> • Priorizar y aumentar, según sea necesario, las asignaciones presupuestarias destinadas a la prevención y el control de las ENT, sin perjuicio del derecho soberano de las naciones a establecer sus políticas fiscales y de otra índole • Evaluar la capacidad nacional de prevención y control de las ENT • Elaborar y aplicar una política y un plan nacional multisectorial de prevención y control de las ENT con la participación de múltiples partes interesadas • Poner en práctica otras opciones de política con respecto al objetivo 2 (véase el párrafo 30), a fin de fortalecer la capacidad nacional, y en particular la capacidad humana e institucional, el liderazgo, la gobernanza, la acción multisectorial y las alianzas, para prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles 	<p>Contribuye a las 9 metas mundiales de aplicación voluntaria.</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Nota A/67/373 del Secretario General de las Naciones Unidas – Instrumento de análisis de la capacidad de los países en materia de ENT – Instrumento de evaluación de la capacidad básica de los PNCC – Instrumentos regionales y nacionales disponibles – Otros instrumentos pertinentes existentes en el sitio web de la OMS, tales como las resoluciones y otros documentos de los órganos deliberantes de la Organización y de los comités regionales
<p>Objetivo 3¹ Consumo de tabaco²</p> <ul style="list-style-type: none"> • Poner en práctica el CMCT de la OMS (véase el párrafo 36). Las Partes en el CMCT de la OMS deben cumplir íntegramente todas las obligaciones contraídas en virtud del tratado, y se alienta a todos los Estados Miembros que no son Partes a considerar el CMCT de la OMS como el instrumento más fundamental para el control del tabaco a nivel mundial. 	<p>Reducción relativa de la prevalencia del consumo actual de tabaco en un 30% en los mayores de 15 años</p> <p>Reducción relativa del uso nocivo del alcohol en al menos</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT de la OMS) y sus directrices – Módulos de creación de capacidad MPOWER para reducir la demanda de tabaco, en consonancia con el CMCT de la OMS

¹ Al abordar cada uno de los factores de riesgo, los Estados Miembros no deben basarse en una única intervención, sino adoptar un planteamiento integral para alcanzar los resultados deseados.

² Consumo de tabaco: cada una de estas medidas refleja una o más disposiciones del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT de la OMS). Las medidas citadas en este apéndice no pretenden sugerir una priorización de las obligaciones previstas en el CMCT de la OMS, sino que han demostrado ser factibles, asequibles y costoefectivas, y tienen por objeto cumplir los criterios establecidos en el párrafo introductorio del apéndice 3 para ayudar a los países a cumplir las metas acordadas lo antes posible. El CMCT de la OMS contiene varias otras disposiciones importantes, incluidas medidas de reducción de la oferta y de apoyo a la acción multisectorial, que forman parte de cualquier programa integral de control del tabaco.

Algunas intervenciones para tratar las enfermedades no transmisibles que son costoefectivas en entornos con ingresos elevados y que presuponen una infraestructura costoefectiva para el diagnóstico y la derivación y un volumen suficiente de casos no figuran en el objetivo 4; por ejemplo, la implantación de marcapasos para el bloqueo auriculoventricular, la existencia de desfibriladores en los vehículos de emergencias, los procedimientos de revascularización coronaria o la endarterectomía carotídea.

Posibles opciones de política	Metas mundiales de aplicación voluntaria	Instrumentos de la OMS
<ul style="list-style-type: none"> • Reducir la asequibilidad de los productos del tabaco aumentando los impuestos especiales sobre el tabaco¹ • Crear por ley entornos sin tabaco en todos los lugares de trabajo interiores, lugares públicos y medios de transporte público¹ • Señalar a la población los peligros del tabaco y el humo de tabaco mediante advertencias sanitarias eficaces y campañas en los medios de comunicación¹ • Prohibir toda forma de publicidad, promoción y patrocinio del tabaco¹ <p>Uso nocivo del alcohol</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aplicar la estrategia mundial de la OMS para reducir el uso nocivo del alcohol (véase el objetivo 3, párrafo 42) mediante acciones en las áreas recomendadas, en particular: <ul style="list-style-type: none"> • Reforzar la concienciación sobre la carga atribuible al alcohol, así como el liderazgo y el compromiso político para reducir el uso nocivo del alcohol • Proporcionar intervenciones preventivas y terapéuticas para quienes corran el riesgo de padecer trastornos relacionados con el consumo de alcohol y afecciones conexas o estén afectados por ellos • Prestar apoyo a las comunidades para que adopten estrategias e intervenciones eficaces para prevenir y reducir el consumo nocivo del alcohol • Aplicar políticas y medidas eficaces contra la conducción bajo los efectos del alcohol • Regular la disponibilidad comercial y pública del alcohol¹ • Restringir o prohibir la publicidad y la promoción del alcohol¹ • Utilizar políticas de precios, como el aumento de los impuestos especiales sobre las bebidas alcohólicas* • Reducir las consecuencias negativas del consumo de alcohol y de la intoxicación etílica, en particular mediante la regulación de los contextos de consumo y la información a los consumidores • Reducir el impacto en la salud pública del alcohol ilícito y el alcohol de producción informal mediante la aplicación de sistemas eficientes de control y cumplimiento de las leyes • Desarrollar sistemas nacionales sostenibles de seguimiento y vigilancia que utilicen indicadores, definiciones y procedimientos de recopilación de datos que sean compatibles con los sistemas de información 	<p>un 10%, según proceda en el contexto nacional</p> <p>Reducción relativa de la prevalencia de actividad física insuficiente en un 10%</p> <p>Reducción relativa de la ingesta poblacional media de sal o sodio en un 30%</p> <p>Reducción relativa de la prevalencia de hipertensión en un 25%, o contención de la prevalencia de hipertensión, en función de las circunstancias del país</p> <p>Detención del aumento de la diabetes y la obesidad</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Informes de la OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo – Recomendaciones sobre la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños (WHA63.14) – Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud (WHA57.17) – Recomendaciones mundiales sobre la actividad física y la salud – Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol (WHA63.13) – Informes mundiales de situación OMS sobre Alcohol y Salud 2011, 2013 – Directrices de la OMS sobre la sal y el potasio en la dieta – Instrumentos regionales y nacionales disponibles – Otros instrumentos pertinentes existentes en el sitio web de la OMS, tales como las resoluciones y otros documentos de los órganos deliberantes de la Organización y de los comités regionales

¹ Por intervenciones muy costoefectivas se entienden aquellas que generan un año más de vida saludable por un costo inferior al ingreso medio anual o al producto interno bruto *per capita*.

Posibles opciones de política	Metas mundiales de aplicación voluntaria	Instrumentos de la OMS
<p>mundiales y regionales de la OMS sobre el alcohol y la salud</p> <p>Dieta malsana e inactividad física</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aplicar la Estrategia Mundial OMS sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud (véase el objetivo 3, párrafos 40 y 41) • Aumentar el consumo de frutas y hortalizas • Ofrecer entornos para la realización de actividades físicas que sean más prácticos, seguros y orientados hacia la salud • Aplicar las recomendaciones sobre la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños (véase el objetivo 3, párrafos 38 y 39) • Aplicar la Estrategia Mundial de la OMS para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño • Reducir la ingesta de sal^{1, 2} • Sustituir las grasas <i>trans</i> por grasas insaturadas¹ • Poner en práctica programas de concienciación de la población sobre la dieta y la actividad física¹ • Sustituir las grasas saturadas por grasas insaturadas • Gestionar impuestos y subsidios de los alimentos para fomentar dietas saludables • Poner en práctica otras opciones de política con respecto al objetivo 3 a fin de abordar el problema de la dieta y la inactividad física 		
<p>Objetivo 4</p> <ul style="list-style-type: none"> • Integrar en el paquete básico de atención primaria intervenciones muy costoefectivas frente a las enfermedades no transmisibles, con sistemas de derivación a todos los niveles asistenciales, para hacer avanzar el programa de cobertura sanitaria universal • Explorar mecanismo viables de financiación sanitaria instrumentos económicos innovadores basados en evidencias • Ampliar la detección precoz y la cobertura, dando prioridad a las intervenciones muy costoefectivas con gran impacto, entre ellas las intervenciones costoefectivas para hacer frente a los factores de riesgo conductuales • Capacitar al personal sanitario y fortalecer la capacidad del sistema de salud, sobre todo en la atención primaria, para 	<p>80% de disponibilidad de tecnologías básicas y medicamentos esenciales asequibles, incluidos los genéricos, necesarios para tratar las principales enfermedades no transmisibles, en centros tanto públicos como privados</p> <p>Tratamiento</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Informes sobre la salud en el mundo 2010, 2011 – Prevención y control de las enfermedades no transmisibles: directrices para la atención primaria en entornos con escasos recursos; Diagnóstico y tratamiento de la diabetes de tipo 2 y Tratamiento del asma y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica 2012 – Directrices sobre el cáncer cervicouterino: uso de la crioterapia en las neoplasias intraepiteliales

¹ Por intervenciones muy costoefectivas se entienden aquellas que generan un año más de vida saludable por un costo inferior al ingreso medio anual o al producto interno bruto *per capita*.

