Organización Mundial de la Salud

69.ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD **A69/10**
Punto 12.4 del orden del día provisional **20 de mayo de 2016**

Prevención y control de las enfermedades no transmisibles: respuestas a tareas específicas en preparación para la Tercera Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles en 2018

Informe de la Directora General

1. Como preparación para el examen amplio de los progresos alcanzados en la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles que llevará a cabo la Asamblea General de las Naciones Unidas en 2018, en el presente informe se recoge información actualizada sobre las respuestas a tareas específicas encomendadas a la Secretaría en la resolución WHA66.10 (2013) de la Asamblea Mundial de la Salud, la resolución 68/300 de la Asamblea General de las Naciones Unidas y la resolución 2014/10 del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas.

2. En su 138.ª reunión, de enero de 2016, el Consejo Ejecutivo tomó nota de una versión anterior del presente informe[1] y adoptó la resolución EB138.R4, en la que recomendaba a la Asamblea de la Salud la adopción de una resolución. Los párrafos 3, 4, 5, 11, 16 y 17 del informe contienen texto nuevo en el que se da respuesta a las observaciones formuladas por los Estados Miembros. Los anexos 1, 3, 5 y 6 se han actualizado para tener en cuenta las novedades. Los anexos 8 y 9 se han añadido en respuesta a las peticiones de los Estados Miembros.

DECISIONES HISTÓRICAS

3. El año 2015 ha sido memorable por la decisión histórica adoptada por los líderes mundiales en dos reuniones internacionales de alto nivel: incluir en los nuevos Objetivos de Desarrollo Sostenible mundiales las enfermedades no transmisibles, un importante problema sanitario que no se abordó en los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

[1] Véase el documento EB138/10 y el acta resumida de la 138.ª reunión del Consejo Ejecutivo, duodécima sesión, sección 6 (documento EB138/2016/REC/2).

4. Como parte de la Agenda de Acción de Addis Abeba,[1] adoptada en la Tercera Conferencia Internacional de las Naciones Unidas sobre la Financiación para el Desarrollo (Addis Abeba, 13 a 16 de julio de 2015), los Jefes de Estado y de Gobierno observaron la enorme carga que representan las enfermedades no transmisibles para los países desarrollados y en desarrollo y reconocieron, en particular, que, como parte de una estrategia integral de prevención y control de enfermedades no transmisibles, las medidas relacionadas con el precio y los impuestos de los productos de tabaco pueden ser un medio eficaz e importante para reducir el consumo de tabaco y los gastos de atención sanitaria, y representan una corriente de ingresos para financiar el desarrollo en muchos países.[2]

5. En la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, adoptada en la Cumbre Mundial sobre el Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas (Nueva York, 25 a 27 de septiembre de 2015),[3] se reconoce que las enfermedades no transmisibles constituyen un grave impedimento para el desarrollo sostenible.[4] Como parte de la Agenda, los Jefes de Estado y de Gobierno se comprometieron a formular respuestas nacionales ambiciosas para la implementación general de la Agenda,[5] y en particular de las siguientes metas:

- 3.4: de aquí a 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante su prevención y tratamiento, y promover la salud mental y el bienestar

- 3.5: fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol

- 3.8: lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas inocuos, eficaces, asequibles y de calidad para todos

- 3.a: fortalecer la aplicación del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco en todos los países, según proceda

- 3.b: apoyar las actividades de investigación y desarrollo de vacunas y medicamentos contra las enfermedades transmisibles y no transmisibles que afectan primordialmente a los países en desarrollo y facilitar el acceso a medicamentos y vacunas esenciales asequibles de conformidad con la Declaración relativa al Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio (ADPIC) y la Salud Pública, en la que se afirma el derecho de los países en desarrollo a utilizar al máximo las disposiciones del Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio respecto a la flexibilidad para proteger la salud pública y, en particular, proporcionar acceso a los medicamentos para todos.

---

[1] Resolución 69/313 de la Asamblea General de las Naciones Unidas.

[2] Resolución 69/313 de la Asamblea General de las Naciones Unidas, párr. 32.

[3] Resolución 70/1 de la Asamblea General de las Naciones Unidas.

[4] Resolución 70/1 de la Asamblea General de las Naciones Unidas, párr. 26.

[5] Resolución 70/1 de la Asamblea General de las Naciones Unidas, párr. 78.

TAREAS ESPECÍFICAS DE ÁMBITO MUNDIAL

6. Se ha encomendado a la Secretaría que lleve a cabo una serie de tareas específicas en seguimiento de la resolución WHA66.10 (2013), la resolución 68/300 de la Asamblea General de las Naciones Unidas y la resolución 2014/10 del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas. Se trata en particular de las siguientes tareas:

- presentar informes sobre los progresos realizados en la aplicación del Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020 y con respecto al logro de las nueve metas mundiales de aplicación voluntaria relativas a las enfermedades no transmisibles;
- proponer una versión actualizada del apéndice 3 del Plan de acción mundial;
- elaborar un enfoque que pueda utilizarse para registrar y publicar las contribuciones de los agentes no estatales al logro de las nueve metas mundiales de aplicación voluntaria;
- establecer un código de propósito para llevar un seguimiento de la asistencia oficial para el desarrollo destinada a las enfermedades no transmisibles;
- informar sobre los progresos realizados en la ejecución del plan de trabajo para 2014-2015 del mecanismo de coordinación mundial sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles;
- informar acerca de los progresos realizados por el Equipo de Tareas Interinstitucional de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles;
- presentar un esbozo del informe que la Directora General someterá al Secretario General de las Naciones Unidas en preparación para un examen amplio que llevará a cabo la Asamblea General de las Naciones Unidas en 2018.

Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020

7. En respuesta al subpárrafo 3.9 de la resolución WHA66.10 (2013), la Directora General presenta más adelante el informe sobre los progresos realizados en la aplicación del Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020 durante el periodo comprendido entre mayo de 2013 y marzo de 2016 (véase el anexo 1).

8. En respuesta al subpárrafo 3.10 de la resolución WHA66.10, la Directora General presenta más adelante una propuesta relativa a un proceso para actualizar el apéndice 3 del Plan de acción mundial en 2016 (véase el anexo 2).

Mecanismo mundial de la OMS de vigilancia de las enfermedades no transmisibles

9. En respuesta a la segunda petición del subpárrafo 3.9 de la resolución WHA66.10, la Directora General presenta más adelante el informe sobre los progresos realizados en 2015 con respecto al logro de las nueve metas mundiales de aplicación voluntaria relativas a la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles (véase el anexo 3).

Enfoque que pueda utilizarse para registrar y publicar las contribuciones de los agentes no estatales al logro de las nueve metas mundiales de aplicación voluntaria relativas a las enfermedades no transmisibles

10. En respuesta al párrafo 37 de la resolución 68/300 de la Asamblea General de las Naciones Unidas, la Directora General describe más adelante la elaboración, en 2016, de un enfoque que pueda utilizarse para registrar y publicar las contribuciones de los agentes no estatales al logro de las nueve metas mundiales de aplicación voluntaria relativas a las enfermedades no transmisibles, para que lo examine el Consejo Ejecutivo en su 140.ª reunión antes de transmitirlo a la 70.ª Asamblea Mundial de la Salud. En el anexo 4 se describe la elaboración del enfoque.

Seguimiento de la asistencia oficial para el desarrollo destinada a las enfermedades no transmisibles

11. En cumplimiento de lo dispuesto en el párrafo 33 de la resolución 68/300 de la Asamblea General de las Naciones Unidas, la Secretaría está colaborando con el Comité de Asistencia para el Desarrollo de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos sobre la elaboración de un código de propósito para llevar un seguimiento de la asistencia oficial para el desarrollo destinada a las enfermedades no transmisibles, que sus miembros tal vez deseen examinar en 2016. La propuesta de código figura en el anexo 9.

Mecanismo de coordinación mundial sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles

12. De conformidad con el párrafo 14 del mandato del mecanismo de coordinación mundial sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, la Directora General presenta más adelante el informe sobre los progresos realizados en la ejecución de las acciones previstas en el plan de trabajo del mecanismo para 2014-2015, a fin de que lo examine el Consejo Ejecutivo antes de transmitirlo a la 69.ª Asamblea Mundial de la Salud. El informe figura en el anexo 5.

Equipo de Tareas Interinstitucional de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles

13. En virtud de su resolución 2015/8, el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas tomó nota del informe de la Directora General de la OMS acerca del Equipo de Tareas Interinstitucional de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles, presentado en cumplimiento de lo dispuesto en el párrafo 3 de su resolución 2014/10, y pidió al Secretario General de las Naciones Unidas que lo informara sobre los progresos realizados en su periodo de sesiones de 2016. En el anexo 6 se presentan los progresos realizados por el Equipo de Tareas entre abril y marzo de 2016.

Informe a la Asamblea General de las Naciones Unidas

14. En el párrafo 38 de su resolución 68/300, la Asamblea General de las Naciones Unidas solicitó al Secretario General de las Naciones Unidas que, en colaboración con los Estados Miembros, la OMS y los fondos, programas y organismos especializados competentes del sistema de las Naciones Unidas, presentara a la Asamblea General, a más tardar a fines de 2017, para su examen por los Estados Miembros, un informe sobre los progresos alcanzados en la aplicación del documento final de la reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre el examen y la evaluación generales de los progre-

sos realizados en la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles[1] y 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] en preparación para un examen amplio en 2018 de los progresos logrados en la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles. En el anexo 7 se presenta la estructura del informe que la Directora General presentará al Secretario General de las Naciones Unidas.

INFORME 2015 DE LA OMS DE SEGUIMIENTO DE LOS PROGRESOS REALIZADOS EN RELACIÓN CON LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

15. La hoja de ruta para la preparación de respuestas nacionales a las enfermedades no transmisibles se estableció en la declaración política de 2011 y el documento final de 2014. Este último incluye cuatro medidas sujetas a plazos a las que los ministros se han comprometido a dar prioridad en 2015 y 2016, en preparación para la Tercera Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles en 2018:

- para 2015, considerar la posibilidad de establecer metas nacionales para 2025 e indicadores de proceso en función de las situaciones nacionales, teniendo en cuenta las nueve metas mundiales de aplicación voluntaria para las enfermedades no transmisibles
- para 2015, considerar la posibilidad de elaborar o fortalecer políticas y planes nacionales multisectoriales para lograr los objetivos nacionales en 2025, teniendo en cuenta el Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020
- para 2016, según proceda, reducir los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles y los factores sociales determinantes subyacentes mediante la aplicación de intervenciones y opciones de política para crear entornos que promuevan la salud, sobre la base de la orientación que figura en el apéndice 3 del Plan de acción mundial
- para 2016, según proceda, fortalecer y orientar los sistemas de salud para abordar la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles y los factores sociales determinantes subyacentes mediante una atención primaria de la salud y una cobertura sanitaria universal centradas en las personas durante todo el ciclo de vida, sobre la base de la orientación que figura en el apéndice 3 del Plan de acción mundial.

16. En un evento paralelo de la Cumbre Mundial sobre el Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas (Nueva York, 25 a 27 de septiembre de 2015),[3] la OMS presentó su Informe 2015 de seguimiento de los progresos realizados en relación con las enfermedades no transmisibles.[4] Este instrumento de seguimiento permite determinar el grado de aplicación por los 194 Estados Miembros de los cuatro compromisos sujetos a plazos para 2015 y 2016 recogidos en el documento final de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmi-

[1] Resolución 68/300 (2014) de la Asamblea General de las Naciones Unidas.

[2] Resolución 66/2 (2011) de la Asamblea General de las Naciones Unidas.

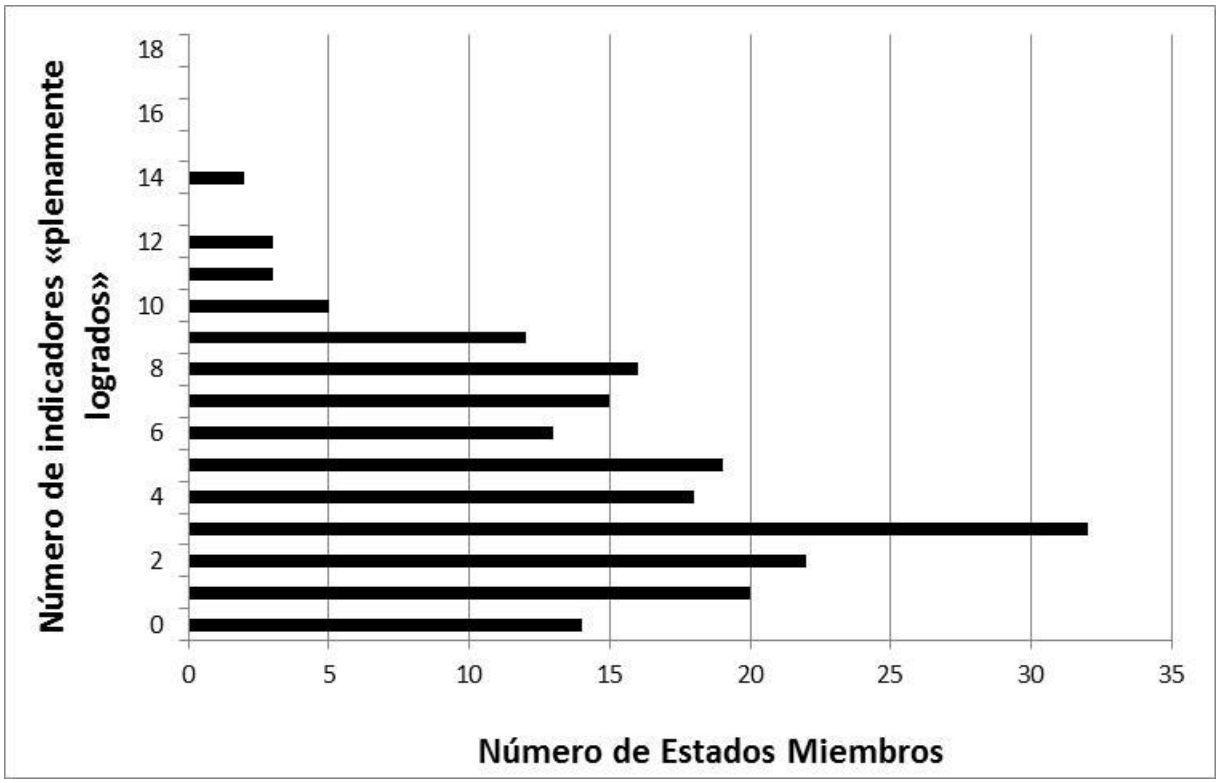
[3] http://www.who.int/nmh/25-September-2015-side-event-NCDs-update-2.pdf?ua=1 (consultado el 21 de abril de 2016).

