Organización Mundial de la Salud

70.ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD
Punto 17 del orden del día provisional

A70/38
27 de marzo de 2017

Informes sobre los progresos realizados

Informe de la Secretaría

ÍNDICE

Página

Enfermedades no transmisibles

A. Plan de acción mundial de la OMS sobre discapacidad 2014-2021: mejor salud para todas las personas con discapacidad (resolución WHA67.7 (2014)) 3

B. Retos que plantea el Decenio de Acción de las Naciones Unidas para la Seguridad Vial (2011-2020): resultado de la Segunda Conferencia mundial de Alto Nivel sobre Seguridad Vial: es hora de resultados (resolución WHA69.7 (2016)) 4

C. Salud ocular universal: un plan de acción mundial 2014-2019 (resolución WHA66.4 (2013)) 6

Enfermedades transmisibles

D. Erradicación de la dracunculosis (resolución WHA64.16 (2011)) 7

E. Estrategia mundial y metas para la prevención, la atención y el control de la tuberculosis después de 2015 (resolución WHA67.1 (2014)) 9

F. Estrategia y metas técnicas mundiales contra la malaria 2016-2030 (resolución WHA68.2 (2015)) 11

Promoción de la salud a lo largo del ciclo de vida

G. Repercusiones de la exposición al mercurio y a los compuestos mercuriales en la salud pública: la función de la OMS y de los ministerios de salud pública en la aplicación del Convenio de Minamata (resolución WHA67.11 (2014)) 13

H. Estrategia para incorporar el análisis y las acciones de género en las actividades de la OMS (resolución WHA60.25 (2007)) 15

Sistemas de salud

I. Progresos realizados en el uso racional de los medicamentos (resolución WHA60.16 (2007)) 18

J. Fortalecimiento del sistema de reglamentación de los productos médicos (resolución WHA67.20 (2014)) 20

K. Fortalecimiento de la atención quirúrgica esencial y de emergencia, y de la anestesia, como componentes de la cobertura sanitaria universal (resolución WHA68.15 (2015)) 22

Preparación, vigilancia y respuesta

L. Erradicación de la viruela: destrucción de las reservas de Variola virus (resolución WHA60.1 (2007)) 24

M. Reforzamiento de la bioseguridad en el laboratorio (resolución WHA58.29 (2005)) 25

Enfermedades no transmisibles

A. PLAN DE ACCIÓN MUNDIAL DE LA OMS SOBRE DISCAPACIDAD 2014-2021: MEJOR SALUD PARA TODAS LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD (resolución WHA67.7 (2014))

1. En mayo de 2014, la 67.ª Asamblea Mundial de la Salud, en su resolución WHA67.7, adoptó el Plan de acción mundial sobre discapacidad 2014-2021. En ella pedía a la Directora General que pusiera en práctica las acciones para la Secretaría que figuran en el Plan de acción, a saber: eliminar obstáculos y mejorar el acceso a los servicios y programas de salud; reforzar y extender los servicios de rehabilitación, habilitación, tecnología auxiliar, asistencia y apoyo, así como la rehabilitación de ámbito comunitario; y mejorar la obtención de datos pertinentes e internacionalmente comparables sobre discapacidad y potenciar la investigación sobre la discapacidad y los servicios conexos. El mandato de actuación se vio reforzado aún más por la adopción de un plan de acción regional por parte del Comité Regional para las Américas.[1]

2. En cumplimiento de dicha resolución, la Secretaría ha emprendido las actividades clave que se describen a continuación.