² Y ajustar el contenido de yodo de la sal yodada, cuando corresponda.

Posibles opciones de política	Metas mundiales de aplicación voluntaria	Instrumentos de la OMS
<p>abordar la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mejorar la disponibilidad de tecnologías básicas y medicamentos esenciales asequibles, incluidos los genéricos, necesarios para tratar las principales enfermedades no transmisibles, en centros tanto públicos como privados • Poner en práctica otras intervenciones y opciones de política efectivas en relación con el objetivo 4 (véase el párrafo 47) para reforzar y orientar los sistemas de salud de modo que puedan abordar las enfermedades no transmisibles y los factores de riesgo a través de la atención primaria centrada en las personas y la cobertura sanitaria universal • Formular y poner en práctica una política de cuidados paliativos que haga uso de modalidades terapéuticas costoefectivas, entre ellas los opioides analgésicos para el alivio del dolor, y proporcione capacitación a los profesionales sanitarios <p>Enfermedades cardiovasculares y diabetes¹</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento farmacológico (incluido el control de la glucemia en el caso de la diabetes mellitus y el control de la hipertensión teniendo en cuenta todos los riesgos) y asesoramiento para todas las personas que hayan sufrido un ataque cardíaco o cerebral y aquellas con alto riesgo ($\geq 30\%$) de sufrir un episodio cardiovascular mortal o no mortal en los próximos 10 años² • Ácido acetilsalicílico para el infarto agudo de miocardio² • Tratamiento farmacológico (incluido el control de la glucemia en el caso de la diabetes mellitus y el control de la hipertensión teniendo en cuenta todos los riesgos) y asesoramiento para todas las personas que hayan sufrido un ataque cardíaco o cerebral y aquellas con alto riesgo ($\geq 20\%$) de sufrir un episodio cardiovascular mortal o no mortal en los próximos 10 años • Detección, tratamiento y control de la hipertensión y la diabetes con un enfoque que abarque el riesgo total • Prevención secundaria de la fiebre reumática y la cardiopatía reumática • Ácido acetilsalicílico, atenolol y tratamiento trombolítico (estreptoquinasa) para el infarto agudo de miocardio 	<p>farmacológico y asesoramiento (incluido el control de la glucemia) de al menos un 50% de las personas que lo necesitan para prevenir ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares</p> <p>Reducción relativa de la mortalidad general por enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes o enfermedades respiratorias crónicas en un 25%</p> <p>Reducción relativa de la prevalencia de hipertensión en un 25%, o contención de la prevalencia de hipertensión, en función de las circunstancias del país</p>	<p>cervicouterinas</p> <ul style="list-style-type: none"> – Directrices sobre el tratamiento farmacológico del dolor persistente en niños con enfermedades médicas – Expansión de las intervenciones contra las ENT, OMS 2011 – Base de datos CHOICE, OMS – Conjunto OMS de intervenciones esenciales contra las enfermedades no transmisibles (WHO PEN) en la atención primaria, incluido el instrumento de cálculo de costos 2011 – Prevención de las enfermedades cardiovasculares. Directrices sobre la evaluación y la gestión del riesgo cardiovascular 2007 – Protocolos clínicos integrados para la atención primaria y tablas OMS-ISH de predicción del riesgo cardiovascular – Tecnologías asequibles: dispositivos de medición de la tensión arterial para entornos con escasos recursos 2007 – Directrices sobre la calidad del aire de interiores – Directrices OMS sobre la calidad del aire con respecto a las partículas, el ozono, el dióxido de nitrógeno y el dióxido de azufre, 2005 – Control del cáncer: módulos sobre la prevención y los cuidados paliativos – Lista de Medicamentos Esenciales (2011) – Instrumento OneHealth – Mejora de la capacidad de enfermería y partería para

¹ Las medidas de política para prevenir las principales enfermedades no transmisibles se enumeran en el objetivo 3.

² Por intervenciones muy costoefectivas se entienden aquellas que generan un año más de vida saludable por un costo inferior al ingreso medio anual o al producto interno bruto *per capita*.

Posibles opciones de política	Metas mundiales de aplicación voluntaria	Instrumentos de la OMS
<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento de la insuficiencia cardiaca congestiva con inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina, β-bloqueantes y diuréticos • Rehabilitación cardiaca tras el infarto de miocardio • Anticoagulación para la fibrilación auricular de riesgo intermedio y elevado de origen no valvular y para la estenosis mitral con fibrilación auricular • Ácido acetilsalicílico a dosis bajas para los accidentes cerebrovasculares isquémicos <p>Diabetes¹</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intervenciones sobre el modo de vida para prevenir la diabetes de tipo 2 • Vacunación antigripal para los pacientes diabéticos • Atención preconceceptiva para las mujeres en edad fecunda, incluida la educación del paciente y la gestión intensiva de la glucemia • Detección de la retinopatía diabética con dilatación pupilar, seguida de fotocoagulación con láser, cuando proceda, para evitar la ceguera • Tratamiento eficaz con inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina para prevenir la progresión de la nefropatía • Atención y rehabilitación de los accidentes cerebrovasculares agudos en unidades especializadas • Intervenciones podológicas: programas educativos, acceso a calzado apropiado; clínicas multidisciplinarias. <p>Cáncer¹</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prevención del cáncer hepático mediante inmunización contra la hepatitis B² • Prevención del cáncer cervicouterino mediante cribado (inspección visual tras la aplicación de ácido acético o citología cervicouterina –frotis de Papanicolaou–) en caso de que resulte muy costoefectivo,² seguido del tratamiento de las lesiones precancerosas a su debido tiempo² • Vacunación contra los papilomavirus humanos, según proceda en función de su costoefectividad y asequibilidad y 		<p>contribuir a la prevención, tratamiento y gestión de las enfermedades no transmisibles</p> <ul style="list-style-type: none"> – Instrumentos regionales y nacionales disponibles – Otros instrumentos pertinentes existentes en el sitio web de la OMS, tales como las resoluciones y otros documentos de los órganos deliberantes de la Organización y de los Comités Regionales

¹ Las medidas de política para prevenir las principales enfermedades no transmisibles se enumeran en el objetivo 3.

² Por intervenciones muy costoefectivas se entienden aquellas que generan un año más de vida saludable por un costo inferior al ingreso medio anual o al producto interno bruto *per capita*.

Posibles opciones de política	Metas mundiales de aplicación voluntaria	Instrumentos de la OMS
<p>de los programas y políticas nacionales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cribado del cáncer cervicouterino basado en la población, seguido de tratamiento a su debido tiempo¹ • Cribado del cáncer de mama basado en la población y mamografía (50-70 años), vinculado al tratamiento a su debido tiempo¹ • Cribado del cáncer de colon basado en la población después de los 50 años de edad, por ejemplo mediante la prueba de sangre oculta en las heces, según proceda, vinculado al tratamiento a su debido tiempo¹ • Cribado del cáncer de la cavidad bucal en los grupos de alto riesgo (por ejemplo, consumidores de tabaco y nuez de betel), vinculado al tratamiento a su debido tiempo¹ <p>Enfermedades respiratorias crónicas²</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acceso a estufas mejoradas y combustibles más limpios para reducir la contaminación del aire de interiores • Intervenciones costoefectivas para prevenir las enfermedades pulmonares ocupacionales (por ejemplo, las debidas a la exposición a la sílice y al amianto) • Tratamiento del asma basado en las directrices de la OMS • Vacunación antigripal en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica 		
<p>Objetivo 5</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formular y poner en práctica un programa nacional de investigaciones prioritarias en materia de enfermedades no transmisibles • Priorizar las asignaciones presupuestarias para la investigación en materia de prevención y control de las enfermedades no transmisibles • Fortalecer los recursos humanos y la capacidad institucional en materia de investigación • Fortalecer la capacidad de investigación mediante la cooperación con instituciones de investigación nacionales y extranjeras • Poner en práctica otras opciones de política con respecto al objetivo 5 (véase el párrafo 52), a fin de fomentar y apoyar la capacidad nacional en materia de investigación, desarrollo e innovación de gran calidad 	<p>Contribuye a las 9 metas mundiales de aplicación voluntaria.</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Agenda OMS de investigaciones prioritarias para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2011 – Informe sobre la salud en el mundo 2013 – Estrategia mundial y plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual (WHA 61.21) – Instrumentos regionales y nacionales disponibles – Otros instrumentos pertinentes existentes en el sitio web de la OMS, tales como las resoluciones y otros documentos de los órganos deliberantes de la Organización y de los comités regionales

¹ El cribado solo es significativo si se asocia a capacidad de diagnóstico, derivación y tratamiento.