[4] http://www.who.int/nmh/publications/ncd-progress-monitor-2015/en/ (consultado el 21 de abril de 2016).

sibles, de conformidad con una nota técnica[1] publicada por la Directora General el 1 de mayo de 2015 con arreglo a la decisión EB136(13) (2015).

17. Dos Estados Miembros han aplicado plenamente 14 de las 18 medidas. Sin embargo, un número considerable de Estados Miembros muestran progresos muy deficientes o nulos en la aplicación de los compromisos: 14 Estados Miembros no han avanzado con respecto a ningún indicador, 124 Estados Miembros solo han aplicado plenamente entre una y seis medidas y 54 Estados Miembros han logrado plenamente de siete a 12 medidas (véase la figura 1).

Figura 1. Número de Estados Miembros que han «logrado plenamente» los indicadores 0 a 18 de seguimiento de los progresos realizados en relación con los cuatro compromisos sujetos a plazos para 2015 y 2016 recogidos en el documento final de la Asamblea General de las Naciones Unidas de 2014 sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles



18. En el anexo 8 se resume el marco de vigilancia mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles.

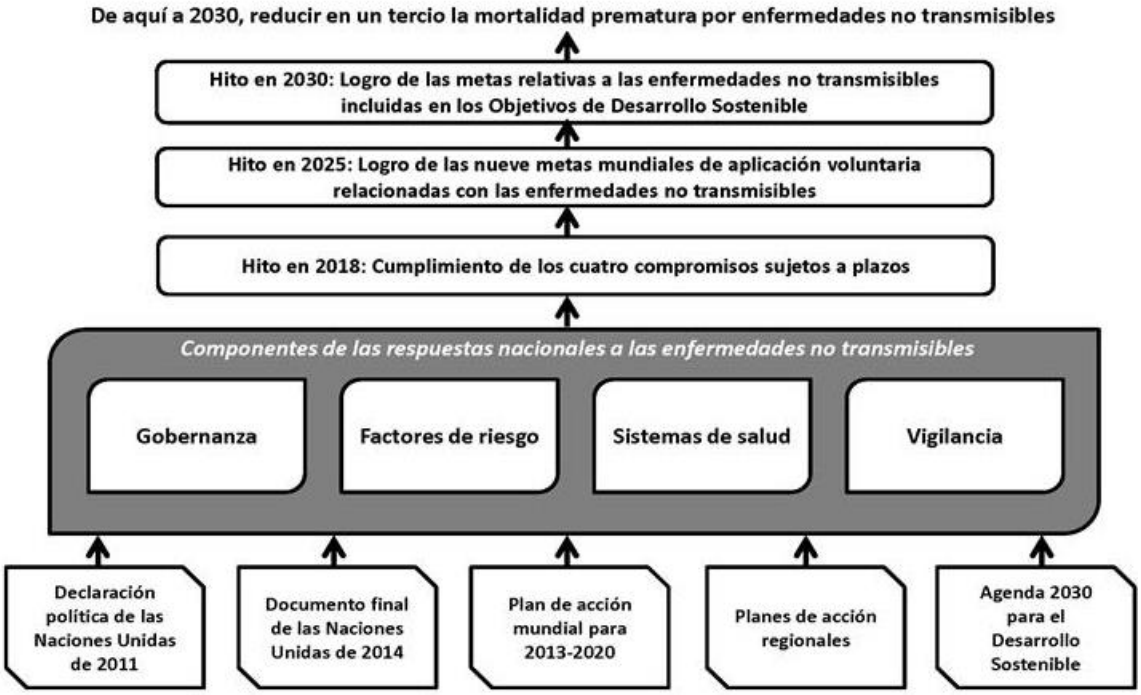
ACCIONES PRIORITARIAS PARA LOS ESTADOS MIEMBROS

19. Como preparación para la Tercera Reunión de Alto Nivel en 2018, se anima a los Estados Miembros a que aceleren el cumplimiento de esos compromisos. Asimismo, se los alienta a que, a largo plazo, refuercen las respuestas nacionales que contribuyen a alcanzar la meta mundial recogida en

[1] http://www.who.int/nmh/events/2015/getting-to-2018/en/ (consultado el 21 de abril de 2016).

los Objetivos de Desarrollo Sostenible de reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante su prevención y tratamiento de aquí a 2030 (figura 2).

Figura 2. Objetivos de Desarrollo Sostenible y nueve metas mundiales de aplicación voluntaria para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles



INTERVENCIÓN DE LA ASAMBLEA DE LA SALUD

20. Se invita a la Asamblea de la Salud a que adopte el proyecto de resolución recomendado por el Consejo Ejecutivo en la resolución EB138.R4 (2015).

ANEXO 1

PROGRESOS EN LA APLICACIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN MUNDIAL PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES 2013-2020 DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE MAYO DE 2013 Y MARZO DE 2016

1. En el presente informe se describen los progresos en la aplicación del Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020 durante el periodo comprendido entre mayo de 2013 y marzo de 2016.

PROGRESOS REALIZADOS POR LOS ESTADOS MIEMBROS

2. La 67.ª Asamblea Mundial de la Salud aprobó nueve indicadores de procesos para la preparación de informes relativos a los progresos realizados en la aplicación del Plan de acción mundial para 2013-2020 utilizando valores de referencia de 2010.[1] Al igual que en 2010, en 2015 la Secretaría llevó a cabo una encuesta mundial sobre la capacidad en relación con las enfermedades no transmisibles, en la que se reunieron datos para la mayoría de los indicadores de proceso. En lo que respecta a los demás indicadores de proceso, se utilizaron los datos ya reunidos para las actividades habituales de presentación de informes.

Cuadro. Encuestas mundiales sobre la capacidad para hacer frente a las enfermedades no transmisibles

Número	Indicador del Plan de acción mundial[2]	2010	2015	Tendencia
1	Número de países que cuentan con al menos una política, estrategia o plan de acción multisectorial nacional en funcionamiento que integra varias enfermedades no transmisibles y factores de riesgo comunes, de conformidad con el plan de acción mundial o regional para el periodo 2013-2020	30/166 (18%)[a]	61/166 (37%)	↑
2	Número de países que tienen unidades, divisiones o departamentos de enfermedades no transmisibles en funcionamiento en el marco del ministerio de salud o su equivalente	88/166 (53%)[b]	110/166 (66%)	↑
3a	Número de países que cuentan con una política, estrategia o plan de acción en funcionamiento para reducir el uso nocivo del alcohol, según proceda en el contexto nacional	80/166 (48%)	111/166 (67%)	↑

[a] En el cuestionario utilizado en la encuesta de 2010 sobre la capacidad no figuraba la palabra «multisectorial».

[b] El cuestionario de 2010 incluía preguntas sobre la financiación para actividades de «tratamiento y control», «prevención y promoción de la salud» y «vigilancia, seguimiento y evaluación» relacionadas con las enfermedades no transmisibles, y el de 2015 incluía preguntas sobre la financiación para actividades de «prevención primaria», «promoción de la salud», «detección temprana o cribado», «atención de salud y tratamiento» y «vigilancia, seguimiento y evaluación».

[1] Véanse las actas resumidas de la 67.ª Asamblea Mundial de la Salud, Comité A, séptima sesión, sección 2 (documento WHA67/2014/REC/3).

[2] Véase el documento A67/14, anexo 4, apéndice.

Número	Indicador del Plan de acción mundial[1]	2010	2015	Tendencia
3b	Número de países que cuentan con una política, estrategia o plan de acción en funcionamiento para reducir la inactividad física y/o promover la actividad física	91/166 (55%)	119/166 (72%)	↑
3c	Número de países que cuentan con una política, estrategia o plan de acción en funcionamiento, en consonancia con el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, para disminuir la carga de consumo de tabaco	109/166 (66%)	135/166 (81%)	↑
3d	Número de países que cuentan con una política, estrategia o plan de acción en funcionamiento para reducir las dietas malsanas y/o promover las dietas sanas.	99/166 (60%)	123/166 (74%)	↑
4	Número de países que tienen directrices, protocolos o normas nacionales con fundamento científico para el tratamiento de las principales enfermedades no transmisibles mediante el enfoque de la atención primaria de salud reconocidos o aprobados por el gobierno y o las autoridades competentes.	125/166 (75%)	61/166 (37%)[a]	N/A [c]
5	Número de países que tienen una política o plan nacional en funcionamiento acerca de las investigaciones sobre las enfermedades no transmisibles, incluidos los estudios comunitarios y la evaluación de los efectos de las intervenciones y políticas.	NO HAY DATOS	60/166 (36%)	N/A [c]
6	Número de países que han establecido sistemas de vigilancia y seguimiento de las enfermedades no transmisibles para poder presentar informes acerca del cumplimiento de las nueve metas mundiales de carácter voluntario sobre enfermedades no transmisibles.	60/166 (36%)	48/166 (29%)[b]	N/A [c]

[a] El cuestionario de 2010 solo incluía directrices sobre la diabetes, mientras que el de 2015 incluía directrices sobre los cuatro grandes tipos de enfermedades no transmisibles.

[b] En el cuestionario de 2010 la pregunta sobre la mortalidad estaba formulada de forma distinta: simplemente se preguntaba si la mortalidad debida específicamente a enfermedades no transmisibles se incluía en el sistema nacional de presentación de informes sanitarios. Además, la sal no se tenía en cuenta en la vigilancia de los factores de riesgo.

[c] No es aplicable.

PROGRESOS REALIZADOS POR LOS ASOCIADOS INTERNACIONALES

3. A nivel multilateral, el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas acogió con agrado los dos informes del Secretario General de las Naciones Unidas acerca de los progresos realizados por el Equipo de Tareas Interinstitucional de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles,[2] en los que se reconoce la función de liderazgo y coordinación de la OMS en relación con el trabajo de otras organizaciones del sistema de las Naciones Unidas en cuanto a la prestación de asistencia técnica a los países para hacer frente a las enfermedades no transmisibles. Los éxitos iniciales de muchos equipos de las Naciones Unidas en los países demuestran que la OMS puede abrir nuevos caminos.

[1] Véase el documento A67/14, anexo 4, apéndice.

[2] Informes E/2014/55 y E/2015/53 del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas.

4. A nivel bilateral, siguen en gran medida sin haberse atendido las solicitudes de asistencia técnica para fortalecer la capacidad de los ministerios de salud para ejercer un papel estratégico de liderazgo y coordinación en la formulación de las políticas sobre las enfermedades no transmisibles y las respuestas nacionales a ellas. El aumento del volumen de la asistencia oficial para el desarrollo desde la adopción del Consenso de Monterrey[1] en 2002 no parece traducirse en medidas concretas para conceder una mayor prioridad a las enfermedades no transmisibles en la cooperación bilateral para el desarrollo. El llamamiento hecho para que el Comité de Asistencia para el Desarrollo de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos establezca un código de propósito para llevar un seguimiento de la asistencia oficial para el desarrollo destinada a las enfermedades no transmisibles pone de relieve la urgente necesidad de reconocer y tratar de subsanar esa situación.

5. A nivel de los agentes no estatales, los asociados de la sociedad civil, las fundaciones filantrópicas y el mundo académico han contribuido en gran medida a la aplicación del Plan de acción mundial. Una sociedad civil muy activa (por ejemplo, a través de NCD Alliance), fundaciones filantrópicas como la Fundación Bill y Melinda Gates y Bloomberg Philanthropies y el mundo académico (por ejemplo, con la serie de *The Lancet* sobre las enfermedades no transmisibles) han demostrado que contribuyen con fuerza a elevar la prioridad otorgada a la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las agendas nacionales e internacionales. Los agentes no estatales han expresado gran interés en participar en el mecanismo de coordinación mundial sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles. Cada vez es mayor el número de entidades del sector privado que producen y promueven más productos alimenticios que se ajustan a una dieta sana, pero lamentablemente esos productos no son asequibles ni accesibles ni se encuentran en la mayoría de los países en desarrollo.