3. **Elaboración de orientaciones y herramientas.** La Secretaría, en consulta con expertos internacionales, elaboró la encuesta modelo sobre discapacidad. La encuesta se ha realizado en Chile, Filipinas y Sri Lanka, y en 2017 se llevará a cabo en Costa Rica y Panamá. La Secretaría también publicó *Rehabilitation in health systems*,[2] un documento que proporciona orientaciones basadas en la evidencia para que los Estados Miembros y las partes interesadas pertinentes refuercen y amplíen la disponibilidad de unos servicios de rehabilitación de calidad. Además, la Secretaría diseñó, en consulta con los Estados Miembros, una herramienta de evaluación de la situación para ayudar en la recopilación de datos sobre la prestación de servicios de rehabilitación. Esta herramienta forma parte de un conjunto integral de instrumentos de rehabilitación que ayudarán a fortalecer la prestación de servicios de rehabilitación en el marco de los sistemas de salud. En 2015 se pusieron en marcha los indicadores para monitorear la rehabilitación de ámbito comunitario y un programa de formación en línea denominado INCLUDE, los cuales han sido ampliamente utilizados por las partes interesadas en los países. También se han invertido muchos esfuerzos en producir documentos informativos y orientaciones de carácter técnico sobre cómo articular una respuesta a las emergencias en la que se tenga en cuenta a las personas con discapacidad y sobre los conjuntos de intervenciones de rehabilitación para los países de ingresos bajos y medianos.

4. **Creación de capacidad e intensificación de la acción en los países.** La Secretaría, en colaboración con los asociados, ha empezado a trabajar para reforzar la coordinación y la formulación de planes y estrategias nacionales en los países organizando tres talleres regionales para los Estados Miembros. La Secretaría llevó a cabo 15 visitas de formación a países con el fin de reforzar la capacidad de sus ministerios de salud y asuntos sociales para responder a la creciente necesidad de servicios de rehabilitación. La Secretaría, junto con CBR Global Network, organizó el Congreso Mundial de Rehabilitación Comunitaria en Malasia. El Congreso, que contó con más de 1000 participantes de más de 50 países, sirvió de plataforma para brindar capacitación en materia de rehabilitación comunitaria. La iniciativa de cooperación mundial en materia de tecnologías auxiliares (Global Cooperation

[1] Véase la resolución CD53.R12 (2014).

[2] Rehabilitation in health systems. Ginebra, Organización Mundial de la Salud; 2017. Véase http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254506/1/9789241549974-eng.pdf (consultado el 8 de febrero de 2017).

on Assistive Technologies) se puso en marcha en 2014, y en la 69.ª Asamblea Mundial de la Salud se preparó y presentó una lista de productos de ayuda prioritarios para su aplicación en los países.

5. **Concienciación y promoción.** El Día Internacional de las Personas con Discapacidad sigue siendo el principal evento anual para aumentar la concienciación acerca de las personas con discapacidad. La OMS y otras organizaciones de las Naciones Unidas y la sociedad civil organizaron varias actividades, y más de 100 Estados Miembros promovieron actividades en dicho día con el apoyo de la Secretaría y los asociados. En febrero de 2017, la Secretaría hizo un llamamiento para que se adoptaran medidas coordinadas y consensuadas a nivel mundial con el fin de reforzar la capacidad de rehabilitación en los sistemas de salud. Está previsto que se sumen a la iniciativa unos 200 participantes, entre ellos delegados de 23 Estados Miembros.

6. **Constitución del acervo de datos objetivos y monitoreo de los progresos.** La Secretaría invirtió considerables esfuerzos en cumplir los requisitos de monitoreo establecidos en el plan de acción. Se hicieron avances significativos en lograr que los Estados Miembros utilicen enfoques normalizados para la recopilación periódica de datos. Todos los países de la Región del Pacífico Occidental de la OMS han recopilado datos normalizados, y se ha elaborado un informe sobre la situación. La recopilación de datos en todas las demás regiones comenzará en 2017. Está prevista la publicación de un informe sobre la situación mundial en 2020.

7. La Secretaría continuará apoyando a los Estados Miembros en sus esfuerzos por lograr la cobertura sanitaria universal mejorando el acceso de las personas con discapacidad a los servicios de salud generales y reforzando los servicios de rehabilitación.