² Las medidas de política para prevenir las principales enfermedades no transmisibles se enumeran en el objetivo 3.

Posibles opciones de política	Metas mundiales de aplicación voluntaria	Instrumentos de la OMS
<p>Objetivo 6</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elaborar metas e indicadores nacionales basados en el marco mundial de vigilancia y vinculados con una política y un plan multisectoriales • Reforzar los recursos humanos y la capacidad institucional en materia de vigilancia y de monitoreo y evaluación • Establecer y/o reforzar un sistema de vigilancia integral de las enfermedades no transmisibles que incluya registros fiables de las causas de muerte, registros oncológicos, recopilación periódica de datos sobre los factores de riesgo y seguimiento de la respuesta nacional • Integrar la vigilancia y monitoreo de las enfermedades no transmisibles en los sistemas nacionales de información sanitaria • Poner en práctica otras opciones de política con respecto al objetivo 6 (véase el párrafo 58), a fin de seguir las tendencias y los determinantes de las enfermedades no transmisibles y evaluar los progresos realizados en su prevención y control 	<p>Contribuye a las 9 metas mundiales de aplicación voluntaria.</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Marco mundial de vigilancia – Instrumento de autopsia verbal – Método STEP-wise de vigilancia – Sistema Mundial de Vigilancia del Tabaco – Sistema Mundial de Información sobre el Alcohol y la Salud – Encuesta Mundial de Salud a Escolares – Instrumento de capacitación sobre la CIE-10 – Instrumento de evaluación de la disponibilidad y preparación de los servicios (SARA) – GLOBOCAN 2008, CIIC – Instrumentos regionales y nacionales disponibles – Otros instrumentos pertinentes existentes en el sitio web de la OMS, tales como las resoluciones y otros documentos de los órganos deliberantes de la Organización y de los comités regionales

Apéndice 4¹**Ejemplos de reparto colaborativo de las tareas y responsabilidades**

Se trata simplemente de una lista provisional. Los fondos, programas y organismos de las Naciones Unidas están formulando una división del trabajo

PNUD	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyar a las dependencias gubernamentales no sanitarias para que se impliquen en un enfoque multisectorial de todo el gobierno para afrontar las enfermedades no transmisibles. • Apoyar al ministerio de planificación para que integre el tema de las enfermedades no transmisibles en la agenda de desarrollo de cada Estado Miembro. • Apoyar al ministerio de planificación para que integre explícitamente el tema de las enfermedades no transmisibles en las estrategias de reducción de la pobreza. • Apoyar a las comisiones nacionales contra el sida para que integren en el programa nacional contra la infección por el VIH intervenciones contra el consumo nocivo de alcohol.
UNECE	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyar el Programa Paneuropeo de Transporte, Salud y Medio Ambiente.
ONU-ENERGÍA	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyar el seguimiento estrecho del acceso a energías limpias y sus repercusiones sobre la salud como parte de la Iniciativa de las Naciones Unidas sobre Energía Sostenible para Todos. • Apoyar la Alianza Mundial para Estufas Limpias y la difusión y seguimiento de las soluciones en materia de energías limpias para los hogares.
PNUMA	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyar la puesta en práctica de los convenios internacionales sobre el medio ambiente.
UNFPA	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyar a los ministerios de salud para que integren el tema de las enfermedades no transmisibles en los programas de salud reproductiva, prestando especial atención al cáncer del cuello uterino y a la promoción de modos de vida sanos entre los adolescentes.
UNICEF	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer la capacidad de los ministerios de salud para reducir los factores de riesgo de enfermedades no transmisibles entre los niños y adolescentes. • Fortalecer la capacidad de los ministerios de salud para afrontar la malnutrición y la obesidad en los niños.
ONU MUJERES	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyar a los ministerios de asuntos de la mujer o sociales para que promuevan métodos sensibles al concepto de género para prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles.
ONUSIDA	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyar a las comisiones nacionales contra el sida para que integren en los programas nacionales contra la infección por el VIH intervenciones para la atención a las enfermedades no transmisibles. • Apoyar a los ministerios de salud para que fortalezcan la atención crónica a la infección por el VIH y las enfermedades no transmisibles, en el marco del fortalecimiento general del sistema de salud. • Apoyar a los ministerios de salud para que integren en los sistemas de salud los servicios contra la infección por el VIH y contra las enfermedades no transmisibles, haciendo hincapié en la atención primaria.

¹ Esta información se actualizará periódicamente en función de las aportaciones hechas por los organismos de las Naciones Unidas.

UNSCN	<ul style="list-style-type: none"> • Facilitar la armonización de las actuaciones de las Naciones Unidas en los países y a escala mundial para reducir los riesgos alimentarios de las enfermedades no transmisibles. • Distribuir datos, información y buenas prácticas para reducir el riesgo alimentario de enfermedades no transmisibles. • Integrar el plan de acción en los planes, programas e iniciativas relacionados con los alimentos y la nutrición (por ejemplo, el Marco de acción para el fomento de la nutrición, el Comité de Seguridad Alimentaria Mundial de la FAO o el Programa de nutrición de la madre, del recién nacido y del niño pequeño de la Alianza Mundial para mejorar la Nutrición).
OIEA	<ul style="list-style-type: none"> • Ampliar el apoyo a los ministerios de salud para que refuercen los componentes terapéuticos de las estrategias nacionales de control del cáncer, junto con los exámenes y los proyectos del Programa de acción para el tratamiento del cáncer del OIEA que promueven los métodos de control integral de esta enfermedad cuando se ponen en práctica programas de medicina radiológica.
OIT	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyar el Plan de acción mundial de la OMS sobre la salud de los trabajadores, la Red Mundial de Salud Ocupacional y la Alianza para el Bienestar en el Lugar de Trabajo del Foro Económico Mundial. • Fomentar la aplicación de las normas internacionales de trabajo en materia de seguridad y salud ocupacionales, particularmente las relacionadas con el cáncer, el amianto, las enfermedades respiratorias y los servicios de salud ocupacional.
OOPS	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer las medidas preventivas, el tamizaje, el tratamiento y la atención de los refugiados palestinos aquejados de enfermedades no transmisibles. • Mejorar el acceso a medicamentos esenciales asequibles para el tratamiento de las enfermedades no transmisibles, mediante arreglos con las empresas farmacéuticas.
PMA	<ul style="list-style-type: none"> • Prevenir las enfermedades no transmisibles relacionadas con la nutrición, en particular durante las situaciones de crisis.
UIT	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyar a los ministerios de información para que incluyan el tema de las enfermedades no transmisibles en las iniciativas sobre información, comunicación y tecnología. • Apoyar a los ministerios de información para que incluyan el tema de las enfermedades no transmisibles en las iniciativas relacionadas con las mujeres y las niñas. • Apoyar a los ministerios de información para que se utilicen los teléfonos celulares para fomentar los modos de vida sanos y advertir contra los peligros del consumo de tabaco, en particular mediante el Programa mundial conjunto UIT/OMS sobre movisalud y enfermedades no transmisibles ya existente.
FAO	<ul style="list-style-type: none"> • Reforzar la capacidad de los ministerios de agricultura y ganadería para resolver la inseguridad alimentaria, la desnutrición y la obesidad. • Apoyar a los ministerios de agricultura y ganadería para armonizar las políticas agropecuarias, comerciales y sanitarias.
OMC	<ul style="list-style-type: none"> • En el contexto de su mandato, apoyar a los ministerios de comercio, en coordinación con otras dependencias gubernamentales competentes (especialmente las vinculadas con la salud pública), para que aborden las interacciones entre las políticas de comercio y las cuestiones de salud pública en el ámbito de las enfermedades no transmisibles.
ONU-HÁBITAT	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyar a los ministerios de vivienda para que aborden el tema de las enfermedades no transmisibles en el marco de la urbanización acelerada.