PROGRESOS REALIZADOS POR LA SECRETARÍA

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

6. La Secretaría publicó el segundo informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles en 2014. En él se proporcionan las estimaciones de referencia de 2010 sobre los factores de mortalidad y de riesgo de las enfermedades no transmisibles con respecto a las cuales se medirán los progresos en la consecución de las nueve metas mundiales de aplicación voluntaria. Además, en el informe se exponen las dificultades, las oportunidades y las acciones prioritarias para alcanzar las nueve metas.

7. La Secretaría y la secretaría del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco presentaron una publicación sobre los beneficios económicos y sanitarios de la imposición de gravámenes sobre el tabaco[2] con ocasión de la Tercera Conferencia Internacional sobre la Financiación para el Desarrollo (Addis Abeba, 13 a 16 de julio de 2015). Según las estimaciones recogidas en el informe, cada año los gobiernos recaudan casi US$ 270 000 millones procedentes de los impuestos al tabaco. También según el informe, si se triplicaran los impuestos al tabaco en la mayoría de los países de ingresos bajos y medianos los precios de los cigarrillos se duplicarían y el consumo se reduciría en un 40%. Hasta la fecha, al menos 30 Estados Miembros han decidido dedicar los ingresos procedentes de los impuestos al tabaco a fines sanitarios.

---

[1] Resolución 56/210 (2002) de la Asamblea General de las Naciones Unidas.

[2] Véase http://www.who.int/tobacco/publications/economics/post2015tobacco/en/ (consultado el 21 de abril de 2016).

8. La Secretaría ha publicado también informes con las recomendaciones dimanantes del primer y segundo diálogos sobre las enfermedades no transmisibles y la cooperación para el desarrollo convocados por el mecanismo de coordinación mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles.[1]

9. La Secretaría dedicó el Día Mundial de la Salud 2016 a la diabetes,[2] y aprovechó el evento para presentar el primer *Informe mundial de la OMS sobre la diabetes*, que iba acompañado de los perfiles de cada país. Se prepararon diferentes materiales de comunicación y promoción y se organizó un acto de presentación en Ginebra para fomentar los conocimientos sobre la enfermedad e incrementar la prioridad concedida a la prevención y el tratamiento de la diabetes.[3]

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

10. La Secretaría creó una página web que contiene enlaces a todos los instrumentos de la OMS relacionados con la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles.[4] El objetivo es que esa página sea la primera referencia que utilicen los formuladores de políticas a la hora de diseñar respuestas nacionales a las enfermedades no transmisibles.

11. Con el fin de atender con mayor rapidez a las solicitudes de apoyo técnico de los Estados Miembros, subsanar las deficiencias de conocimientos, reducir gastos y hacer frente a los problemas de financiación, en 2013 se estableció un grupo directivo interno para el plan de trabajo de toda la OMS para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles. El grupo abarca los tres niveles de la Organización y se reúne cada tres meses. Sobre la base de la gestión basada en los resultados, que se ha afianzado en el presupuesto por programas para 2014-2015 de la OMS, el grupo ha ido desarrollando un modo de trabajo dentro de la Secretaría que es más eficaz, eficiente, adaptado a las necesidades, objetivo, transparente y responsable.

12. En un despliegue innegable de su determinación por fortalecer la capacidad nacional para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, más de 200 delegados procedentes de 137 Estados Miembros se reunieron en Ginebra del 15 al 17 de febrero de 2016 para la primera Reunión Mundial de la OMS de Directores y Gestores de Programas contra las ENT,[5] organizada en colaboración con la secretaría del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. Los delegados analizaron la forma de incorporar las nuevas metas para 2030 relacionadas con las enfermedades no transmisibles previstas en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible en las políticas y planes de desarrollo nacionales; compartieron sus experiencias en el establecimiento de metas nacionales para 2030 en relación con las enfermedades no transmisibles; intercambiaron las enseñanzas aprendidas sobre la configuración de planes de acción nacionales contra las enfermedades no transmisibles en los que participen todos los departamentos del gobierno; definieron medios para acelerar el progreso en la reducción de los factores de riesgo y la ampliación de la detección, el diagnóstico, el tratamiento y la

[1] Véase el anexo 5 del presente informe.

[2] http://www.who.int/diabetes/global-report/en/ (consultado el 21 de abril de 2016).

[3] http://www.who.int/campaigns/world-health-day/2016/en/ (consultado el 21 de abril de 2016).

[4] http://www.who.int/nmh/ncd-tools/en/ (consultado el 30 de noviembre de 2015).

[5] Véanse http://www.who.int/ncds/media/ncd-focal-points-report/en/ y http://www.who.int/nmh/events/2016/ncd-focal-points/en/ (consultados el 21 de abril de 2016).

atención de las enfermedades no transmisibles; propusieron nuevas maneras para poner a disposición de los gobiernos, en todas las etapas de aplicación, los conocimientos especializados de la OMS en materia de políticas sobre enfermedades no transmisibles; debatieron la posibilidad de fortalecer la aplicación del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco y su contribución a la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles y promovieron la entrada en vigor del Protocolo para la eliminación del comercio ilícito de productos de tabaco; e iniciaron los debates sobre la forma de prepararse para la Tercera Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre las Enfermedades No Transmisibles.

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

Control del tabaco

13. En relación con el proceso preparatorio de la cumbre de las Naciones Unidas para la aprobación de la agenda para el desarrollo después de 2015, la OMS destacó la posibilidad de conseguir más financiación pública interna mediante la tributación de los productos de tabaco, a fin de garantizar el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud. A ese respecto, la Secretaría de la OMS y la Secretaría del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco prepararon conjuntamente la publicación *The economic and health benefits of tobacco taxation*. En 2014 el Día Mundial Sin Tabaco se dedicó a poner de relieve que subir los impuestos sobre el tabaco es una política beneficiosa para todos los Estados Miembros, y en 2015 se centró en la necesidad de eliminar el comercio ilícito de tabaco. La OMS ha colaborado con funcionarios de ministerios de finanzas de más de 70 Estados Miembros del mundo entero para ofrecer asistencia técnica sobre la imposición de gravámenes a los productos de tabaco.

14. El informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo se publica cada dos años. El informe de 2015, que se centró en la tributación del tabaco, contiene un análisis pormenorizado de los impuestos del tabaco en todos los Estados Miembros de la OMS. Otro instrumento clave para el diálogo sobre políticas ha sido el informe mundial de la OMS sobre las tendencias en el consumo de tabaco 2000-2025 (WHO global report on trends in tobacco smoking 2000-2025). Los resultados muestran que aunque 35 países van camino de alcanzar la meta de la reducción relativa del 30% de la prevalencia del consumo actual de tabaco para 2025, la mayoría de los países no logrará esa meta a menos que se apliquen medidas de control del tabaco al más alto nivel.

15. Habida cuenta de las dificultades que plantean algunos acuerdos de comercio e inversión internacionales para la aplicación de medidas de control del tabaco, como las relacionadas con el empaquetado sencillo y las advertencias sanitarias gráficas grandes, y de conformidad con la resolución WHA59.26, la OMS proporcionó capacitación y apoyo técnico en 40 Estados Miembros. También prestó apoyo técnico a siete países para formular planes nacionales de lucha contra la interferencia de la industria tabacalera. En colaboración con la Unión Internacional de Telecomunicaciones (UIT), la OMS ha desarrollado instrumentos móviles e interactivos innovadores, costoeficaces y personalizados para reducir el consumo de tabaco en cuatro Estados Miembros.

16. La OMS ha ayudado a la Conferencia de las Partes en el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, por mediación de la Secretaría del Convenio, a elaborar directrices relacionadas con los artículos 6, 9 y 10 del Convenio. Además, ha preparado un atlas basado en la Encuesta Mundial sobre el Tabaco y los Adultos (2015) (Global Adult Tobacco Survey Atlas), el quinto informe sobre las bases científicas de la reglamentación de los productos de tabaco y notas descriptivas (knowledge summaries) sobre el consumo de tabaco y el embarazo y el consumo de tabaco y la demencia.

Promoción de una alimentación saludable y de la actividad física

17. La OMS desarrolló un conjunto de instrumentos para promover la reducción de la sal. Asimismo, se publicó el informe de una reunión técnica de expertos sobre la política fiscal relacionada con la alimentación, así como el informe y el documento de examen de antecedentes de una reunión técnica sobre etiquetado nutricional, para ayudar a los Estados Miembros a poner en práctica políticas que promuevan una alimentación saludable. Para respaldar las respuestas nacionales, se crearon redes en favor de la reducción de la sal en diversas regiones. También se proporcionó apoyo técnico a los Estados Miembros para la elaboración de planes nacionales destinados a promover la reducción de la sal. La Secretaría preparó modelos de los perfiles de nutrientes para ayudar a los países a aplicar el conjunto de recomendaciones de la OMS sobre la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños. Asimismo, se organizaron actividades de creación de capacidad. Muchos Estados Miembros recibieron apoyo técnico para formular medidas de política fiscal relacionadas con la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños.

18. La Secretaría prestó apoyo técnico para el fortalecimiento y la actualización de las políticas y los planes de acción nacionales sobre nutrición en varios Estados Miembros. El seguimiento de los progresos en los países se llevó a cabo con ayuda de la base de datos mundial de la OMS sobre la aplicación de medidas nutricionales, que ahora contiene unos 4000 datos sobre políticas y medidas. En marzo de 2015, la Secretaría publicó la versión actualizada de la directriz de la OMS sobre la ingesta de azúcares en adultos y niños, y distribuyó un proyecto de directriz de la OMS sobre la ingesta total de ácidos grasos, ácidos grasos saturados y ácidos grasos *trans* para una consulta pública en abril de 2016.

19. Se han desarrollado instrumentos para orientar a los Estados Miembros sobre la promoción de la actividad física, entre otros, un paquete de políticas de educación física de calidad para las escuelas, en colaboración con la UNESCO y otras entidades; un conjunto de instrumentos para facilitar la aplicación de medidas en relación con la atención primaria de la salud, el deporte y el lugar de trabajo, y un instrumento para la auditoría de políticas. Asimismo, se han elaborado varios planes de acción regional sobre la actividad física: uno específicamente para una región y otros en el marco de iniciativas de prevención de la obesidad, y se han organizado campañas regionales de promoción de la actividad física en dos regiones. Se han llevado a cabo también actividades de cooperación técnica con muchos Estados Miembros en las esferas de la planificación de programas de actividad física y programas de creación de capacidad sobre mercadotecnia social e intervenciones de los medios de comunicación.

Reducción del consumo nocivo de alcohol

20. Con el fin de robustecer la capacidad de los ministerios de salud para conducir la formulación y puesta en práctica de políticas eficaces para reducir el consumo nocivo de alcohol, la Secretaría ha seguido prestando apoyo a la red de contrapartes nacionales de la OMS, centrándose en el intercambio de experiencias, la reunión de las mejores prácticas y la promoción de las intervenciones costoeficaces. Después de la segunda reunión de la red mundial, la OMS organizó un taller de desarrollo de capacidad sobre políticas de precios del alcohol en Sudáfrica. Por otra parte, en una reunión de expertos celebrada en la sede de la Organización Panamericana de la Salud en 2015, se estudiaron opciones eficaces para regular la comercialización de las bebidas alcohólicas, en particular para proteger a los jóvenes. Tras la presentación de los indicadores de referencia relativos al alcohol en el *Informe Mundial de Situación sobre Alcohol y Salud de la OMS 2014*, en 2015 se inició la encuesta mundial sobre el progreso de las políticas en materia de alcohol. También en 2015 se creó un grupo temático de las Naciones Unidas sobre la reducción del uso nocivo del alcohol, en el marco de la labor del Equipo

de Tareas Interinstitucional de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles.

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

21. Para definir el rumbo de las actividades prioritarias de la Secretaría en el ámbito de la gestión de las enfermedades no transmisibles en los próximos años, durante 2015 la Secretaría organizó cuatro reuniones técnicas y estratégicas de ámbito mundial sobre el tratamiento del cáncer, la diabetes, las enfermedades respiratorias crónicas y las enfermedades cardiovasculares. Para cada reunión se identificaron un conjunto de acciones prioritarias, como preparar orientación normativa sobre la detección del cáncer en la población, elaborar un informe mundial sobre la diabetes y actualizar las tablas de predicción del riesgo cardiovascular. También se celebraron varias consultas regionales sobre cuestiones relacionadas con el tratamiento de las principales enfermedades no transmisibles, como la integración del tratamiento de las enfermedades no transmisibles en la atención primaria de salud, los cuidados paliativos, la atención médica del cáncer y el enfoque del riesgo total con respecto a las enfermedades cardiovasculares.

22. La Secretaría continuó promoviendo la adopción de un enfoque integrado con respecto al tratamiento de las enfermedades no transmisibles, haciendo hincapié en la atención primaria de salud y la cobertura sanitaria universal. El Conjunto OMS de intervenciones esenciales contra las enfermedades no transmisibles en la atención primaria se actualizó en 2013 y se complementó con directrices e instrumentos adicionales. Los componentes de ese conjunto de intervenciones se han adaptado para su empleo en regiones concretas de la OMS; por ejemplo, en la Región de las Américas se desarrolló una calculadora electrónica del riesgo cardiovascular, basada en las tablas de predicción del riesgo cardiovascular de la OMS. Con el apoyo técnico de la Secretaría, el conjunto de intervenciones se ha implantado ya en 27 Estados Miembros. Se confeccionaron tablas de los riesgos cardiovasculares de cada país, que se validarán durante el primer semestre de 2016.