B. RETOS QUE PLANTEA EL DECENIO DE ACCIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA SEGURIDAD VIAL (2011-2020): RESULTADO DE LA SEGUNDA CONFERENCIA MUNDIAL DE ALTO NIVEL SOBRE SEGURIDAD VIAL: ES HORA DE RESULTADOS (resolución WHA69.7 (2016))

8. En la resolución WHA69.7, adoptada en 2016, se refrendó la Declaración de Brasilia sobre Seguridad Vial, que es el documento final de la Segunda Conferencia Mundial de Alto Nivel sobre Seguridad Vial, y se instó a los Estados Miembros y a la Secretaría a que llevaran a cabo diversas actividades. Como respuesta a ello se han emprendido varias iniciativas.

9. Se ha acordado un proceso para establecer metas mundiales voluntarias sobre seguridad vial.[1] De resultas de una reunión con expertos técnicos en seguridad vial celebrada en septiembre de 2016 se elaboró un proyecto de documento de debate de la OMS que fue objeto de una consulta en la web desde octubre hasta diciembre de 2016, y en noviembre de 2016 se celebró un debate informal de Estados Miembros. A principios de 2017 el documento de debate de la OMS se someterá a una primera revisión y será objeto de nuevas consultas con varias entidades, entre otras el Comité de Transportes Interiores[2] (febrero de 2017), las organizaciones de la sociedad civil sobre seguridad vial (marzo de 2017) y el sector privado (junio de 2017). La segunda revisión del documento se llevará a cabo durante las

[1] Se puede consultar información sobre el establecimiento de metas mundiales en http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_traffic/road-safety-targets/en/ (consultado el 27 de enero de 2017).

[2] El Comité de Transportes Interiores es el principal órgano encargado de la formulación de políticas sobre transporte de la Comisión Económica de las Naciones Unidas para Europa.

reuniones de los comités regionales de la OMS y será objeto de debate en una reunión oficial de Estados Miembros y organizaciones del sistema de las Naciones Unidas en el último trimestre de 2017.

10. Los informes regionales, basados en el tercer *Informe sobre la situación mundial de la seguridad vial 2015*[1] —en el que se señala que cada año mueren aproximadamente 1,25 millones de personas por accidentes de tránsito—, se elaboraron en 2016 para proporcionar a los Estados Miembros orientaciones adicionales sobre la aplicación de estrategias nacionales de seguridad vial que estén en consonancia con los objetivos del Decenio de Acción para la Seguridad Vial (2011-2020) y la meta 3.6 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, a saber: reducir a la mitad, para 2020, el número de muertes causadas por accidentes de tránsito. La Secretaría ha empezado a elaborar el cuarto informe sobre la situación mundial de la seguridad vial, cuya publicación está prevista para 2018.

11. La Secretaría ayudó a los Estados Miembros a concienciar sobre la importancia de las leyes para reducir los traumatismos y las muertes por accidentes de tránsito. Filipinas, Tailandia y Viet Nam modificaron sus leyes en 2016, y Bangladesh, China, la India, Kirguistán y Sri Lanka han realizado evaluaciones como primer paso para introducir mejoras en sus leyes sobre seguridad vial. La Secretaría también ha puesto en marcha un curso en línea gratuito para juristas y abogados en materia de seguridad vial, está llevando a cabo programas de desarrollo jurídico, está estableciendo becas para periodistas en varios países, y ha puesto en marcha un Foro Mundial para Legisladores en materia de Seguridad Vial.

12. Para seguir brindando apoyo a los Estados Miembros, la Secretaría, junto con los asociados, está elaborando para su publicación un documento titulado *Save LIVES: A road safety technical package*, en el que se alienta a los países a aplicar 22 intervenciones eficientes y costoeficaces.