UNESCO	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyar al sector de la educación para que considere las escuelas como un lugar para fomentar intervenciones que reduzcan los principales factores de riesgo comunes y modificables de las enfermedades no transmisibles. • Apoyar la creación de programas de promoción y movilización de la comunidad en relación con la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, utilizando para ello los medios de comunicación y las redes mundiales de información. • Mejorar los conocimientos de los periodistas para que puedan informar de forma documentada sobre las cuestiones que afecten a la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles.
UNOSDP	<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar el deporte como medio para prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles.
OMPI	<ul style="list-style-type: none"> • En el ámbito de su mandato, y a petición expresa, prestar apoyo a los ministerios e instituciones pertinentes para que aborden las interacciones entre la salud pública, la innovación y la propiedad intelectual en la esfera de las enfermedades no transmisibles.
UNODC	<ul style="list-style-type: none"> • Habrá de examinarse más detenidamente.¹
JIFE	<ul style="list-style-type: none"> • Habrá de examinarse más detenidamente.¹

¹ Incluso mediante el debate previsto del ECOSOC sobre el grupo especial de trabajo de las Naciones Unidas.

Apéndice 5

Ejemplos de acción multisectorial del gobierno para reducir los factores de riesgo, y efectos sanitarios potenciales de la acción multisectorial¹

Sector	Tabaco	Inactividad física	Uso nocivo del alcohol	Dieta malsana
Agricultura	✓		✓	✓
Alimentación	✓	✓	✓	✓
Asuntos exteriores	✓	✓	✓	✓
Bienestar social	✓	✓	✓	✓
Comercio e industria (excluida la industria tabacalera)	✓	✓	✓	✓
Comunicación	✓	✓	✓	✓
Deportes	✓	✓	✓	✓
Desarrollo social y económico	✓	✓	✓	✓
Educación	✓	✓	✓	✓
Empleo	✓	✓	✓	✓
Energía		✓	✓	✓
Finanzas	✓	✓	✓	✓
Fiscal/hacienda	✓	✓	✓	✓
Justicia/seguridad	✓	✓	✓	✓
Juventud	✓	✓	✓	✓
Legislativo	✓	✓	✓	✓
Medio ambiente	✓	✓	✓	✓
Planificación urbana	✓	✓	✓	✓
Salud	✓	✓	✓	✓
Transporte	✓	✓	✓	✓
Vivienda	✓	✓		✓

¹ El cuadro ha sido adaptado a partir del documento A/67/373 de la Asamblea General de las Naciones Unidas.

Ejemplos de efectos sanitarios potenciales de la acción multisectorial¹

	Tabaco	Inactividad física	Uso nocivo del alcohol	Dieta malsana
Sectores implicados (ejemplos)	<ul style="list-style-type: none"> • Legislativo • Ministerios interesados de todos los sectores del gobierno, incluidos los ministerios de agricultura, aduanas/hacienda, economía, educación, finanzas, salud, asuntos exteriores, trabajo, planificación, bienestar social, medios de difusión del Estado, estadísticas y comercio 	<ul style="list-style-type: none"> • Ministerios de educación, finanzas, trabajo, planificación, transportes, urbanismo, deportes y juventud • Gobiernos locales 	<ul style="list-style-type: none"> • Legislativo • Ministerios de comercio, industria, educación, finanzas y justicia • Gobiernos locales 	<ul style="list-style-type: none"> • Legislativo • Ministerios de comercio, agricultura, industria, educación, urbanismo, energía, transportes, bienestar social y medio ambiente • Gobiernos locales
Ejemplos de acciones multisectoriales	<ul style="list-style-type: none"> • Plena aplicación de las obligaciones contraídas en virtud del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco a través de comités de coordinación nacional y subnacional 	<ul style="list-style-type: none"> • Planificación/ rediseño urbanos en pro del transporte activo y de unas ciudades peatonales • Programas escolares de apoyo a la actividad física • Incentivos para la adopción de programas sobre modos de vida saludables en el lugar de trabajo • Mayor disponibilidad de entornos saludables y espacios recreativos • Campañas en los medios de comunicación • Intervenciones económicas de promoción de la actividad física (impuestos sobre el transporte motorizado, subvenciones para bicicletas y equipo deportivo) 	<ul style="list-style-type: none"> • Plena aplicación de la Estrategia mundial OMS para reducir el uso nocivo del alcohol 	<ul style="list-style-type: none"> • Reducción de la cantidad de sal, grasas saturadas y azúcares en los alimentos elaborados • Limitación de los ácidos grasos saturados y eliminación de las grasas <i>trans</i> de producción industrial en los alimentos • Control de la publicidad de alimentos malsanos dirigida a los niños • Mayor disponibilidad y asequibilidad de frutas y verduras para fomentar su consumo • Oferta de alimentos saludables en las escuelas y otras instituciones públicas y mediante programas de apoyo social • Intervenciones económicas para orientar el consumo de alimentos (impuestos subvenciones) • Seguridad alimentaria

¹ Con la participación de la sociedad civil y el sector privado, según proceda.

	Tabaco	Inactividad física	Uso nocivo del alcohol	Dieta malsana
Resultados deseados	<ul style="list-style-type: none">• Reducción del uso y consumo de tabaco, incluida la exposición al humo ajeno, y reducción de la producción de tabaco y de productos de tabaco	<ul style="list-style-type: none">• Disminución de la inactividad física	<ul style="list-style-type: none">• Reducción del uso nocivo del alcohol	<ul style="list-style-type: none">• Reducción del consumo de sal, grasas saturadas y azúcares• Sustitución de los alimentos hipercalóricos y pobres en micronutrientes por alimentos saludables

ANEXO 5

Acuerdo entre la Organización Mundial de la Salud y el Centro del Sur

[A66/46, anexo – 14 de mayo de 2013]

La Organización Mundial de la Salud (en adelante, «la OMS»), por una parte, y

El Centro del Sur, por otra;

Denominadas en adelante, de forma individual y colectiva, respectivamente, «la Parte» y «las Partes»,

Teniendo cuenta que el objetivo de la OMS es alcanzar para todos los pueblos el grado más alto posible de salud y que, para conseguir ese objetivo, la OMS actúa como la autoridad directiva y coordinadora de la acción sanitaria internacional;

Teniendo cuenta además que el Centro del Sur es una organización intergubernamental de países en desarrollo creada sobre la base de la labor y la experiencia de la Comisión del Sur, incluido su informe «Desafío del Sur», con el fin de promover el asesoramiento normativo y la cooperación entre los países en desarrollo en sus esfuerzos por alcanzar un desarrollo económico sostenible;

Recordando que el Centro del Sur tiene la condición de observador en la Asamblea General de las Naciones Unidas, en virtud de la resolución 63/131, de 15 de enero de 2009, que confirma la importante función de apoyo del Centro del Sur a la labor de las Naciones Unidas y sus organismos;

Recordando además que la OMS y el Centro del Sur cooperan en algunas cuestiones relacionadas con la salud y el desarrollo, como el acceso a medicamentos y otras tecnologías sanitarias, y la investigación y el desarrollo de medicamentos y otras tecnologías sanitarias;

Conscientes de la aparición de retos cambiantes para los países en desarrollo, en los que la convergencia de intereses y la complementariedad de las Partes permitiría que, sin perder estas su independencia intelectual, se reforzara su respaldo a la lucha contra los principales desafíos a los que se enfrenta el mundo en desarrollo;

Dispuestas a coordinar sus esfuerzos en el marco de los mandatos que se les ha encomendado y conforme a las disposiciones de la Constitución de la OMS y el Acuerdo Constitutivo del Centro del Sur;

Deseosas de reforzar su cooperación sobre la base de la celebración de consultas periódicas;

Acuerdan lo siguiente:

Artículo 1

Propósito del presente Acuerdo

El presente Acuerdo regirá las relaciones entre la OMS y el Centro del Sur.