23. La Secretaría también ha preparado una serie de directrices e instrumentos nuevos para reforzar la aplicación de intervenciones costoeficaces en relación con la detección temprana, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos. Se trata de: las directrices generales para el control del cáncer cervicouterino; una declaración de posición de la OMS con respecto a la detección mamográfica; criterios de diagnóstico y clasificación de la hiperglucemia detectada por primera vez en el embarazo; una nota de información general sobre la hipertensión en el mundo; directrices sobre prevención, atención y tratamiento de las personas con infección crónica por el virus de la hepatitis B; notas descriptivas actualizadas sobre los cuidados paliativos, las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes, el asma y la neumopatía obstructiva crónica; un conjunto de herramientas para el acceso a medicamentos esenciales y tecnologías sanitarias para las enfermedades no transmisibles, y un instrumento para diseñar, aplicar y supervisar planes de acción nacionales multisectoriales sobre las enfermedades no transmisibles. Se han publicado las recomendaciones de la OMS para la prevención primaria y secundaria del cáncer cervicouterino (vacunación en dos dosis contra el virus del papiloma humano y enfoques basados en la detección y el tratamiento). En 2015 se organizó una consulta de expertos sobre la detección y el diagnóstico tempranos del cáncer y sigue adelante la labor sobre la confección de una lista modelo de equipo para el tratamiento del cáncer.

24. La Secretaría ofreció a los Estados Miembros apoyo técnico para fortalecer la respuesta de sus sistemas de salud a problemas concretos relacionados con las enfermedades no transmisibles. Los Estados Miembros de la Región de las Américas recibieron apoyo para mejorar el tratamiento de la dia-

betes, prestando especial atención a las comunidades con poblaciones vulnerables. También se proporcionó apoyo para que Barbados sirviera de lugar de demostración del Proyecto Mundial de Tratamiento Estandarizado de la Hipertensión. Se llevaron a cabo, junto con el Organismo Internacional de Energía Atómica (OIEA) y el Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (CIIC) misiones nacionales amplias de examen y evaluación del control del cáncer en 59 países. Se prestó apoyo adicional a los países para la elaboración de registros del cáncer y el fortalecimiento del control del cáncer cervicouterino. Junto con ocho organizaciones del sistema de las Naciones Unidas se puso en marcha un Programa mundial conjunto sobre la prevención y el control del cáncer cervicouterino, que prestará apoyo a los países participantes a poner en marcha un programa nacional integral, sostenible y de calidad, de control del cáncer cervicouterino que permita a las mujeres un acceso equitativo a los servicios. La Secretaría convocó la reunión general anual de la Alianza Mundial contra las Enfermedades Respiratorias Crónicas, a la que asistieron representantes de 25 países y muchas asociaciones profesionales y de pacientes. Asimismo, entre octubre y diciembre de 2015 celebró talleres regionales sobre cuidados paliativos con Estados Miembros de cuatro regiones de la OMS.

25. La 20.ª reunión del Comité de Expertos en Selección y Uso de Medicamentos Esenciales recomendó en abril de 2015 que se añadieran 16 nuevos medicamentos contra el cáncer a la Lista Modelo OMS de Medicamentos Esenciales y aprobó el uso de 30 medicamentos que figuran actualmente en una lista de regímenes terapéuticos de eficacia clínica probada contra las enfermedades no transmisibles. Para reforzar las iniciativas destinadas a alcanzar el 80% de disponibilidad de tecnologías básicas y medicamentos esenciales asequibles, incluidos los genéricos, que son necesarios para el tratamiento de las principales enfermedades no transmisibles, la Secretaría entabló un diálogo con los asociados internacionales a través de un documento de debate y una consulta en la web. En marzo de 2016, la Secretaría realizó una encuesta en unos 30 países de ingresos bajos y medianos para evaluar el precio y la disponibilidad de medicamentos esenciales contra la diabetes y otras enfermedades no transmisibles en diferentes niveles del sistema de salud. También se celebraron encuestas en tres países de la Región del Mediterráneo Oriental sobre los precios, la disponibilidad, la asequibilidad y los componentes del precio de los medicamentos para el tratamiento de las enfermedades no transmisibles. En la Región de las Américas se han incluido en el Fondo Estratégico de la OPS más de 25 medicamentos para las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, el cáncer y las enfermedades respiratorias crónicas, y se han establecido acuerdos a largo plazo sobre un precio único para cada medicamento con fabricantes precalificados. Todos los Estados Miembros de la Región tienen ahora acceso a esos medicamentos.

26. La Secretaría contribuyó a la labor llevada a cabo por el Comité Internacional de la Cruz Roja, la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, *Médecins Sans Frontières*, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) para actualizar el Botiquín Médico Interinstitucional de Urgencia 2011 que se utiliza en emergencias humanitarias y operaciones de socorro en casos de desastre, a fin de garantizar que se preste atención a las enfermedades no transmisibles en la fase aguda de las emergencias y la respuesta a ellas. Asimismo, se preparó un documento de política para los Estados Miembros sobre la manera en que estos pueden incorporar la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las respuestas de emergencia. También se llevó a cabo en Egipto, Jordania, el Líbano, la República Árabe Siria y Turquía un análisis sobre la prestación de atención a los refugiados sirios y los desplazados internos en lo que respecta a las enfermedades no transmisibles.

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

27. En mayo de 2015, la Secretaría organizó una reunión especial de destacados investigadores, representantes de organizaciones no gubernamentales internacionales y centros colaboradores de la OMS, con el fin de identificar orientaciones estratégicas y actividades clave en el ámbito de la investigación de las enfermedades no transmisibles que la OMS podría poner en práctica, en colaboración con sus asociados en los próximos tres años. Los resultados de la reunión permitirán a la Secretaría preparar un plan de trabajo 2016-2018 para aplicar las medidas previstas en el párrafo 54 (investigación) del Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020, teniendo en cuenta los compromisos en materia de investigación previstos en las resoluciones 66/2 y 68/300 de la Asamblea General de las Naciones Unidas.

28. Se está preparando en colaboración con expertos internacionales una guía práctica de la OMS para las investigaciones sobre la aplicación, a fin de ayudar a los países a analizar los problemas de salud, obtener nuevos datos probatorios y vincular los datos disponibles con las políticas, establecer prioridades para la acción y explorar enfoques innovadores para ampliar las intervenciones recomendadas.

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

29. La Secretaría proporcionó apoyo técnico y orientación a los Estados Miembros para desarrollar sistemas de seguimiento y vigilancia de las enfermedades no transmisibles que abarquen las tasas de mortalidad, los factores de riesgo comportamentales y los factores de riesgo biológicos/metabólicos o fortalecer los existentes. Asimismo, se organizaron misiones técnicas y talleres regionales destinados a ofrecer asesoramiento, apoyo y capacitación a los Estados Miembros para establecer sistemas de vigilancia de los factores de riesgo o ampliar los existentes. También se ayudó a los Estados Miembros a definir metas e indicadores nacionales respecto de las enfermedades no transmisibles basados en estándares mundiales: se elaboraron especificaciones y definiciones detalladas relativas a los indicadores, y se difundieron instrumentos para ayudar a establecer metas adecuadas en función de las circunstancias de cada país.

30. Entre mayo y agosto de 2015, la Secretaría llevó a cabo un amplio proceso de análisis y evaluación de la capacidad nacional de los Estados Miembros para prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles.

ANEXO 2

PROCESO PARA ACTUALIZAR EN 2016 EL APÉNDICE 3 DEL PLAN DE ACCIÓN MUNDIAL PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES 2013-2020

CONTEXTO

1. El apéndice 3 del Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020 consta de un menú de opciones de política e intervenciones para cada uno de los seis objetivos del Plan. Las 81 recomendaciones de política incluyen 14 intervenciones normativas clasificadas como intervenciones muy costoeficaces y asequibles para todos los Estados Miembros[1] (también denominadas «mejores inversiones») y otras intervenciones costoeficaces (también denominadas «buenas inversiones»).

2. Los días 22 y 23 de junio de 2015 se celebró una consulta de expertos para asesorar a la Secretaría sobre una metodología para actualizar el apéndice 3.[2] Participaron en ella expertos en metodologías de evaluación económica y especialistas en el tema tratado. Los expertos coincidieron en recomendar a la Secretaría que el apéndice 3 se actualizara teniendo en cuenta los nuevos datos científicos disponibles. Asimismo, se recomendó a la Secretaría que el proceso de actualización del apéndice 3 se aprovechara para reforzar la confianza del público y la transparencia mediante la clasificación de las intervenciones costoeficaces en dos categorías.

ENFOQUE GENERAL

3. Para la actualización del apéndice 3 la Secretaría adoptará el siguiente enfoque:

a) El actual apéndice 3 se utilizará como punto de partida de la actualización.

b) El proceso de actualización del apéndice 3 será transparente: un claro algoritmo mostrará qué intervenciones han sido examinadas y cómo están clasificadas (incluidas las intervenciones que no se vayan a incluir en el texto final).

c) Se introducirán mejoras en la presentación del apéndice 3, para que este sea más claro y los Estados Miembros puedan evaluar con mayor facilidad las intervenciones en relación con su contexto nacional (véase más adelante la sección «Presentación del apéndice 3 actualizado»).

d) Se prepararán información y directrices adicionales para incluirlas en la versión actualizada del apéndice 3, a fin de aportar contexto en lo que se refiere a la ejecución, los sistemas de salud y la equidad.

e) La lista de las intervenciones deberá ser actualizada periódicamente.

---

[1] Generan un año más de vida saludable por un costo inferior al ingreso medio anual o al producto interno bruto per capita.

[2] http://www.who.int/nmh/events/meeting-report-consultation-on-appendix-3-final.pdf?ua=1.

f) Una vez ultimada la lista de las intervenciones, la página web de la OMS sobre los instrumentos para prevenir y controlar las enfermedades transmisibles se actualizará con los recursos adicionales pertinentes.

DETERMINACIÓN DE LAS INTERVENCIONES QUE HAY QUE ANALIZAR

4. Se deberán aplicar los siguientes criterios de eficacia para determinar las intervenciones que se podrían analizar:

a) Algunas intervenciones del actual apéndice 3 merecen ser objeto de un análisis de costoeficacia, por existir nuevos datos o por cambios en el costo.

b) Algunas intervenciones del actual apéndice 3 pueden ser sustituidas por intervenciones más concretas.

c) Algunas intervenciones nuevas que no figuran en el apéndice 3 deberían ser analizadas para considerar su inclusión.

d) Los criterios para determinar las nuevas intervenciones que se van a analizar son los siguientes:

– esferas de actuación del Plan de acción mundial que no figuran en el actual apéndice 3;

– esferas abarcadas por nuevas directrices de la OMS publicadas desde 2011;

– otras intervenciones propuestas en reuniones consultivas mundiales de expertos organizadas por la OMS.

e) Para considerar la posibilidad de analizar más a fondo una nueva intervención, esta deberá reunir los siguientes criterios de eficacia:

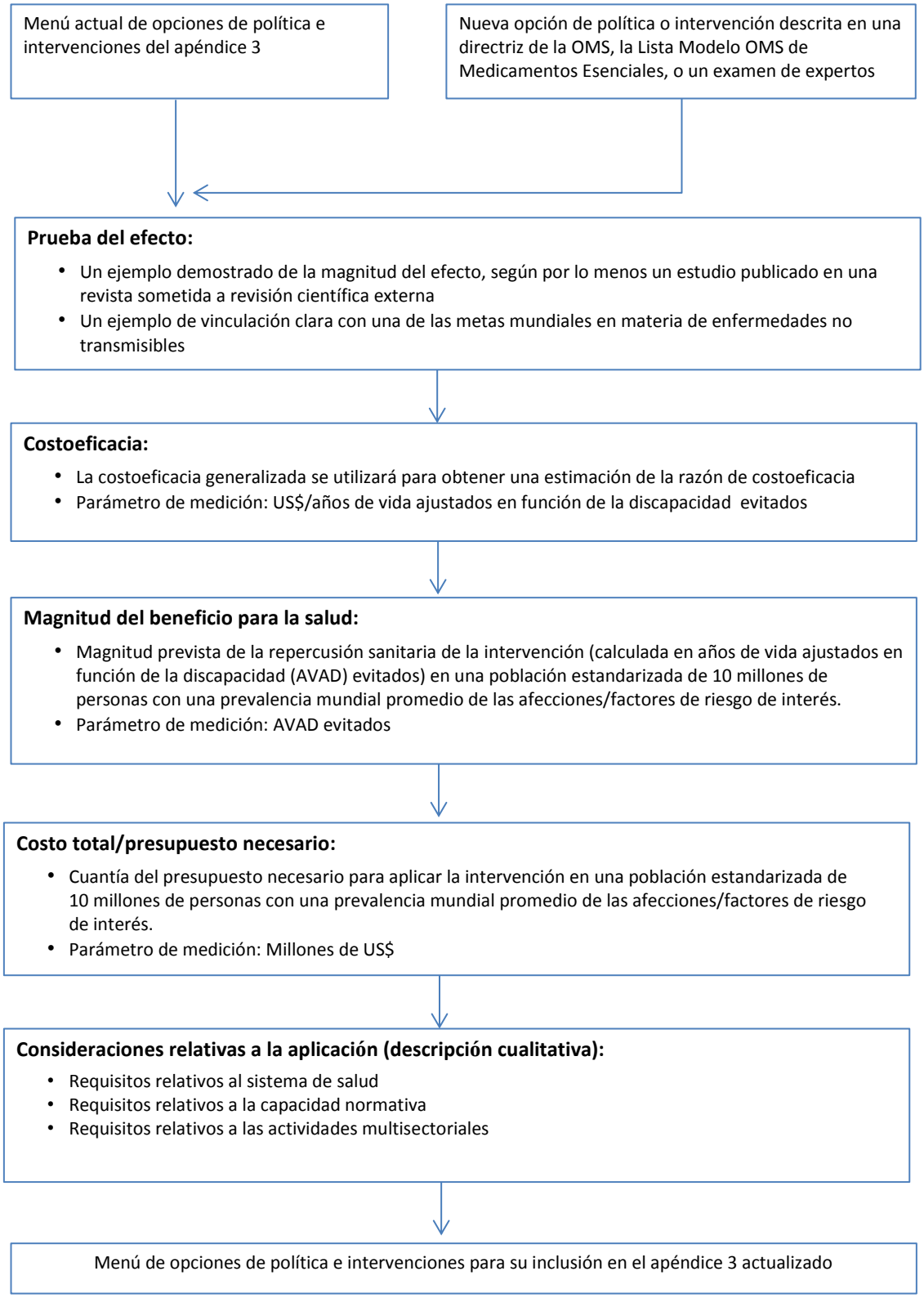
– un efecto demostrado y cuantificable, reseñado al menos en un estudio publicado en una revista revisada por pares;

– una relación clara con una de las nueve metas mundiales de aplicación voluntaria.