13. Varios Estados Miembros han adoptado medidas para mejorar sus bases de datos sobre seguridad vial. La Secretaría, junto con la OCDE, llevó a cabo un taller de capacitación para países africanos sobre estrategias para mejorar los datos sobre la salud, la policía y el transporte. Por otro lado, con el fin de reforzar la capacidad de los dirigentes de los países de ingresos bajos y medianos para mejorar la seguridad vial, la Secretaría colaboró con la Alianza Mundial para la Seguridad Vial y la Universidad Johns Hopkins en la organización de los primeros cursos de liderazgo mundial en materia de seguridad vial, en los que participaron 60 jóvenes profesionales de 15 países que desarrollan su labor en dicho ámbito. En el futuro, el curso se organizará dos veces al año.

14. El uso de la herramienta OMS de evaluación del sistema de atención de urgencia, que permite identificar los puntos fuertes y débiles de los sistemas nacionales de atención de urgencia y clasificar las intervenciones por orden de prioridad, y la elaboración del plan de acción conexo están en curso en 25 Estados Miembros, y en 2017 está prevista su implantación en otros 25. Además, en Uganda, la República Unida de Tanzanía y Zambia se ha puesto en marcha el curso OMS de atención básica de urgencia, cuyo objetivo es preparar a los proveedores de primera línea para atender las afecciones potencialmente mortales en contextos de recursos escasos.

15. La cuarta Semana Mundial de las Naciones Unidas para la Seguridad Vial (8-14 de mayo de 2017) irá dedicada a la gestión de la velocidad. Se están planeando en todo el mundo eventos dirigidos por los Estados Miembros para concienciar sobre la necesidad de abordar la velocidad inadecuada, que es un importante factor de riesgo para los traumatismos y las muertes por accidentes de tránsito.

[1] *Global status report on road safety 2015*: Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2015. Véase http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2015/en/ (consultado el 27 de enero de 2017).

C. SALUD OCULAR UNIVERSAL: UN PLAN DE ACCIÓN MUNDIAL 2014-2019 (resolución WHA66.4 (2013))

16. En la resolución WHA66.4 (2013), la Asamblea Mundial de la Salud respaldó el plan de acción mundial 2014-2019 sobre salud ocular universal. Asimismo, pidió a la Directora General: que proporcione apoyo técnico a los Estados Miembros para la aplicación del plan de acción; que siga desarrollando el plan de acción mundial, en particular por lo que se refiere a la inclusión del acceso universal y equitativo a los servicios; y que siga otorgando prioridad a la prevención de la discapacidad visual evitable. El mandato de actuación recibió un nuevo espaldarazo cuando la Oficina Regional para las Américas y la Oficina Regional para el Pacífico Occidental adoptaron sendos planes de acción regionales.[1]

17. En acatamiento de la resolución, la Secretaría ha emprendido las actividades descritas a continuación con objeto de ofrecer a los Estados Miembros orientaciones y apoyo técnico para la aplicación del plan de acción.

18. **Elaboración de orientaciones y herramientas.** La Secretaría, mediante consultas con expertos internacionales, ha elaborado herramientas para la evaluación de necesidades con objeto de facilitar la compilación de datos sobre la prestación de los servicios oftálmicos y el acceso a ellos en el ámbito nacional y de distrito. La Secretaría ha prestado apoyo a los Estados Miembros en el uso de las herramientas, lo que ha permitido que en 31 Estados Miembros se completaran evaluaciones nacionales sobre atención oftálmica. Se han iniciado evaluaciones en muchos otros países, o se iniciarán en 2017. Se trabaja extensamente para elaborar documentos técnicos y orientaciones sobre el tratamiento de las cataratas y la retinopatía diabética.

19. **Creación de capacidad e intensificación de las medidas en el ámbito de país.** La Secretaría, en colaboración con sus asociados, ha reforzado la coordinación y las actividades en el ámbito de país mediante la organización de 13 talleres regionales para recabar la colaboración de los Estados Miembros en la puesta en práctica del plan de acción, a través de la evaluación de los servicios oftálmicos, el establecimiento de necesidades y la elaboración de planes y estrategias nacionales. En el plano mundial, 56 Estados Miembros han notificado la elaboración de planes y estrategias nacionales sobre salud ocular basados en el plan de acción, mientras que otros países han integrado el plan de acción en planes nacionales de salud más amplios. Más de 50 Estados Miembros han informado de que el establecimiento de un comité nacional de salud ocular o mecanismo coordinador similar ha sido crucial para la aplicación del plan de acción.