Artículo 2

Objetivos y esferas de cooperación

1. El objetivo del presente Acuerdo es reforzar la cooperación entre la OMS y el Centro del Sur en todos las cuestiones que se planteen en la esfera de la salud y guarden relación con las actividades y compromisos de ambas Organizaciones, incluido el acceso a medicamentos y otras tecnologías sanitarias.
2. La OMS y el Centro del Sur reafirman, de conformidad con sus respectivos mandatos y sus respectivas normas, políticas y prácticas, sus compromisos complementarios de atender a las necesidades de sus Estados Miembros y países asociados respectivos por todos los medios apropiados, incluidos los siguientes: actividades de investigación, reunión y difusión de información y celebración de reuniones de representantes de sus Estados Miembros y otros interesados pertinentes.
3. En la cooperación entre las Partes se respetarán las diferencias entre los arreglos institucionales y operativos por los que se rigen sus actividades, así como sus respectivas competencias básicas y ventajas comparativas, a fin de que su colaboración en la esfera de la salud resulte complementaria y sus funciones se refuercen mutuamente.

Artículo 3

Aspectos financieros y movilización conjunta de recursos

1. El presente Acuerdo define en términos generales la base para la cooperación, pero no constituye una obligación financiera que sirva de base para efectuar gastos.
2. Cuando una actividad pueda dar lugar a obligaciones legales o financieras, se establecerá un acuerdo por separado, compatible con los respectivos reglamentos y reglamentaciones financieros del Centro del Sur y la OMS, antes de llevar a cabo dicha actividad.

Artículo 4

Representación recíproca

1. Sobre la base de la reciprocidad, el Centro del Sur será invitado a estar representado en las reuniones de la Asamblea Mundial de la Salud y, cuando se convenga en que es oportuno, en otras reuniones celebradas bajo los auspicios de la OMS que sean de interés para el Centro del Sur, así como a participar, sin derecho de voto, en sus deliberaciones sobre los puntos de su orden del día que interesen al Centro del Sur.

2. Sobre la base de la reciprocidad, la OMS será invitada a estar representada en las reuniones del Consejo de Representantes del Centro del Sur y, cuando se convenga en que es oportuno, en otras reuniones celebradas bajo los auspicios del Centro del Sur que sean de interés para la Organización Mundial de la Salud, así como a participar, sin derecho de voto, en sus deliberaciones sobre los puntos de su orden del día que interesen a la OMS.

Artículo 5

Intercambio de información

1. La OMS y el Centro del Sur intercambiarán información acerca de las actividades relacionadas con asuntos de interés común, con sujeción a cualquier medida que pueda ser necesario adoptar para satisfacer las prescripciones en materia de confidencialidad o prerrogativas.
2. Ese intercambio se complementará, según sea necesario, con consultas que se celebrarán a petición de la otra Parte para tratar cuestiones que se planteen en relación con el presente Acuerdo.

Artículo 6

Privilegios e inmunidades

Ninguna de las disposiciones del presente Acuerdo deberá ser leída o interpretada como una exención o modificación de los privilegios e inmunidades de que disfruten la OMS y el Centro del Sur en virtud de los acuerdos internacionales y leyes nacionales aplicables a las organizaciones.

Artículo 7

Entrada en vigor, modificación y terminación

1. El presente Acuerdo entrará en vigor en la fecha de su firma por la Directora General de la OMS y el Director Ejecutivo del Centro del Sur, con sujeción a su aprobación por la Asamblea Mundial de la Salud y la Junta del Centro del Sur.
2. Este Acuerdo podrá ser modificado por consentimiento mutuo expresado por escrito. También podrá ser terminado por cualquiera de las Partes previa notificación a la otra Parte con seis meses de antelación.
3. En caso de terminación del Acuerdo, las Partes tomarán todas las medidas necesarias para garantizar que esa decisión no perjudique a ninguna de las actividades en curso en el marco del presente Acuerdo.

Artículo 8

Solución de diferencias

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

EN FE DE LO CUAL el presente Acuerdo fue hecho y firmado en _____ el _____ en dos ejemplares, ambos en inglés.

Por el Centro del Sur

Por la Organización Mundial de la Salud

ANEXO 6

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

1. Resolución WHA66.4 Salud ocular universal: un plan de acción mundial para 2014-2019
2. Relación con el presupuesto por programas para 2012-2013 (véase el documento A64/7 http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_7-sp.pdf) Objetivos estratégicos: No se aplica Resultados previstos a nivel de toda la Organización: No se aplica ¿De qué modo contribuiría la resolución a la consecución de los resultados previstos a nivel de toda la Organización? No hay vinculación con el presupuesto por programas 2012-2013. La ejecución del plan de acción comenzará en 2014. ¿Están incluidos en el presupuesto por programas los productos o servicios que se solicitan en la resolución? (Sí/No) No se aplica.
3. Costos estimados y repercusiones en la dotación de personal en relación con el presupuesto por programas a) Costo total Indíquese i) el periodo de vigencia de la resolución durante el cual la Secretaría tendrá que realizar actividades de aplicación y ii) el costo de esas actividades (estimación redondeada a la decena de millar de US\$ más próxima). i) Seis años (que abarcan el periodo 2014-2019) ii) Total: US\$ 27,19 millones (personal: US\$ 22,39 millones; actividades: US\$ 4,80 millones) b) Costos en el bienio 2012-2013 Indíquese la porción del costo indicado en 3 a) que corresponde al bienio 2012-2013 (estimación redondeada a la decena de millar de US\$ más próxima). La financiación de la labor preparatoria relacionada con el proyecto de plan de acción mundial para 2014-2019 relativo a la salud ocular universal se previó en el presupuesto por programas 2012-2013, pero la ejecución del plan de acción comenzará en 2014. Total: US\$ nulo (personal: US\$ nulo; actividades: US\$ nulo) Indíquese en qué niveles de la Organización se realizarían los gastos y en qué regiones, cuando corresponda. No se aplica.

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

No.

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

La ejecución del plan de acción comenzará en 2014.

c) Repercusiones en la dotación de personal

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

Sí

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

4. Financiación

¿Están financiados en su totalidad los costos estimados para el bienio 2012-2013 que se indican en 3 b)? (Sí/No)

No se aplica. La ejecución del plan de acción comenzará en 2014.

En caso negativo, indíquese el déficit de financiación y el modo en que se movilizarían los fondos (señálense en detalle las procedencias de los fondos previstas).

No se aplica.

1. Resolución WHA66.5 Situación sanitaria en el territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental, y en el Golán sirio ocupado

2. Relación con el presupuesto por programas para 2012-2013 (véase el documento A64/7 http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_7-sp.pdf)

Objetivos estratégicos: Todos

Resultados previstos a nivel de toda la Organización: Todos

¿De qué modo contribuiría la resolución a la consecución de los resultados previstos a nivel de toda la Organización?

Esta resolución contribuye al logro de los resultados previstos de la Organización respecto de las enfermedades transmisibles, las enfermedades no transmisibles, la salud a lo largo de todo el ciclo de vida, el fortalecimiento de los sistemas de salud y la preparación, vigilancia y respuesta.

¿Están incluidos en el presupuesto por programas los productos o servicios que se solicitan en la resolución? (Sí/No)

Sí.

3. Costos estimados y repercusiones en la dotación de personal en relación con el presupuesto por programas

a) Costo total

Indíquese i) el periodo de vigencia de la resolución durante el cual la Secretaría tendrá que realizar actividades de aplicación y ii) el costo de esas actividades (estimación redondeada a la decena de millar de US\$ más próxima).

i) Un año (desde mediados de 2013 hasta mediados de 2014)

ii) Total: US\$ 8,34 millones (personal y actividades)

b) Costos en el bienio 2012-2013

Indíquese la porción del costo indicado en 3 a) que corresponde al bienio 2012-2013 (estimación redondeada a la decena de millar de US\$ más próxima).

Total: US\$ 4,87 millones (personal y actividades)

Indíquese en qué niveles de la Organización se realizarían los gastos y en qué regiones, cuando corresponda.

Las actividades se llevarán a cabo principalmente por conducto de la Oficina de la OMS en Jerusalén, que tiene a su cargo el programa de cooperación de la OMS con la Autoridad Palestina. Las actividades de la OMS sobre el terreno se complementarán con el apoyo prestado por la Oficina Regional para el Mediterráneo Oriental y por los grupos orgánicos de la Sede que se ocupan de las áreas de la erradicación de la poliomielitis, la respuesta ante emergencias y la cooperación en los países, así como los dedicados a la seguridad sanitaria y el medio ambiente.

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

Sí.

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

c) Repercusiones en la dotación de personal

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

Sí.