ANÁLISIS DE LAS INTERVENCIONES

5. Por lo que se refiere a las intervenciones que reúnen los criterios de eficacia, se tendrán en cuenta los parámetros que se indican a continuación, de acuerdo con el algoritmo presentado en la figura 1.

Figura 1. Algoritmo para el análisis de las intervenciones



Costoeficacia

a) Se reconoce que en el caso de algunas intervenciones no se puede realizar un análisis sólido de la costoeficacia. Para hacer un análisis sólido de la costoeficacia es preciso que:

– el impacto sanitario se pueda medir en toda la gama de resultados sanitarios probables;

– los impactos sanitarios se puedan modelizar a lo largo de toda la vida;

– se pueda determinar la función costo de la intervención.

b) Las intervenciones respecto de las cuales no se considere posible realizar un análisis sólido de la costoeficacia serán directamente objeto de un examen de las dificultades relacionadas con su puesta en práctica.

c) Las intervenciones respecto de las cuales se considere posible realizar un análisis sólido de la costoeficacia serán examinadas aplicando la metodología general WHO-CHOICE.[1]

d) Las intervenciones se incluirán en una lista por orden de costoeficacia. No se considera que exista un límite claro que indique si una intervención es «costoeficaz» o «no costoeficaz». Se pueden formular recomendaciones sobre la base de la costoeficacia relativa de las distintas opciones de política o intervenciones.

Magnitud del beneficio sanitario

a) La magnitud prevista del impacto sanitario en la población de cada intervención se calculará sobre la base del número total de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) evitados en una población estandarizada de 10 millones de personas.

b) La magnitud del efecto de cada intervención se tomará de documentos publicados. Cuando sea posible, se utilizará un metaanálisis de las pruebas. El requisito mínimo es un estudio que haya sido publicado y donde conste el impacto de la intervención en un resultado sanitario cuantificable.

c) El beneficio sanitario se medirá mediante un modelo epidemiológico que incluya todos los resultados sanitarios que probablemente se vean afectados por la intervención. Se compararán dos hipótesis, una en la que se aplique la intervención y otra sin ninguna intervención. El beneficio sanitario es la diferencia en AVAD entre las dos hipótesis.

d) La prevalencia de las condiciones/factores de riesgo pertinentes, basada en los promedios mundiales o promedios para cada grupo de países según los ingresos (bajos, medianos bajos, medianos altos, altos), se aplicará a la población estandarizada de 10 millones de personas. Para facilitar a los Estados Miembros la comparación de sus estimaciones en función de la situación nacional se enumerarán las cifras de prevalencia utilizadas.

Costo total/presupuesto necesario

a) El costo total que requiere la aplicación de cada intervención se estimará sobre la base del costo de su aplicación en una población estandarizada de 10 millones de personas.

[1] Disponible en http://www.who.int/choice/cost-effectiveness/en/ (consultado el 29 de noviembre de 2015).

b) Los costos se calcularán aplicando un planteamiento basado en los «ingredientes», según el cual se determina cada uno de los elementos necesarios para aplicar la intervención (por ejemplo, fármacos, jeringuillas, agentes de policía, capacitación, elaboración de legislación), se calcula una cantidad (q) sobre la base de las directrices de la OMS o de la experiencia de otro país, y se toma un precio (p) de la base de datos de precios CHOICE de la OMS. Multiplicando q por p se obtiene el costo total.

c) La prevalencia de las condiciones/factores de riesgo pertinentes, basada en los promedios mundiales o promedios para cada grupo de países según los ingresos (bajos, medianos bajos, medianos altos, altos), se aplicará a la población estandarizada de 10 millones de personas. Para facilitar a los Estados Miembros la comparación de sus estimaciones en función de la situación nacional se enumerarán las cifras de prevalencia utilizadas.

Viabilidad/limitaciones de la aplicación

a) La viabilidad se definirá en función de las limitaciones a la aplicación que no sean de índole financiera. Esta dimensión no será objeto de una decisión excluyente sino que se abordará mediante observaciones cualitativas en el cuadro de intervenciones del apéndice 3, indicándose las principales consideraciones que los formuladores de políticas deberían tener presentes en la aplicación (requisitos del sistema de salud respecto de la capacidad, capacidad de reglamentación, etc.).

b) Las dimensiones adicionales de equidad, protección frente al riesgo financiero, así como un examen más pormenorizado de las limitaciones de la aplicación, se facilitarán en un addendum cualitativo al apéndice 3.

PRESENTACIÓN DEL APÉNDICE 3 ACTUALIZADO

6. Una vez ultimado el análisis de las intervenciones, la Secretaría considerará las opciones más apropiadas para presentar la información en que se vayan a fundamentar las decisiones de política. En el apéndice 3 actual, las intervenciones se enumeran según los seis objetivos del plan de acción mundial. Otras opciones para presentar el apéndice 3 actualizado pueden ser las siguientes:

a) enumerar las intervenciones por orden de costoeficacia;

b) agruparlas por tipos (regulatorias/fiscales, de manejo clínico, etc.).

ADDENDUM AL APÉNDICE 3 ACTUALIZADO

7. Se recomienda la inclusión de un addendum al apéndice 3 en el que se aborden cierto número de otras consideraciones importantes (problemas de la aplicación en contextos con diferentes recursos o sistemas de salud, consideraciones sobre la equidad, y necesidad de aumentar la transparencia en el método de confección de la lista de intervenciones). El título y el formato del documento serán ultimados por la Secretaría, pero el contenido abarcaría las cuestiones que se resumen a continuación.

Cuestiones metodológicas

a) Se proporcionarían detalles técnicos sobre el modelo CHOICE de la OMS y sobre el modo en que se haya realizado el análisis de la costoeficacia, o se proporcionaría un enlace a recursos en línea donde figurase esa información.

b) Se facilitaría la lista completa de intervenciones cuya inclusión se estuviera considerando, incluidas las que no se consideraran costoeficaces, junto con un algoritmo que mostrara el avance de las intervenciones a lo largo de diferentes etapas del análisis (véase la figura 1).

c) Se necesita un examen explícito de los beneficios multisectoriales indirectos de las intervenciones que probablemente entrañen un beneficio social más amplio porque mejoran los resultados externos al sector de la salud (tales como el aumento de la productividad económica por disminuir las congestiones del tráfico gracias a la mejora de la política de transporte, o el aumento de los ingresos públicos por el incremento de la imposición del tabaco).

Problemas de la aplicación

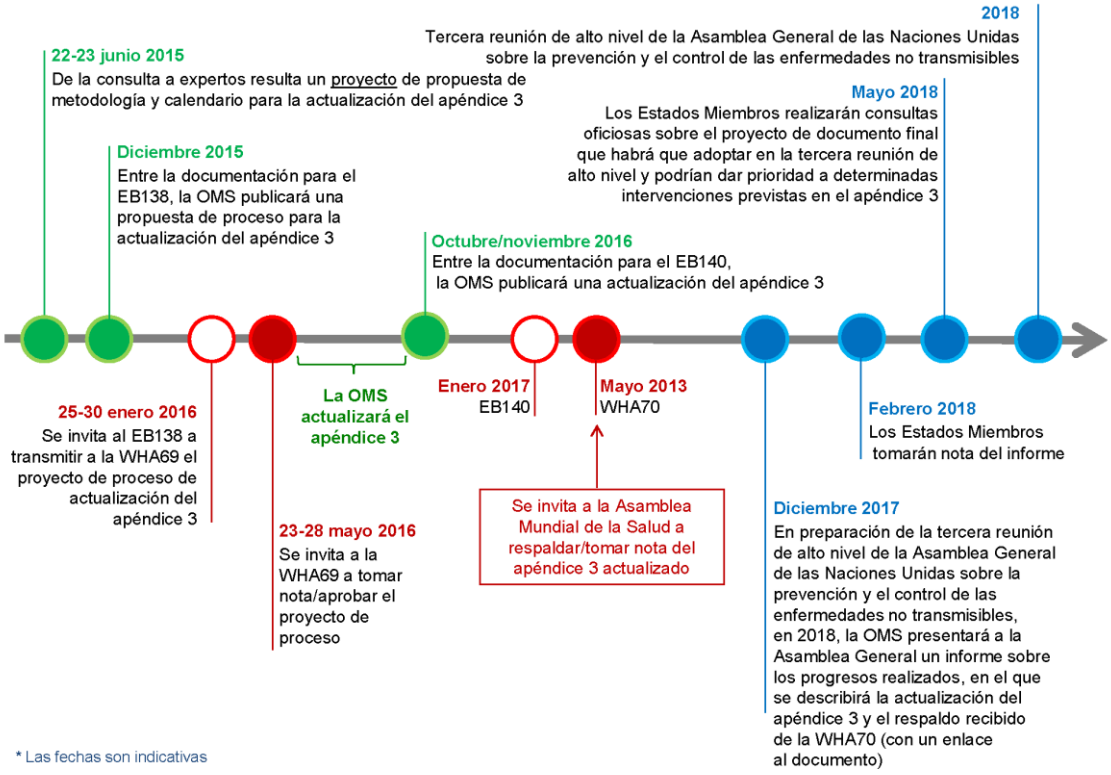
a) Las repercusiones de la equidad y la protección frente al riesgo financiero varían entre países, por lo que respecto de esos principios se proporcionarán orientaciones generales, en lugar de su aplicación a las distintas intervenciones u opciones de política.

b) En apoyo de una aplicación satisfactoria de las opciones de política del apéndice 3, en un documento aparte se podría elaborar una guía para gestores de programa en la que se considerarían las diferencias en el interior de las poblaciones.

CALENDARIO

8. El calendario de actualización del apéndice 3 se muestra en la figura 2.

Figura 2. Calendario de actualización del apéndice 3



ANEXO 3

INFORME SOBRE LOS PROGRESOS REALIZADOS EN 2015 HACIA LA CONSECUCIÓN DE LAS NUEVE METAS MUNDIALES DE APLICACIÓN VOLUNTARIA PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

1. En el presente informe se describen los progresos realizados en 2015 hacia la consecución de las nueve metas mundiales de aplicación voluntaria para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles.

PROGRESOS REALIZADOS POR LOS ESTADOS MIEMBROS

2. En el subpárrafo 1.2 de la resolución WHA66.10, la Asamblea de la Salud adoptó el marco mundial de vigilancia para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, incluido el conjunto de 25 indicadores 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. A continuación se resumen los progresos realizados por los Estados Miembros hacia la consecución de las nueve metas mundiales de aplicación voluntaria cuyo logro está previsto para 2025, teniendo en cuenta los 15 indicadores «básicos».

Elemento del marco	Meta	Indicador	2010	2014
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	20%	19%[1]
Factores de riesgo				
Factores de riesgo comportamentales				

[1] Cifras de 2012.

Elemento del marco	Meta	Indicador	2010	2014
Uso nocivo del alcohol[1]	2) Reducción relativa del uso nocivo del alcohol en al menos un 10%,[2] según proceda, en el contexto nacional	3) Consumo total de alcohol per cápita (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	6,4	6,3
		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		
		• Entre adolescentes (15-19 años)	9,6%	9,3%
		• Entre adultos (15 años o más)	7,8%	7,7%
		5) Morbilidad y mortalidad relacionadas con el alcohol entre los adolescentes y adultos, según proceda en el contexto del país		
		• Prevalencia normalizada por edades de los trastornos por consumo de alcohol (como porcentaje de la población de 15 años o más)	4,1%	4,1%
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)	81%	SIN DATOS[3]
		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)	23%	SIN DATOS[4]

[1] Los países seleccionarán los indicadores de uso nocivo apropiados a sus contextos nacionales, en consonancia con la Estrategia mundial de la OMS para reducir el uso nocivo del alcohol. Son ejemplos de indicadores la prevalencia de episodios de ingesta masiva de alcohol, el total del consumo de alcohol por habitante y la morbilidad y mortalidad relacionadas con el alcohol.