20. **Actividades de concienciación y promoción.** El Día Mundial de la Vista ha seguido siendo el principal evento anual para impulsar la concienciación con respecto a la prevención y el tratamiento de la pérdida de visión y detectar oportunidades para que los profesionales de la salud promuevan un enfoque centrado en la cobertura sanitaria universal para el fortalecimiento de los servicios oftálmicos preventivos y curativos, en particular la rehabilitación. En la actualidad, más de 70 Estados Miembros celebran y promueven el Día Mundial de la Vista con el apoyo de la Secretaría y sus asociados mediante la aportación de datos científicos cruciales, comunicaciones estratégicas e infografías.

[1] Se trata, respectivamente, del Plan de acción para la prevención de la ceguera y de las deficiencias visuales 2014-2019 (resolución CD53.R8) y *Towards Universal Eye Health: A Regional Action Plan for the Western Pacific Region (2014-2019)* (resolución WPR/RC64.R4).

21. **Creación de la base científica y seguimiento de los progresos.** La Secretaría ha dedicado grandes esfuerzos a la observación de los requisitos de seguimiento establecidos en el plan de acción. Se han logrado progresos considerables en impulsar a los Estados Miembros para que utilicen enfoques normalizados en la compilación periódica de datos. Se ha hecho especial hincapié en los recursos humanos para la atención oftálmica, y ya son 74 los Estados Miembros que presentan datos sobre personal de atención oftálmica. Se ha establecido el número anual de operaciones de cataratas como indicador indirecto para el seguimiento de la prestación de servicios oftálmicos. En estos momentos se recibe esta información de 86 Estados Miembros. El objetivo es que todos los Estados Miembros presenten anualmente datos actualizados. También se ha avanzado en los conocimientos sobre la prevalencia y las causas de la discapacidad visual a través de estudios epidemiológicos realizados en zonas y comunidades seleccionadas de 55 Estados Miembros.

22. La Secretaría seguirá prestando apoyo a los Estados Miembros en sus esfuerzos por mejorar la prestación de servicios oftálmicos integrales y el acceso a ellos, y en el fortalecimiento de las iniciativas para lograr la cobertura universal de tales servicios.

Enfermedades transmisibles

D. ERRADICACIÓN DE LA DRACUNCULOSIS (resolución WHA64.16 (2011))

23. Desde la década de los ochenta, los programas nacionales de erradicación de la dracunculosis han eliminado la enfermedad en 17 países[1] en los que era endémica, y han reducido el número estimado de afectados de 3,5 millones en 1986 a tan solo 25 en 2016. Por primera vez en 2016 Malí no ha notificado ningún caso en seres humanos. En estos momentos la transmisión autóctona a seres humanos se restringe a tres países: Chad, Etiopía y Sudán del Sur, en los que se notificaron 16, tres y seis casos, respectivamente, en 2016. Los 25 casos ocurrieron en 19 pueblos.

24. Continúan los esfuerzos por garantizar el apoyo necesario. El Centro Carter proporciona apoyo operacional a las actividades de erradicación en esos tres países y en Malí. El UNICEF apoya la habilitación de fuentes mejoradas de agua de bebida en los pueblos en riesgo de padecer la enfermedad o donde esta es endémica. La OMS presta apoyo al fortalecimiento de la vigilancia en los países que todavía no han logrado la certificación y en los que ya la han obtenido, así como en campamentos para desplazados en países donde la enfermedad es endémica y países donde no lo es; a la preparación de los países para la certificación; y al seguimiento y la notificación periódica de la situación actual con respecto a la dracunculosis. El Centro Colaborador de la OMS en los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos de América (Atlanta, Georgia) presta apoyo al programa de erradicación de la dracunculosis en materia de diagnóstico de laboratorio.