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

4. Financiación

¿Están financiados en su totalidad los costos estimados para el bienio 2012-2013 que se indican en 3 b)? (Sí/No)

No.

En caso negativo, indíquese el déficit de financiación y el modo en que se movilizarían los fondos (señálense en detalle las procedencias de los fondos previstos).

Déficit de financiación: US\$ 1,59 millones; procedencia de los fondos: se seguirá tratando de conseguir financiación por medio de contribuciones voluntarias, inclusive a través del Procedimiento de Llamamientos Unificados; los déficits de financiación importantes quizá se cubran parcialmente con contribuciones señaladas.

1. Resolución WHA66.7 Aplicación de las recomendaciones de la Comisión de las Naciones Unidas sobre Productos Básicos de Supervivencia para Mujeres y Niños

2. Relación con el presupuesto por programas para 2012-2013 (véase el documento A64/7 http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_7-sp.pdf)

Objetivos estratégicos: 4 y 11

Resultados previstos a nivel de toda la Organización: 4.7, 11.1, 11.2, 11.3

¿De qué modo contribuiría la resolución a la consecución de los resultados previstos a nivel de toda la Organización?

La aplicación de la resolución prestaría apoyo a los Estados Miembros para mejorar la calidad, el suministro y el uso de productos básicos que salvan vidas en beneficio de la salud de mujeres y niños, así como a adoptar las medidas necesarias para reducir la mortalidad materno-infantil y alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio 4 y 5.

¿Están incluidos en el presupuesto por programas los productos o servicios que se solicitan en la resolución? (Sí/No)

Se necesitarán recursos adicionales para respaldar las actividades en materia de precalificación, garantía de la calidad, creación de demanda y otras medidas apuntadas para aplicar las recomendaciones de la Comisión, sobre todo en relación con el apoyo técnico proporcionado por la OMS.

3. Costos estimados y repercusiones en la dotación de personal en relación con el presupuesto por programas

a) Costo total

Indíquese i) el periodo de vigencia de la resolución durante el cual la Secretaría tendrá que realizar actividades de aplicación y ii) el costo de esas actividades (estimación redondeada a la decena de millar de US\$ más próxima).

i) Tres años (periodo 2013-2015)

ii) Total: US\$ 20 millones (personal: US\$ 6 millones; actividades: US\$ 14 millones)

b) Costos en el bienio 2012-2013

Indíquese la porción del costo indicado en 3 a) que corresponde al bienio 2012-2013 (estimación redondeada a la decena de millar de US\$ más próxima).

Total: US\$ 5,83 millones (personal: US\$ 830 000; actividades: US\$ 5 millones)

Indíquese en qué niveles de la Organización se realizarían los gastos y en qué regiones, cuando corresponda.

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

No

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

US\$ 5,83 millones

c) Repercusiones en la dotación de personal

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

No

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

Sede: un funcionario de grado P.5, otro de grado P.4, y otro de grado P.3; cada uno de esos puestos exigiría aptitudes en gestión y garantía de la calidad de productos básicos.

4. Financiación

¿Están financiados en su totalidad los costos estimados para el bienio 2012-2013 que se indican en 3 b)? (Sí/No)

No

En caso negativo, indíquese el déficit de financiación y el modo en que se movilizarían los fondos (señálense en detalle las procedencias de los fondos previstas).

Existe un déficit de US\$ 5,83 millones (promesa por valor de US\$ 2,60 millones; procedencia de los fondos: Noruega, a través de la secretaría de la Comisión de las Naciones Unidas sobre Productos Básicos de Supervivencia para Mujeres y Niños; US\$ 3,23 millones, procedencia de los fondos: estrategia de movilización no concretada).

c) Repercusiones en la dotación de personal

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

No

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

En la Sede se necesitará el equivalente de 5,5 funcionarios adicionales (cuatro expertos internacionales en salud pública y trastornos mentales, un secretario y el equivalente de medio puesto para una persona encargada de los asuntos financieros).

En las seis regiones de la OMS harán falta 6 funcionarios adicionales (seis expertos internacionales en salud pública y trastornos mentales, con conocimientos de las necesidades de las respectivas regiones).

Se necesitarán 18 funcionarios adicionales en los 18 países de las seis regiones de la OMS (18 expertos locales en trastornos mentales, que conozcan bien las necesidades conexas a nivel nacional y subregional).

4. Financiación

¿Están financiados en su totalidad los costos estimados para el bienio 2012-2013 que se indican en 3 b)? (Sí/No)

No

En caso negativo, indíquese el déficit de financiación y el modo en que se movilizarían los fondos (señálense en detalle las procedencias de los fondos previstas).

Habrà que movilizar US\$ 1,5 millones a través de los Estados Miembros, organizaciones multilaterales y otros asociados para sufragar los gastos de ejecución durante la segunda mitad de 2013.

1. Resolución WHA66.9 Discapacidad**2. Relación con el presupuesto por programas para 2012-2013 (véase el documento A64/7 http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_7-sp.pdf)**

Objetivo estratégico: 3

Resultados previstos a nivel de toda la Organización:

3.1, 3.3 y 3.6

¿De qué modo contribuiría la resolución a la consecución de los resultados previstos a nivel de toda la Organización?

Guarda relación con los actuales resultados previstos a nivel de toda la Organización.

¿Están incluidos en el presupuesto por programas los productos o servicios que se solicitan en la resolución? (Sí/No)

Sí

3. Costos estimados y repercusiones en la dotación de personal en relación con el presupuesto por programas**a) Costo total**

Indíquese i) el periodo de vigencia de la resolución durante el cual la Secretaría tendrá que realizar actividades de aplicación y ii) el costo de esas actividades (estimación redondeada a la decena de millar de US\$ más próxima).

i) 5 años (que abarcan el periodo 2013-2017)

ii) Total: US\$ 30 millones (personal: US\$ 15 millones; actividades: US\$ 15 millones)

b) Costos en el bienio 2012-2013

Indíquese la porción del costo indicado en 3 a) que corresponde al bienio 2012-2013 (estimación redondeada a la decena de millar de US\$ más próxima).

Total: US\$ 2,4 millones (personal: US\$ 1,2 millones; actividades: US\$ 1,2 millones)

Indíquese en qué niveles de la Organización se realizarían los gastos y en qué regiones, cuando corresponda.

Todos los niveles de la Organización.

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

Sí

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

c) Repercusiones en la dotación de personal

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

No. Se requiere personal adicional en cuatro oficinas regionales y en la Sede. El personal será contratado en el próximo bienio.

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

En las Oficinas Regionales para África, Asia Sudoriental, Europa y el Mediterráneo Oriental se necesita un funcionario adicional a tiempo completo por cada oficina regional para que ejerza de enlace.

Se necesitan dos funcionario técnicos en la Sede para elaborar un programa de rehabilitación, que aborde, entre otros temas, la provisión de tecnologías de asistencia, el fortalecimiento de sistemas de salud que tengan en cuenta la discapacidad y la obtención de datos.

4. Financiación

¿Están financiados en su totalidad los costos estimados para el bienio 2012-2013 que se indican en 3 b)? (Sí/No)

No: Está disponible un 80% de los fondos.

En caso negativo, indíquese el déficit de financiación y el modo en que se movilizarían los fondos (señálense en detalle las procedencias de los fondos previstas).

US\$ 480 000; procedencia de los fondos: se ha solicitado el apoyo de una serie de donantes, entre ellos la USAID y CBM International. Prosiguen las conversaciones.

1. Resolución WHA66.10 Seguimiento de la Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles

2. Relación con el presupuesto por programas para 2012-2013 (véase el documento A64/7 http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_7-sp.pdf)

Objetivos estratégicos: 3, 6 y 9

Resultados previstos a nivel de toda la Organización: 3.1, 3.2, 3.3, 3.4, 3.6, 6.1, 6.2, 6.3, 6.4, 6.5, 9.1, 9.3 y 9.4

¿De qué modo contribuiría la resolución a la consecución de los resultados previstos a nivel de toda la Organización?

El plan de acción mundial de la OMS para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020 contiene una serie completa de opciones y acciones de política para todas las partes

interesadas. Dicha serie se presenta en seis objetivos que, en caso de ejecutarse eficazmente, permitirán prevenir y reducir la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad prematura (resultado previsto a nivel de toda la Organización 3); fomentar la salud y el desarrollo, y prevenir o reducir los factores de riesgo (resultado previsto a nivel de toda la Organización 6); y mejorar la nutrición a lo largo de todo el ciclo de vida, además de apoyar la salud pública y el desarrollo sostenible (resultado previsto a nivel de toda la Organización 9).