[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 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] Se están preparando estimaciones comparables entre países sobre la prevalencia de la inactividad física entre los adultos, las cuales se darán a conocer en noviembre de 2016.

[4] Se están preparando estimaciones comparables entre países sobre la prevalencia de la inactividad física entre los adolescentes, las cuales se darán a conocer en noviembre de 2016.

Elemento del marco	Meta	Indicador	2010	2014
Ingesta de sal o sodio	4) Reducción relativa de la ingesta poblacional media de sal o sodio en un 30%[1]	8) Ingesta poblacional diaria media de sal (cloruro de sodio), en gramos y normalizada por edades, en los mayores de 18 años	3,95 g/día	SIN DATOS
Consumo de tabaco	5) Reducción relativa de la prevalencia del 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	15%[2] Prevalencia del consumo de tabaco sin humo 6%[3] Prevalencia del consumo de tabaco entre los mayores de 18 años, 23,1%	SIN DATOS SIN DATOS Prevalencia del consumo de tabaco entre los mayores de 18 años, 21,8%
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	23%	22%
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 ≥ 7,0 mmol/l (126 mg/dl) y la toma de medicación contra la hiperglucemia)	7,9%	8,5%

[1] La OMS recomienda un consumo inferior a 5 gramos de sal o 2 gramos de sodio por persona al día.

[2] Media ponderada en función de la población de los datos proporcionados por 67 países que participaron en la Encuesta Mundial sobre el Tabaco y los Jóvenes, lo cual abarca más del 50% de la población mundial. La Encuesta se realizó en 2009 y 2011. Las estimaciones se refieren a jóvenes de entre 13 y 15 años.

[3] Media ponderada en función de la población de los datos proporcionados por 86 países que participaron en las encuestas, lo cual abarca más del 50% de la población mundial. Las encuestas se realizaron en 2004-2014. La estimación se basa en los datos disponibles de encuestas relativos a adultos de varias franjas de edad.

[4] Los países seleccionarán los indicadores apropiados a sus contextos nacionales.

Elemento del marco	Meta	Indicador	2010	2014
		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 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)	SIN DATOS	SIN DATOS
		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/m² o 30 kg/m²)	11% (obesidad) 37% (sobrepeso)	13% (obesidad) 39% (sobrepeso)
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 cardiacos y accidentes cerebrovasculares	18) Porcentaje de personas (en la población de más de 40 años con un riesgo cardiovascular ≥ 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	SIN DATOS	SIN DATOS[1]
Medicamentos 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	SIN DATOS	SIN DATOS[2]

[1] Se están preparando estimaciones comparables entre países sobre la prevalencia de la obesidad y el sobrepeso entre los adolescentes, las cuales se darán a conocer en mayo de 2016. Los datos necesarios para generar este indicador de los que se dispone actualmente proceden de unos pocos países que han llevado a cabo encuestas con arreglo al método STEPS con parámetros bioquímicos. Para generar una estimación mundial se precisan datos de más países.

[2] Los datos necesarios para generar este indicador de los que se dispone actualmente proceden de unos pocos países que han llevado a cabo encuestas en establecimientos con el fin de determinar la disponiblidad de medicamentos y tecnologías. Para generar una estimación mundial se precisan datos de más países.

ANEXO 4

ELABORACIÓN DE UN ENFOQUE QUE PUEDA UTILIZARSE PARA REGISTRAR Y PUBLICAR LAS CONTRIBUCIONES DE LOS AGENTES NO ESTATALES AL LOGRO DE LAS NUEVE METAS MUNDIALES DE APLICACIÓN VOLUNTARIA PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

ALCANCE Y OBJETO

1. En el párrafo 37 de su resolución 68/300, la Asamblea General de las Naciones Unidas exhorta a la Organización Mundial de la Salud, en consulta con los Estados Miembros, en el contexto del mecanismo amplio de coordinación mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, garantizando al mismo tiempo la protección ante los intereses creados, a que elabore antes de fines de 2015 un enfoque que pueda utilizarse para registrar y publicar las contribuciones del sector privado, las entidades filantrópicas y la sociedad civil al logro de las nueve metas voluntarias para las enfermedades no transmisibles.

2. Teniendo presente el amplio abanico de posibles enfoques de la tarea encomendada, en el presente informe se exponen las vías preliminares que la Secretaría propone estudiar en 2016, en consulta plena con los Estados Miembros. Se trata de las siguientes:

– posibles opciones para determinar los tipos de «contribuciones» de los agentes no estatales que podría ser útil registrar, y el modo de velar por que tengan la mayor repercusión posible en el logro de las nueve metas de aplicación voluntaria;

– alternativas para definir los agentes no estatales que podrían participar y las posibles modalidades de su participación;

– estudio inicial de los tipos de instrumentos que se podría elaborar para registrar las contribuciones del modo más eficaz posible.

3. En el presente anexo se propone un conjunto inicial de principios generales (párrafo 5) y de consideraciones (párrafos 6 a 10) que la Secretaría tendrá en cuenta a la hora de establecer y elaborar el proyecto final de enfoque. En el informe se proporciona asimismo un análisis preliminar de posibles riesgos y de medidas de mitigación (párrafo 11).

4. Al final del anexo (párrafo 12) se presenta un proyecto de calendario para ultimar los trabajos en 2016, que será objeto de consideración por los Estados Miembros en 2017.

PRINCIPIOS GENERALES

5. La elaboración de un enfoque que pueda utilizarse para registrar las contribuciones de los agentes no estatales se concibe como un proceso plurianual que podría asentarse en una serie de principios generales específicos. A continuación se propone un conjunto inicial de principios generales:

– Respaldo a la consecución de las metas de aplicación voluntaria

– Cumplimiento de los principios de transparencia, inclusión, rendición de cuentas y de buena disposición a la verificación independiente

– Congruencia con el marco de la OMS para la colaboración con agentes no estatales (en preparación)

– Reconocimiento del conflicto fundamental de intereses entre la industria del tabaco y la salud pública

CONSIDERACIONES A LA HORA DE ELABORAR UN ENFOQUE PARA REGISTRAR LAS CONTRIBUCIONES

6. En la sección siguiente se ofrecen diversas opciones metodológicas para la elaboración de un enfoque definitivo.

7. **Criterios de alineamiento.** La Secretaría propone que al elaborar el enfoque se tengan en cuenta otros tratados, marcos, programas e iniciativas internacionales. En el enfoque se podría prever lo siguiente:

a) alineamiento con los tratados, los marcos, las estrategias, los planes de acción y las recomendaciones pertinentes ya acordados por los Estados Miembros, en particular los siguientes:

– Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco

– Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud

– Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol

– Recomendaciones sobre la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños

– Recomendaciones mundiales sobre la actividad física y la salud

– Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020

– Proyecto de marco de la OMS para la colaboración con agentes no estatales;

b) incorporación de las enseñanzas extraídas de iniciativas y marcos similares en los que participan diversos tipos de agentes no estatales (tales como la Iniciativa del Pacto Mundial de las Naciones Unidas, el Índice de acceso a los medicamentos, la iniciativa sobre alianzas publicoprivadas para la salud, y G-Finder), sin dejar de reconocer la especificidad de esta actividad;

c) aprovechamiento de la base que ofrece la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, en particular la meta que prevé reducir en un tercio para 2030 la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles, y el Programa de Acción de Addis Abeba, en el que se invita al sector privado a asociarse al proceso de desarrollo e invertir en esferas de importancia crítica para el desarrollo sostenible.

8. **Criterios de impacto.** La Secretaría propone examinar las siguientes opciones para la orientación del registro de las contribuciones de los agentes no estatales que probablemente tengan la mayor repercusión posible en el logro de las nueve metas de aplicación voluntaria:

a) Se podría alentar a los agentes no estatales a centrarse principalmente en las opciones de política y las intervenciones que en el apéndice 3 del plan de acción mundial se señalan como «muy costoeficaces y asequibles para todos los países». De ese modo se aseguraría la máxima notoriedad a las contribuciones que tienen el mayor impacto.

b) En lo que se refiere a los tipos de contribuciones a cuyo registro se podría alentar a los agentes no estatales, la Secretaría podría incluir, entre otras, las opciones siguientes:

– los agentes no estatales podrían registrar contribuciones relativas a actividades que directamente reducen al mínimo el posible impacto de sus actividades básicas en la carga mundial de enfermedades no transmisibles;

– los agentes no estatales podrían registrar las contribuciones relativas a dos esferas: 1) actividades que directamente reducen al mínimo el impacto de sus actividades básica en la carga mundial de enfermedades no transmisibles; y 2) iniciativas que contribuyen a prevenir la posibilidad de que sus empleados contraigan enfermedades no transmisibles;

– los agentes no estatales podrían registrar las contribuciones relativas a tres esferas: 1) actividades que directamente reducen al mínimo el impacto de sus actividades básicas en la carga mundial de enfermedades no transmisibles; 2) iniciativas que contribuyen a prevenir la posibilidad de que sus empleados contraigan enfermedades no transmisibles; 3) otras iniciativas de naturaleza filantrópica que hayan demostrado un impacto directo e importante en las enfermedades no transmisibles (tales como la aportación de apoyo financiero o en especie para la aplicación de intervenciones incluidas en la lista de intervenciones «muy costoeficaces y asequibles para todos los países»).

9. **Criterios de participación.** Los agentes no estatales representan, a escala mundial, regional y nacional, a un amplio abanico de partes interesadas que podrían agruparse en función del tamaño del mercado, la cobertura, el sector y el contexto geográfico. Al definir el enfoque más eficaz para registrar sus contribuciones habría que tener en cuenta la diversidad de los agentes no estatales. Se describen *infra* distintas opciones para definir las condiciones y modalidades de participación que serán estudiadas por la Secretaría.

a) En términos generales, las condiciones de participación en la iniciativa podrían basarse en que los agentes no estatales estén en conformidad con la definición y los principios del marco de la OMS para la colaboración con agentes no estatales (en preparación), las disposiciones de las resoluciones 66/2 y 68/300 de la Asamblea General de las Naciones Unidas, y el plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020.

b) Seguidamente podrían considerarse diferentes opciones para determinar la modalidad de participación de los agentes no estatales aptos. Por ejemplo, teniendo en cuenta diferencias tipológicas y específicas del contexto, podrían distinguirse las siguientes:

– Todos los agentes aptos que deseen participar podrían registrar sus contribuciones, independientemente de su contexto geográfico y cobertura, sector o tamaño.

– Se podrían elaborar parámetros específicos en función del contexto geográfico y la cobertura, el sector y el tamaño para limitar la participación a una selección de agentes idóneos (por ejemplo, se invitaría a participar a los que tuvieran presencia mundial, o un tamaño de mercado o cobertura mínimos).

– Se podría alentar la participación de todos los agentes aptos, pero «canalizándola» en función del tamaño, el tipo o el sector, elaborando distintos parámetros de notificación y directrices para los diferentes grupos de agentes.

c) Por último, la Secretaría podría considerar un escalonamiento del proceso de registro. Por ejemplo, en una primera fase se podría alentar a participar a un grupo de agentes no estatales (tales como entidades mundiales cuyas actividades básicas se relacionaran directamente con las nueve metas de aplicación voluntaria). Seguidamente, en una etapa posterior del proceso se podría ampliar la participación a un abanico más diverso.

10. **Opciones metodológicas.** El enfoque podría ponerse en práctica mediante diversos mecanismos que alentaran la participación voluntaria de los agentes no estatales, a los que se les invitaría a registrar sus contribuciones. Los mecanismos harían posible que los agentes notificaran sus contribuciones de la forma más objetiva y susceptible de verificación independiente, por ejemplo, haciendo que ellos mismos compararan sus contribuciones respecto de un conjunto de parámetros e indicadores predefinidos. Para garantizar una amplia aceptación y el apoyo de todo tipo de agentes, sería esencial que los instrumentos de notificación se consideraran pertinentes y fáciles de utilizar. Se considerarán, entre otras, las opciones siguientes:

a) un «instrumento de notificación» universal basado en internet que conste de campos predefinidos, vinculados a parámetros y criterios claros y estandarizados y en los que propongan posibles indicadores. El formulario predefinido, que se cumplimentaría en línea, podría orientar a los agentes no estatales a registrar las contribuciones con mayor impacto en la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles. Se aseguraría así el más alto grado de transparencia, coherencia y exactitud. Además, ello permitiría que los agentes no estatales participaran utilizando muy pocos recursos, lo que aumentaría enormemente el abanico de agentes de distintos tipos, sectores y contextos incluidos;

b) un marco de evaluación general, con inclusión de requisitos mínimos, parámetros y directrices. La plantilla se podría facilitar a través de internet a los agentes que desearan participar. El enfoque daría más flexibilidad a los agentes y a la vez los asistiría a centrarse en sus respectivas notificaciones sobre las áreas de impacto esenciales, pero el grado de transparencia y coherencia sería menor. Además, podría ser problemática la comparación entre contribuciones procedentes de sectores, tipos y contextos distintos;

c) una plataforma, o portal, abierta en internet, a la que podrían acceder los agentes no estatales para cargar sus informes, que serían objeto de evaluación general y comparación. Se podrían enumerar parámetros e indicadores predefinidos, a modo de ejemplos de directrices. Este enfoque haría posible que los agentes indicaran las contribuciones que a su entender son más pertinentes para la prevención y control de las enfermedades no transmisibles. Pese a que da más libertad de interpretación a los agentes no estatales, los datos publicados podrían ser menos comparables y la pertinencia de las contribuciones registradas más difícil de determinar en ausencia de un marco de evaluación preestablecido.