25. Siguiendo las recomendaciones de la Comisión Internacional para la Certificación de la Erradicación de la Dracunculosis, la OMS ha certificado en total que en 198 países, territorios y zonas, entre ellos 186 Estados Miembros de la OMS, no se transmite la dracunculosis. Quedan ocho Estados Miembros sin certificar: Chad, Etiopía, Malí y Sudán del Sur; Kenya y Sudán, que siguen en la fase de precertificación, y Angola y la República Democrática del Congo, en los que no ha habido casos recientemente, pero que tienen que aportar pruebas de la ausencia de transmisión.

[1] Antes de la independencia de Sudán del Sur en 2011, la enfermedad era endémica en 20 países.

26. En 2016 se llevó a cabo en países endémicos la vigilancia activa en más de 5300 pueblos, frente a los 4200 pueblos de 2015. El control de los copépodos mediante el uso del larvicida temefós se ha aplicado en todas las localidades donde se han notificado casos, excepto en el Chad, donde se estimó que algunas masas de agua eran demasiado grandes. En vista de los resultados de las investigaciones operacionales, el programa se está preparando para intervenciones más sólidas de lucha antivectorial.

27. En la República Democrática del Congo, se efectuaron registros en un total de 289 140 hogares en busca de casos de dracunculosis. Esta iniciativa abarcó más de 28 300 pueblos en 222 distritos, lo que suponía 15 de los 26 estados del país. Se recogieron e investigaron en total 300 rumores, pero ninguno de ellos correspondía a casos de dracunculosis. En Angola se han realizado registros en un tercio del país para detectar casos de dracunculosis mediante la integración con cartografías de otras enfermedades tropicales desatendidas. Durante estas investigaciones no se detectó ningún caso de dracunculosis. Kenya y el Sudán se encuentran en una fase avanzada de preparación para la certificación. Los dos países han intensificado la campaña para dar a conocer la recompensa en metálico, especialmente en los distritos en los que la enfermedad era endémica, antes de finalizar sus informes nacionales.

28. La red de vigilancia de la poliomielitis sigue prestando apoyo a las búsquedas de casos de dracunculosis durante sus campañas del día nacional de la inmunización en países en los que la enfermedad es endémica y en países en fase de precertificación.

29. Todos los países que quedan por certificar, excepto Angola, siguen ofreciendo recompensas en metálico por la notificación voluntaria de casos. En general, aproximadamente un 85% de los distritos han presentado informes mensuales en 2016; se notificaron más de 26 000 rumores, y el 98% de ellos se había investigado antes de transcurridas 24 horas. La mayoría de los países en fase de poscertificación siguieron presentando informes trimestrales a la OMS en 2016. La investigación de 178 rumores en cinco países en fase de poscertificación[1] confirmó la ausencia de casos de dracunculosis.

30. Las infecciones caninas por *Dracunculus medinensis* suponen un reto para el programa, sobre todo en el Chad y en menor grado en Etiopía y Malí. En 2016 se notificó y confirmó la infección de más de 1000 perros en el Chad, 14 en Etiopía y 11 en Malí. Dada esta tasa inusualmente elevada de infecciones caninas, el programa nacional del Chad, el Centro Carter, la OMS y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades están iniciando un programa de investigación operacional para encontrar formas adecuadas de acelerar la interrupción de la transmisión. A fin de abordar la situación en el Chad y Etiopía, la OMS, el Centro Carter, los CDC y el Programa de Erradicación de la Dracunculosis en el Chad efectúan un seguimiento de los ámbitos que las reuniones científicas de enero de 2015 y abril de 2016 identificaron como prioritarios para la investigación operacional. Los resultados preliminares indican que la transmisión puede interrumpirse con las estrategias actuales, en particular mediante la aplicación de un control riguroso de los copépodos y la prevención de la transmisión (contención) a partir de casos humanos e infecciones caninas.