¿Están incluidos en el presupuesto por programas los productos o servicios que se solicitan en la resolución? (Sí/No)

Sí.

3. Costos estimados y repercusiones en la dotación de personal en relación con el presupuesto por programas

a) Costo total

Indíquese *i*) el periodo de vigencia de la resolución durante el cual la Secretaría tendrá que realizar actividades de aplicación y *ii*) el costo de esas actividades (estimación redondeada a la decena de millar de US\$ más próxima).

i) Ocho años, de 2013 a 2020

ii) US\$ 75 millones (2013), US\$ 192 millones (2014-2015), US\$ 230 millones (2016-2017), US\$ 276 millones (2018-2019) y US\$ 165 millones (2020)

b) Costos en el bienio 2012-2013

Indíquese la porción del costo indicado en 3 a) que corresponde al bienio 2012-2013 (estimación redondeada a la decena de millar de US\$ más próxima).

US\$ 75 millones (US\$ 45 millones para personal y US\$ 30 millones para actividades)

Indíquese en qué niveles de la Organización se realizarían los gastos y en qué regiones, cuando corresponda.

En los tres niveles de la Organización.

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

Sí.

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

c) Repercusiones en la dotación de personal

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

No.

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

Hay que ampliar la dotación de personal en los tres niveles de la Organización y cubrir los puestos que están vacantes.

4. Financiación

¿Están financiados en su totalidad los costos estimados para el bienio 2012-2013 que se indican en 3 b)? (Sí/No)

No.

En caso negativo, indíquese el déficit de financiación y el modo en que se movilizarían los fondos (señálense en detalle las procedencias de los fondos previstas).

Harían falta US\$ 30 millones para completar las actividades continuas destinadas a la plena aplicación del

plan de acción correspondiente a la estrategia mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles para el periodo 2008-2013 (aprobado por la Asamblea de la Salud en la resolución WHA61.14). En esa cifra se incluyen US\$ 10 millones para labores críticas a realizar en 2013 para que la Organización pueda empezar a ejecutar las actividades incluidas en el plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020.

1. Resolución WHA66.12 Enfermedades tropicales desatendidas

2. Relación con el presupuesto por programas para 2012-2013 (véase el documento A64/7 http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_7-sp.pdf)

Objetivo estratégico: 1

Resultado previsto a nivel de toda la Organización: 1.3

¿De qué modo contribuiría la resolución a la consecución de los resultados previstos a nivel de toda la Organización?

El principal desafío que se plantea para superar las enfermedades tropicales desatendidas consiste en lograr que se mantenga el apoyo de los Estados Miembros y los asociados, a fin de garantizar una cobertura adecuada de las intervenciones contra las enfermedades tropicales desatendidas, una expansión constante de los servicios oportunos y el fortalecimiento necesario de los sistemas de salud. La resolución contribuiría a afrontar ese desafío.

¿Están incluidos en el presupuesto por programas los productos o servicios que se solicitan en la resolución? (Sí/No)

Sí

3. Costos estimados y repercusiones en la dotación de personal en relación con el presupuesto por programas

a) Costo total

Indíquese i) el periodo de vigencia de la resolución durante el cual la Secretaría tendrá que realizar actividades de aplicación y ii) el costo de esas actividades (estimación redondeada a la decena de millar de US\$ más próxima).

i) Ocho años (que abarcan el periodo 2013–2020)

ii) Total: US\$ 9 millones (personal: US\$ 3,6 millones; actividades: US\$ 5,4 millones)

b) Costos en el bienio 2012-2013

Indíquese la porción del costo indicado en 3 a) que corresponde al bienio 2012-2013 (estimación redondeada a la decena de millar de US\$ más próxima).

Total: US\$ 600 000 (actividades: US\$ 600 000)

Indíquese en qué niveles de la Organización se realizarían los gastos y en qué regiones, cuando corresponda.

Regiones y países: 70%; Sede: 30%

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

No

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

US\$ 600 000

c) Repercusiones en la dotación de personal

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

Sí

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

4. Financiación

¿Están financiados en su totalidad los costos estimados para el bienio 2012-2013 que se indican en 3 b)? (Sí/No)

Sí

En caso negativo, indíquese el déficit de financiación y el modo en que se movilizarían los fondos (señálense en detalle las procedencias de los fondos previstas).

1. Resolución WHA66.18 Seguimiento del informe del Grupo de Trabajo sobre la Elección de Director General de la Organización Mundial de la Salud

2. Relación con el presupuesto por programas para 2012-2013 (véase el documento A64/7 http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_7-sp.pdf)

Objetivo estratégico: 12

Resultado previsto a nivel de toda la Organización: 12.1

¿De qué modo contribuiría la resolución a la consecución de los resultados previstos a nivel de toda la Organización?

Guarda relación con los actuales resultados previstos a nivel de toda la Organización.

¿Están incluidos en el presupuesto por programas los productos o servicios que se solicitan en la resolución? (Sí/No)

No

3. Costos estimados y repercusiones en la dotación de personal en relación con el presupuesto por programas

a) Costo total

Indíquese *i*) el periodo de vigencia de la resolución durante el cual la Secretaría tendrá que realizar actividades de aplicación y *ii*) el costo de esas actividades (estimación redondeada a la decena de millar de US\$ más próxima).

i) Cada cinco años (comenzando en el bienio 2016–2017)

ii) Total: US\$ 70 936 (personal: costo nulo; actividades: US\$ 70 936)

b) Costos en el bienio 2012-2013

Indíquese la porción del costo indicado en 3 a) que corresponde al bienio 2012-2013 (estimación redondeada a la decena de millar de US\$ más próxima).

Total: costo nulo (personal: costo nulo; actividades: costo nulo)

Indíquese en qué niveles de la Organización se realizarían los gastos y en qué regiones, cuando corresponda.

Sede

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

No, se incluirá en el presupuesto por programas para 2016-2017. Esta resolución no afecta al ejercicio financiero 2012-2013.

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

No se aplica

c) Repercusiones en la dotación de personal

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

Sí

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

4. Financiación

¿Están financiados en su totalidad los costos estimados para el bienio 2012-2013 que se indican en 3 b)? (Sí/No)

No se aplica

En caso negativo, indíquese el déficit de financiación y el modo en que se movilizarían los fondos (señálense en detalle las procedencias de los fondos previstas).

1. Resolución WHA66.21 Reasignación de Sudán del Sur de la Región del Mediterráneo Oriental a la Región de África

2. Relación con el presupuesto por programas para 2012-2013 (véase el documento A64/7 http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_7-sp.pdf)

Objetivos estratégicos: Todos Resultados previstos a nivel de toda la Organización: Todos

¿De qué modo contribuiría la resolución a la consecución de los resultados previstos a nivel de toda la Organización?

Se mantendrían las contribuciones existentes ya que las actividades en curso continuarían. Sin embargo, el establecimiento de una oficina de la OMS en el país plenamente efectiva realzaría la visibilidad de la OMS en Sudán del Sur.

¿Están incluidos en el presupuesto por programas los productos o servicios que se solicitan en la resolución? (Sí/No)

Sí

3. Costos estimados y repercusiones en la dotación de personal en relación con el presupuesto por programas

a) Costo total

Indíquese i) el periodo de vigencia de la resolución durante el cual la Secretaría tendrá que realizar actividades de aplicación y ii) el costo de esas actividades (estimación redondeada a la decena de millar de US\$ más próxima).

i) Sin plazo

ii) Total: costo nulo (personal: costo nulo; actividades: costo nulo)

La aplicación entrañaría una redistribución de los recursos.

b) Costos en el bienio 2012-2013

Indíquese la porción del costo indicado en 3 a) que corresponde al bienio 2012-2013 (estimación redondeada a la decena de millar de US\$ más próxima).

Total: costo nulo (personal: costo nulo; actividades: costo nulo)

La aplicación entrañaría una redistribución de los recursos.

Indíquese en qué niveles de la Organización se realizarían los gastos y en qué regiones, cuando corresponda.

En la Oficina Regional para el Mediterráneo Oriental durante el mes de mayo de 2013 y, posteriormente, en la Oficina Regional para África. Los fondos para Sudán del Sur deben reflejarse en la asignación correspondiente a la Oficina Regional para África en el presupuesto por programas 2014-2015.