POSIBLES RIESGOS Y MEDIDAS DE MITIGACIÓN

11. La Secretaría considerará cierto número de problemas y riesgos a la hora de perfeccionar la definición del enfoque para registrar las contribuciones de los agentes no estatales.

a) La participación de los agentes no estatales tendrá carácter voluntario. Por consiguiente, todo enfoque que se elabore deberá percibirse como un instrumento capaz de:

– facilitar genuinamente el registro de las contribuciones de los agentes no estatales, orientándolos a evaluar el impacto real de sus contribuciones y, de ese modo, propiciando su progreso en el compromiso con la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles;

– promover la mejora de la coordinación entre las diferentes categorías de agentes no estatales.

b) Los posibles instrumentos de notificación no deben percibirse como algo unilateral sino como instrumentos de participación.

c) El registro de las contribuciones de los agentes no estatales no debe utilizarse en beneficio de sus intereses ni para promover sus marcas, productos, opiniones o actividades con escaso o nulo beneficio para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles. Para evitar que eso ocurra es necesario definir con claridad los parámetros de lo que constituye o no constituye una contribución. La participación en la iniciativa y el registro de contribuciones podría ser presentado impropiamente por algunos agentes como un respaldo por parte de la OMS. Por consiguiente, es necesario definir claramente la función de la OMS.

d) La participación en la iniciativa de algunos agentes no estatales podría utilizarse para desviar la atención de sus actividades básicas hacia otras que no tengan un impacto directo demostrado en la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles. Para evitar que ello ocurra se podrían elaborar parámetros y directrices claros para el registro de contribuciones.

PROYECTO DE CALENDARIO

12. Se presenta a continuación un proyecto de calendario para la consideración y la aplicación del enfoque.

Enero de 2016 a enero de 2017: En consulta plena con los Estados Miembros, la Secretaría ultimará sus trabajos de elaboración de un enfoque, lo que incluirá la propuesta de un método o mecanismo concreto de notificación y de parámetros e indicadores específicos conexos.

Enero de 2017 a mayo de 2017: Se invitará a la 70.ª Asamblea Mundial de la Salud, por conducto del Consejo Ejecutivo, a respaldar el enfoque definitivo propuesto.

Septiembre de 2017: Una vez recibido el respaldo de la 70.ª Asamblea Mundial de la Salud, el Director General incluirá una referencia al enfoque en el informe sobre los progresos realizados en la aplicación de la resolución 68/300 de la Asamblea General de las Naciones Unidas que presente en 2017 a la Asamblea General en preparación de la tercera reunión de alto nivel de las Naciones Unidas sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, en 2018.

Mayo de 2017 y más allá: Una vez recibido el respaldo de la 70.ª Asamblea Mundial de la Salud, y de conformidad con la acción 4.2 de su plan de trabajo para 2016-2017,[1] el mecanismo de coordinación mundial para la prevención y control de las enfermedades no transmisibles empezará a aplicar el enfoque elaborado por la Secretaría.

[1] Véase el documento A68/11, anexo 3.

ANEXO 5

INFORME SOBRE LOS PROGRESOS REALIZADOS EN LA EJECUCIÓN DE LAS ACCIONES PREVISTAS EN EL PLAN DE TRABAJO 2014-2015 DEL MECANISMO DE COORDINACIÓN MUNDIAL SOBRE LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE MAYO DE 2014 Y MARZO DE 2016

1. En el presente informe se describen los progresos realizados por la Secretaría del mecanismo de coordinación mundial sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en la ejecución de las acciones previstas en su plan de trabajo 2014-2015[1]

PROGRESOS REALIZADOS POR LA SECRETARÍA

2. La 67.ª Asamblea Mundial de la Salud tomó nota del mecanismo de coordinación mundial del plan de trabajo 2014-2015. A continuación se resumen los progresos realizados por la Secretaría en la ejecución de las acciones previstas en el plan de trabajo.

Acción	**Actividad**	**Progresos realizados en 2014 y 2015**
Acción 1.1	Mantener un diálogo en 2014 sobre la manera de seguir 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. El diálogo tendrá como resultado un informe con recomendaciones.	El 20 y el 21 de abril de 2015 se celebró un diálogo sobre enfermedades no transmisibles y cooperación para el desarrollo y se publicó un informe.[2]
Acción 1.2	Mantener un diálogo en 2015 sobre la manera de 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. El diálogo tendrá como resultado un informe con recomendaciones.	Del 30 de noviembre al 1 de diciembre de 2015 se celebró un diálogo sobre enfermedades no transmisibles y cooperación internacional, y el informe correspondiente se publicará en la primera mitad de mayo de 2016.[3]

[1] Véase el documento A67/14 Add.3 Rev.1.

[2] Disponible en http://www.who.int/global-coordination-mechanism/final_meeting_report_dialogue_ncd_development_april15_en.pdf?ua=1 (consultado el 30 de noviembre de 2015).

[3] Se publicará en http://www.who.int/global-coordination-mechanism/dialogues/dialogue-international-partnership/en/ (consultado el 6 de mayo de 2016).

Acción	**Actividad**	**Progresos realizados en 2014 y 2015**
Acción 2.1	Establecer una plataforma en la web en 2014 en la que elaborar y difundir información sobre las pruebas científicas necesarias para informar a las instancias normativas acerca de la relación entre las enfermedades no transmisibles, la pobreza y el desarrollo.	En 2015 se estableció una plataforma en la web.[1]
Acción 2.2	Establecer una plataforma en la web en 2015 en la que 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.	En 2015 se estableció una plataforma en la web con arreglo a la acción 2.1[2]
Acción 2.3	Establecer una serie de seminarios en línea en 2014 para respaldar la función de coordinación de la OMS en las esferas en que las partes interesadas puedan participar y actuar de forma concertada contra las enfermedades no transmisibles.	Se han organizado una serie de seminarios en la web.[3]
Acción 3.1	Constituir un grupo de trabajo en 2014 para que recomiende cómo y con qué medios alentar a los Estados Miembros y a los agentes no estatales a cumplir el compromiso recogido en el párrafo 44 de la Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles.	El grupo de trabajo se estableció en marzo de 2015; antes de finalizar sus trabajos celebró tres reuniones. En julio de 2015 se publicó un informe interino.[4] En abril de 2016 se presentó a la Directora General un informe definitivo con recomendaciones, el cual se difundió entre los Estados Miembros.[5]
Acción 4.1	Establecer una comunidad de intercambio de prácticas en la que los participantes puedan efectuar contribuciones y adoptar medidas coordinadas para abordar los problemas que plantean las enfermedades no transmisibles.	Se han creado comunidades de intercambio de prácticas en torno a la labor temática pertinente de la OMS, así como para dar seguimiento a la primera Reunión mundial de directores y gestores de programas nacionales de lucha contra las ENT organizada por la OMS.

[1] Véanse http://www.who.int/ncds/gcm/en/ y http://www.gcmportal.org (consultadas el 21 de abril de 2016).

[2] Véanse http://www.who.int/ncds/gcm/en/ y http://www.gcmportal.org (consultadas el 29 de abril de 2016).

[3] Véase http://www.who.int/global-coordination-mechanism/news/webinars/en/ (consultado el 29 de abril de 2016).

[4] Disponible en http://www.who.int/global-coordination-mechanism/working-groups/wg-interim-report-comments/en/ (consultado el 30 de noviembre de 2015).

[5] Disponible en http://www.who.int/global-coordination-mechanism/working-groups/final_3_1report_with_annexes_apr16_fin.pdf?ua=1 (consultado el 29 de abril de 2016).

Acción	Actividad	Progresos realizados en 2014 y 2015
Acción 5.1	Constituir un grupo de trabajo en 2014 para que recomiende cómo y con qué medios alentar a los Estados Miembros y los agentes no estatales a cumplir el compromiso recogido en el párrafo 45(*d*) de la Declaración política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles.	El grupo de trabajo se estableció en marzo de 2015; antes de finalizar sus trabajos celebró tres reuniones. En julio de 2015 se publicó un informe interino.[1] En abril de 2016 se presentó a la Directora General un informe definitivo con recomendaciones, el cual se difundió entre los Estados Miembros.[2]

3. La 68.ª Asamblea Mundial de la Salud tomó nota del plan de trabajo para el mecanismo de coordinación mundial correspondiente a 2016-2017, el cual figura en el anexo 3 del documento A68/11.[3] En el párrafo 11 de este plan de trabajo, que remite al párrafo 12 del mandato del mecanismo de coordinación mundial, se establece que sus participantes realizarán una reunión presencial en 2017 con objeto de facilitar y mejorar la coordinación de las actividades y la participación y actuación multipartita e intersectorial a todos los niveles, así como promover el plan de acción mundial de la OMS para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020 y evaluar los progresos que haya logrado hasta la fecha el mecanismo de coordinación mundial. La Secretaría ha empezado a definir los detalles para convocar esta reunión general en 2017 de conformidad con las modalidades propuestas que se enuncian en el apéndice 1 del anexo 3 del documento A68/11.

[1] Disponible en http://www.who.int/global-coordination-mechanism/working-groups/wg-interim-report-comments/en/ (consultado el 30 de noviembre de 2015).

[2] Disponible en http://www.who.int/global-coordination-mechanism/working-groups/final_5_1report_with_annexes_apr16_fin.pdf?ua=1 (consultado el 29 de abril de 2016).

[3] Disponible en http://www.who.int/global-coordination-mechanism/working-groups/whaa68_gcm_workplan_2016_17a.pdf?ua=1 (consultado el 29 de abril de 2016).

ANEXO 6

INFORME SOBRE LOS PROGRESOS REALIZADOS ENTRE ABRIL DE 2015 Y MARZO DE 2016 POR EL EQUIPO DE TAREAS INTERINSTITUCIONAL DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

1. En el presente informe se describen los progresos realizados por la Secretaría desde marzo de 2015, cuando el Secretario General de las Naciones Unidas transmitió al Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas el informe de la Directora General sobre el Equipo de Tareas Interinstitucional de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles.[1]

2. Durante la primera semana de marzo de 2016 y de conformidad con la resolución 2015/8 del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas, la Secretaría del Equipo de Tareas Interinstitucional de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles presentó el informe de la Directora General de la OMS acerca del Equipo de Tareas Interinstitucional a la Oficina de Coordinación y Apoyo al ECOSOC del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, para que lo remitiera a su vez al Consejo Económico y Social. El informe está en proceso de edición y traducción y se publicará en el sitio web del Consejo Económico y Social;[2] será examinado por los Estados Miembros en la reunión de coordinación y gestión del Consejo (Nueva York, 1 a 3 de junio de 2016).[3]

PROGRESOS REALIZADOS POR LA SECRETARÍA

Misiones conjuntas de programación por países

3. Lideradas por la OMS y con la participación de las organizaciones interesadas del sistema de las Naciones Unidas, se llevaron a cabo misiones conjuntas de programación por países en Barbados (13 a 17 de abril de 2015), la República Democrática del Congo (13 a 17 de julio de 2015), Mongolia (7 a 11 de septiembre de 2015), Sri Lanka (5 a 9 de octubre de 2015), Mozambique (2 a 7 de noviembre de 2015), Paraguay (22 a 26 de febrero de 2016), Kirguistán (14 a 18 de marzo de 2016) y Omán (10 a 14 de abril de 2016). El objetivo de las misiones era prestar apoyo a los equipos en los países en sus actividades de asistencia a los países con miras a la formulación y compartición de soluciones para prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles, así como establecer un grupo temático de las Naciones Unidas sobre las enfermedades no transmisibles u otro mecanismo apropiado que actúe de plataforma para brindar un apoyo coordinado a las respuestas nacionales contra las enfermedades no transmisibles que contribuyan al logro de la meta 3.4 (de aquí a 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento, y promover la salud mental y el bienestar) del Objetivo de Desarrollo Sostenible 3. Entre las medidas cabe citar la integración de las enfermedades no transmisibles en el sistema de evaluación común para los países y en el Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo, la identificación de oportunida-

[1] Documento E/2015/53.

[2] Véase https://www.un.org/ecosoc/en/documents/reports (consultado el 21 de abril de 2016).

[3] Véase https://www.un.org/ecosoc/en/events/2016/ecosoc-coordination-and-management-meeting-0 (consultado el 21 de abril de 2016).

des de cooperación entre los equipos en los países, incluida la programación conjunta, y el seguimiento de los progresos realizados en la aplicación de las actividades de los equipos en los países destinadas a luchar contra las enfermedades no transmisibles. Entre los miembros de las misiones figuraban el Banco Asiático de Desarrollo, la FAO, la OIM, la OIT, el ONUSIDA, el PNUD, la Comisión Económica y Social de las Naciones Unidas para Asia y el Pacífico, el UNFPA, el UNICEF, la UNESCO, el Programa de Voluntarios de las Naciones Unidas, la Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres, el Banco Mundial, el PMA y la OMS.

Elaboración de programas mundiales conjuntos

4. Cuando el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas aprobó la resolución 2015/8 sobre los trabajos del Equipo de Tareas en junio de 2015, la Secretaría de la OMS transmitió a los Estados Miembros los planes para el establecimiento de tres programas mundiales conjuntos con otras organizaciones del sistema de las Naciones Unidas. Se trata de los programas siguientes: *i*) el programa mundial conjunto PNUD/OMS para catalizar la acción multisectorial sobre las enfermedades no transmisibles; *ii*) el programa mundial conjunto OIEA/CIIC/OMS para reforzar la respuestas nacionales para el control del cáncer; y *iii*) el programa mundial conjunto OIEA/CIIC/ONUSIDA/UNFPA/UNICEF/Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito/ONU-Mujeres/Banco Mundial/OMS para reforzar las respuestas nacionales al cáncer cervicouterino. Las organizaciones participantes están ultimando las disposiciones jurídicas y operacionales y han empezado a movilizar recursos conjuntamente. El programa mundial conjunto «Be He@lthy, Be Mobile», para promover el uso de las tecnologías móviles en la lucha contra las enfermedades no transmisibles se ha ampliado para incluir a la India.

Elaboración del plan de trabajo 2016-2017

5. En su quinta reunión, en octubre de 2015, el Equipo de Tareas examinó un proyecto de plan de trabajo para 2016-2017.[1] Acordó centrarse en un pequeño conjunto de prioridades estratégicas de alto nivel, en particular la aplicación de los programas mundiales conjuntos, la elaboración de una iniciativa de país acelerada, y el diseño de una campaña mundial de comunicación estratégica para promover los trabajos del Equipo de Tareas y los de sus miembros. La versión final del plan de trabajo para 2016-2017 está disponible en el sitio web del Equipo de Tareas.[2]

Control del tabaco

6. Los miembros del Equipo de Tareas continúan reconociendo la atención especial prestada al control del tabaco en el marco de su mandato y siguen resueltos a velar por que se continúe abordando y priorizando debidamente el control del tabaco.

Conflictos de intereses

7. En el mandato del Equipo de Tareas Interinstitucional de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles se estipula que «las políticas de salud pública destinadas a prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles deben estar protegidas de la in-

[1] Se puede consultar un informe sobre los resultados de la quinta reunión en http://www.who.int/ncds/un-task-force/events/oct-2015-uniatf-fifth-meeting/en/ (consultado el 21 de abril de 2016).

[2] http://www.who.int/ncds/un-task-force/en/ (consultado el 21 de abril de 2016).

fluencia indebida de intereses creados de todo tipo». Sin embargo, ha habido ejemplos de asociación entre la industria tabacalera y algunos miembros del Equipo de Tareas, en ocasiones sin el conocimiento de los propios miembros. En la quinta reunión del Equipo de Tareas, la secretaría del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco y la OMS presentaron un documento[1] para poner de relieve las prácticas idóneas de algunos organismos, en particular el OIEA, el PNUD, la UNESCO, la OMS, la secretaría del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco y el Banco Mundial, con miras a prevenir la injerencia de la industria tabacalera. En las reuniones quinta y sexta del Equipo de Tareas se intercambió información con los miembros acerca de ejemplos específicos en los que la industria sigue asociándose con distintas organizaciones del sistema de las Naciones Unidas.

8. El Equipo de Tareas está elaborando una política modelo para los organismos del sistema de las Naciones Unidas destinada a evitar la injerencia de la industria tabacalera. Se espera que esta política modelo, que contiene medidas basadas en el artículo 5.3 del Convenio Marco de la OMS y en las directrices pertinentes adoptadas por la Conferencia de las Partes, sea adoptada por los miembros del Equipo de Tareas de aquí a finales de año.

9. El Equipo de Tareas también es conocedor de que la industria de las bebidas alcohólicas ha presionado a al menos un Estado Miembro antes de las reuniones del Equipo de Tareas.

[1] http://apps.who.int/fctc/implementation/database/groups/un-agencies-and-tobacco-industry-interference-examples-good-practices-un-agencies-document (consultado el 21 de abril de 2016).

ANEXO 7

ESTRUCTURA DEL INFORME A LA ASAMBLEA GENERAL DE LAS NACIONES UNIDAS

1. En el presente informe se expone la estructura del informe que la Directora General presentará a la Asamblea General de las Naciones Unidas a finales de 2017 sobre los progresos realizados en la aplicación de la declaración política de 2011 y el documento final de 2014.

FORMATO DEL INFORME

2. El formato de la Nota del Secretario General por la que se transmite el informe del Director General de la Organización Mundial de la Salud sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, que se presentará a la Asamblea General de las Naciones Unidas para su consideración por los Estados Miembros a finales de 2017, será similar al utilizado en 2013,[1] según se muestra a continuación.

Capítulo	Alcance
1	Introducción
2	La situación actual (resultados, progresos y procesos, incluidos los vínculos con la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible)
3	Progresos realizados en el cumplimiento de los compromisos y los cometidos mundiales
4	Progresos realizados en el cumplimiento de los cuatro compromisos nacionales con plazos concretos para 2015 y 2016
5	Cooperación internacional
6	Recomendaciones
Anexo	Informe de la OMS de seguimiento de los progresos realizados en 2017 en relación con las enfermedades no transmisibles

3. A diferencia del informe de 2013, el de 2017 incluirá un anexo con datos por países sobre los 10 indicadores de progreso que se exponen en la nota técnica publicada por la OMS el 1 de mayo de 2015.[2]

[1] Documento A/68/650.

[2] Disponible en http://www.who.int/nmh/events/2015/getting-to-2018/en/ (consultado el 21 de abril de 2016).

ANEXO 8

MARCO MUNDIAL DE RENDICIÓN DE CUENTAS SOBRE LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

Mecanismos existentes

1. En la resolución WHA66.10 (2013), la Asamblea de la Salud adoptó el marco mundial de vigilancia integral para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, incluido el conjunto de 25 indicadores 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.[1]

2. En la misma resolución, la Asamblea de la Salud adoptó 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]

3. Asimismo, la Asamblea de la Salud pidió a la Directora General que presentara 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, así como informes sobre los progresos realizados hacia el logro de las nueve metas mundiales de aplicación voluntaria en 2016, 2021 y 2026.[3]

4. En 2014, la Asamblea de la Salud aprobó nueve indicadores respecto del Plan de acción mundial de la OMS para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020.[4]

5. En marzo de 2016, la Comisión de Estadística de las Naciones Unidas encargada de formular indicadores mundiales con respecto a la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible acordó en su 47.ª reunión, como punto de partida práctico y a reserva de futuras mejoras técnicas, una propuesta de marco mundial de indicadores respecto de los objetivos y las metas de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, los cuales se incluyen en la lista de indicadores presentada en el anexo IV del informe E/CN.3/2016/2/Rev.1.[5] Esta lista incluye los indicadores para las metas relacionadas con las enfermedades no transmisibles que figuran en el cuadro 1:

[1] Tal y como se enuncia en el anexo 4, apéndice 2 del documento WHA66/2013/REC/1 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66-REC1/WHA66_2013_REC1_complete.pdf, consultado el 21 de abril de 2016).

[2] Tal y como se enuncia en el anexo 4, apéndice 3 del documento WHA66/2013/REC/1 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66-REC1/WHA66_2013_REC1_complete.pdf, consultado el 21 de abril de 2016).

[3] Resolución WHA66.10, párrafo 3(9).

[4] Véase el documento A67/14, anexo 4 y su apéndice, y el documento WHA67/2014/REC/3, p. 118.

[5] Decisión 1 de la Comisión de Estadística de las Naciones Unidas en su 47.ª reunión.

Cuadro 1. Lista final de indicadores de desarrollo sostenible relacionados con las enfermedades no transmisibles (tal y como figuran en el anexo IV del documento E/CN.3/2016/2/Rev.1, Report of the Inter-Agency and Expert Group on Sustainable Development Goal Indicators).

Objetivos y metas relacionados con las enfermedades no transmisibles (de la Agenda 2030)	Indicadores
3.4 De aquí a 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento, y promover la salud mental y el bienestar	3.4.1 Tasa de mortalidad atribuida a las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes o las enfermedades respiratorias crónicas. 3.4.2 Tasa de mortalidad por suicidio
3.5 Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol	3.5.1 Cobertura de las intervenciones terapéuticas (farmacológicas, psicosociales y de rehabilitación, así como servicios posteriores al tratamiento) con respecto a los trastornos por abuso de sustancias adictivas 3.5.2 Consumo nocivo de alcohol, definido según el contexto nacional como el consumo de alcohol por habitante (de 15 años o más) en un año civil, expresado en litros de alcohol puro
3.8 Lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas inocuos, eficaces, asequibles y de calidad para todos	3.8.1 Cobertura de los servicios de salud esenciales (definidos como la cobertura media de los servicios esenciales sobre la base de intervenciones de seguimiento que abarcan la salud reproductiva, de la madre, el recién nacido y el niño, las enfermedades infecciosas, las enfermedades no transmisibles y la capacidad de los servicios y el acceso a ellos, entre la población general y los grupos de población más desfavorecidos) 3.8.2 Número de personas cubiertas por un seguro de enfermedad o por un sistema de salud pública por cada 1000 habitantes
3.a Fortalecer la aplicación del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco en todos los países, según proceda	3.a.1 Prevalencia normalizada por edades del consumo actual de tabaco entre las personas de 15 años o más
3.b Apoyar las actividades de investigación y desarrollo de vacunas y medicamentos contra las enfermedades transmisibles y no transmisibles que afectan primordialmente a los países en desarrollo y facilitar el acceso a medicamentos y vacunas esenciales asequibles de conformidad con la Declaración de Doha relativa al Acuerdo sobre los ADPIC y la Salud Pública, en la que se afirma el derecho de los países en desarrollo a utilizar al máximo las disposiciones del Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio en lo relativo a la flexibilidad para proteger la salud pública y, en particular, proporcionar acceso a los medicamentos para todos	3.b.1 Proporción de la población con acceso sostenible a medicamentos y vacunas asequibles 3.b.2 Monto total de la asistencia oficial neta para el desarrollo destinada a la investigación médica y a la salud básica

Marco mundial de rendición de cuentas

6. Cuando se tienen en cuenta estos mecanismos, los aspectos relacionados con la OMS del marco mundial de rendición de cuentas para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles incluyen los componentes enunciados en el cuadro 2.

Cuadro 2. Labores y funciones de la OMS en el marco mundial de rendición de cuentas

¿Qué informes prepara la OMS?	¿Qué indicadores utiliza la OMS?	¿A qué entidades van dirigidos los datos?	¿Cuándo presenta la OMS los informes?	¿Cuándo recopila la OMS los datos para este informe?
Informe sobre los progresos realizados respecto de las nueve metas mundiales relativas a las enfermedades no transmisibles cuyo cumplimiento está previsto para 2025	25 indicadores de efectos	Órganos deliberantes de la OMS	2016, 2021 y 2026	Encuesta OMS sobre la capacidad de los países para luchar contra las enfermedades no transmisibles, realizada en 2015 y 2017
Informe sobre los progresos realizados en la aplicación del Plan de acción mundial de la OMS para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020	9 indicadores relativos al plan de acción	Órganos deliberantes de la OMS	2016, 2018 y 2021	Encuesta OMS sobre la capacidad de los países para luchar contra las enfermedades no transmisibles, realizada en 2015 y 2017
Informe sobre los progresos realizados en la aplicación de la Declaración Política de las Naciones Unidas sobre las ENT de 2011 y del Documento final de las Naciones Unidas sobre enfermedades no transmisibles de 2014	10 indicadores de seguimiento de los progresos realizados publicados el 1 de mayo de 2015	Asamblea General de las Naciones Unidas	2017	Encuesta OMS sobre la capacidad de los países para luchar contra las enfermedades no transmisibles, realizada en 2015 y 2017
Informe sobre los progresos realizados respecto de las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible relativas a las enfermedades no transmisibles cuyo cumplimiento está previsto para 2030	Véase el cuadro 1	Asamblea General de las Naciones Unidas	Anualmente	Por determinar

ANEXO 9

PROPUESTA DE CÓDIGO PARA LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

1. En cumplimiento de lo dispuesto en el párrafo 33 de la resolución 68/300 de la Asamblea General de las Naciones Unidas, la Secretaría está colaborando con el Comité de Asistencia para el Desarrollo de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos con el fin de explorar opciones para la elaboración de un código de propósito que permita hacer un seguimiento de la asistencia oficial para el desarrollo destinada a las enfermedades no transmisibles.

2. Se están explorando las siguientes opciones:

Código: 123 – I.3 – Enfermedades no transmisibles **(Total)**

Posibles subcódigos:

- 12311 – Consumo de tabaco
- 12312 – Exposición a la inactividad física
- 12313 – Exposición al consumo nocivo de alcohol
- 12314 – Exposición a una dieta malsana
- 12321 – Control de las enfermedades cardiovasculares
- 12322 – Control del cáncer
- 12323 – Control de las enfermedades respiratorias crónicas
- 12324 – Control de la diabetes
- 12325 – Investigación para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles
- 12326 – Vigilancia para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles

= = =