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

Sí, la asignación del presupuesto por programas para Sudán del Sur, que asciende a US\$ 54 millones, debería ser suficiente. Sin embargo, actualmente faltan US\$ 5 millones para completar la asignación, y puede ser necesario movilizar y asignar recursos adicionales antes del fin del bienio. La asignación de US\$ 616 000 para los objetivos estratégicos 12 y 13 tal vez sea adecuada para el bienio en curso; sin embargo, no es suficiente para cubrir los gastos de funcionamiento y de personal administrativo y de gestión que habrá que desembolsar dentro de la categoría 6 del presupuesto por programas 2014-2015 con miras al establecimiento de una oficina de la OMS en el país plenamente efectiva en el bienio 2014-2015.

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

c) Repercusiones en la dotación de personal

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

Sí, aunque podría nombrarse a un Representante de la OMS, y será necesario crear otros puestos y regularizar la plantilla.

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

Por determinar.

4. Financiación

¿Están financiados en su totalidad los costos estimados para el bienio 2012-2013 que se indican en 3 b)? (Sí/No)

Sí, pero puede ser necesario reasignar los fondos para cubrir los gastos de oficina puntuales de puesta en marcha y los gastos de funcionamiento.

En caso negativo, indíquese el déficit de financiación y el modo en que se movilizarían los fondos (señálense en detalle las procedencias de los fondos previstas).

1. Resolución WHA66.23 Transformar la formación de la fuerza de trabajo sanitaria para apoyar la cobertura sanitaria universal

2. Relación con el presupuesto por programas para 2012-2013 (véase el documento A64/7 http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_7-sp.pdf)

Objetivo estratégico: 10

Resultado previsto a nivel de toda la Organización: 10.9

(Categoría 4 del presupuesto por programas 2014-2015)

(Efecto 4.2, Producto 4.2.2 del presupuesto por programas 2014-2015)

¿De qué modo contribuiría la resolución a la consecución de los resultados previstos a nivel de toda la Organización?

Esta resolución hace referencia a las actividades relacionadas con servicios de salud integrados y centrados en las personas enunciadas en la categoría 4 del Duodécimo Programa General de Trabajo. Con respecto al presupuesto por programas 2014-2015, la ejecución de la resolución correspondería al efecto 4.2 y al producto 4.2.2: «Los países están habilitados para trazar y aplicar estrategias acordes con la estrategia mundial de la OMS sobre recursos humanos para la salud y el Código de prácticas mundial de la OMS

sobre contratación internacional de personal de salud.» La resolución abarca el periodo 2013-2017 y las actividades están incluidas en el presupuesto por programas 2014-2015 aprobado. La ejecución de la resolución debería dar lugar a un aumento del número de países que cuentan con un plan para invertir en la ampliación y mejora de la formación y la educación de los profesionales sanitarios de manera acorde con las necesidades nacionales en materia de salud. Para este proceso serán necesarias una evaluación de las prácticas en vigor y orientaciones y colaboración que permitan transformar los sistemas de formación para aportar una respuesta más adecuada a las necesidades de las personas.

¿Están incluidos en el presupuesto por programas los productos o servicios que se solicitan en la resolución? (Sí/No)

Sí.

3. Costos estimados y repercusiones en la dotación de personal en relación con el presupuesto por programas

a) Costo total

Indíquese i) el periodo de vigencia de la resolución durante el cual la Secretaría tendrá que realizar actividades de aplicación y ii) el costo de esas actividades (estimación redondeada a la decena de millar de US\$ más próxima).

i) Cinco años (que abarca el periodo 2013 a 2017)

ii) Total: US\$ 5,5 millones (personal: US\$ 3,3 millones; actividades: US\$ 2,2 millones)

Los presupuestos por programas pertinentes incluyen US\$ 0,6 millones para el bienio 2012-2013 y US\$ 3,1 millones para el bienio 2014-2015. La financiación para la ejecución en el bienio 2014-2015 procederá de una combinación de contribuciones señaladas y voluntarias, generadas durante el diálogo de financiación y la subsiguiente movilización de recursos.

b) Costos en el bienio 2012-2013

Indíquese la porción del costo indicado en 3 a) que corresponde al bienio 2012-2013 (estimación redondeada a la decena de millar de US\$ más próxima).

Total: US\$ 600 000 (personal: US\$ 200 000; actividades: US\$ 400 000)

Indíquese en qué niveles de la Organización se realizarían los gastos y en qué regiones, cuando corresponda.

En la Sede y en las seis oficinas regionales de la OMS.

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

Sí.

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

c) Repercusiones en la dotación de personal

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

No. Hace falta personal adicional en la Sede y las oficinas regionales para llevar a cabo las siguientes actividades:

- adaptar y probar sobre el terreno el instrumento y las directrices de evaluación
- proporcionar apoyo técnico a los Estados Miembros
- organizar reuniones regionales sobre formación y seguimiento
- formular enfoques mundiales y regionales, que pueden incluir estrategias para la educación transformadora de los profesionales sanitarios.

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

A nivel mundial se necesita el equivalente de un funcionario adicional a tiempo completo que se encargue de adaptar instrumentos y formular enfoques, así como de coordinar y vigilar las actividades regionales. Además, se necesitaría el equivalente de un funcionario a tiempo completo en la Oficina Regional para África y el equivalente de cinco funcionarios al 60%, uno en cada una de las demás oficinas regionales, con conocimientos sobre formación de profesionales sanitarios y sistemas de salud. Estas necesidades de personal se refieren al bienio 2014-2015. Durante el bienio 2016-2017 las necesidades de personal se reducirían a la mitad y se distribuirían uniformemente entre la Sede y las oficinas regionales.

4. Financiación

¿Están financiados en su totalidad los costos estimados para el bienio 2012-2013 que se indican en 3 b)? (Sí/No)

No. La financiación disponible (US\$ 100 000) solo incluye parte del personal necesario. Se necesita financiación para revisar y adaptar el instrumento actual, probarlo sobre el terreno en colaboración con los Estados Miembros, y organizar dos consultas técnicas (una antes y otra después de las pruebas sobre el terreno). Hará falta un experto técnico para apoyar al equipo de la Secretaría.

En caso negativo, indíquese el déficit de financiación y el modo en que se movilizarían los fondos (señálense en detalle las procedencias de los fondos previstas).

US\$ 0,5 millones; procedencia de los fondos: externa, donantes internacionales.

1. Resolución WHA66.24 Cibersalud: normalización y compatibilidad

2. Relación con el presupuesto por programas para 2012-2013 (véase el documento A64/7 http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_7-sp.pdf)

Objetivo estratégico: 10

Resultado previsto a nivel de toda la Organización: 10.7

¿De qué modo contribuiría la resolución a la consecución de los resultados previstos a nivel de toda la Organización?

Fortalecería los sistemas de información sanitaria nacionales prestando apoyo al suministro de datos oportunos, fiables y exactos para la adopción de decisiones.

¿Están incluidos en el presupuesto por programas los productos o servicios que se solicitan en la resolución? (Sí/No)

Sí

3. Costos estimados y repercusiones en la dotación de personal en relación con el presupuesto por programas

a) Costo total

Indíquese i) el periodo de vigencia de la resolución durante el cual la Secretaría tendrá que realizar actividades de aplicación y ii) el costo de esas actividades (estimación redondeada a la decena de millar de US\$ más próxima).

i) Cinco años (que abarcan el periodo 2013-2017)

ii) Total: US\$ 2,25 millones (personal: US\$ 750 000; actividades: US\$ 1,50 millones)

b) Costos en el bienio 2012-2013

Indíquese la porción del costo indicado en 3 a) que corresponde al bienio 2012-2013 (estimación redondeada a la decena de millar de US\$ más próxima).

Total: US\$ 250 000 (personal: US\$ 200 000; actividades: US\$ 50 000)

Indíquese en qué niveles de la Organización se realizarían los gastos y en qué regiones, cuando corresponda.

Todos los niveles de la Organización.

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

Sí

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

c) Repercusiones en la dotación de personal

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

No

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

Un funcionario (equivalente a 0,5 funcionarios a tiempo completo).

4. Financiación

¿Están financiados en su totalidad los costos estimados para el bienio 2012-2013 que se indican en 3 b)? (Sí/No)

Sí

En caso negativo, indíquese el déficit de financiación y el modo en que se movilizarían los fondos (señálense en detalle las procedencias de los fondos previstas).