31. La falta de seguridad y la inaccesibilidad debidas a los conflictos han seguido entorpeciendo las actividades de erradicación en determinadas zonas. En Malí, a pesar de algunas mejoras, las inquietudes por la seguridad en las regiones de Gao, Kidal, Mopti y Segou siguen siendo un obstáculo a la aplicación del programa, la verificación de la interrupción de la transmisión y la certificación de la erradicación. Los organismos de apoyo humanitario de las Naciones Unidas mantienen la vigilancia de forma intermitente. La vigilancia se ha reforzado entre los refugiados malienses en campamentos de Burkina Faso, Mauritania y el Níger a fin de detectar casos importados y evitar una ulterior propa-

[1] El Camerún, Côte d'Ivoire, Ghana, Mauritania y el Níger.

gación de la enfermedad. Los disturbios, en particular los robos de ganado, y los desplazamientos masivos de población en Sudán del Sur dificultan la aplicación del programa y restringen el acceso a zonas endémicas.

32. La Directora General supervisa periódicamente el programa de erradicación. Cada año se celebra una reunión de examen de todos los programas nacionales de erradicación de la dracunculosis en la que los países informan oficialmente sobre la situación de sus programas durante el año anterior.

33. En una reunión oficiosa celebrada durante la 69.ª Asamblea Mundial de la Salud, bajo la presidencia de la Directora Regional de la OMS para África, se pidió a los ministros de salud de los países en los que la dracunculosis seguía siendo endémica que mantuvieran el liderazgo para promover y apoyar su programa nacional de erradicación, y que redoblaran los esfuerzos durante esta última etapa del proceso; ellos y otros asistentes expresaron su disposición a mantener el compromiso para interrumpir la transmisión de la enfermedad lo antes posible.

34. Para alcanzar los objetivos de la erradicación y su certificación hay que cerrar el déficit de financiación, que asciende a unos US$ 37 millones para el periodo 2017-2020.

E. ESTRATEGIA MUNDIAL Y METAS PARA LA PREVENCIÓN, LA ATENCIÓN Y EL CONTROL DE LA TUBERCULOSIS DESPUÉS DE 2015 (resolución WHA67.1 (2014))

35. En mayo de 2014, la 67.ª Asamblea Mundial de la Salud aprobó la resolución WHA67.1 sobre la estrategia mundial y las metas para la prevención, la atención y el control de la tuberculosis después de 2015, que más tarde se denominó también «Estrategia Fin de la Tuberculosis». Posteriormente, la nueva estrategia fue aprobada, adaptada y promovida por diversos comités regionales, y se han elaborado asimismo planes de acción regionales.[1] En 2015, las Naciones Unidas adoptaron los Objetivos de Desarrollo Sostenible para 2030, uno de los cuales, que está relacionado con la salud, es «poner fin a la epidemia mundial de tuberculosis». Si se tienen en cuenta la situación actual y los problemas persistentes,[2] el logro de esta meta requerirá un cambio de paradigma y un esfuerzo sustancial de varios sectores. Las medidas adoptadas a nivel mundial, regional y nacional, así como las inversiones realizadas, están muy por debajo de las necesidades. A fin de conseguir un apoyo mundial de alto nivel y compromisos regionales y nacionales, la OMS está organizando una reunión regional de ministros de salud, que albergará la Oficina Regional de la OMS para Asia Sudoriental en marzo de 2017, además de una reunión ministerial mundial que acogerá la Federación de Rusia en noviembre de 2017. Por otro lado, la Asamblea General de las Naciones Unidas ha pedido que se celebre una reunión de alto nivel sobre la tuberculosis en 2018.

36. La OMS ha prestado apoyo a los Estados Miembros a fin de lograr el cambio de paradigma necesario para poner fin a la epidemia de tuberculosis mediante criterios éticos basados en los derechos, un enfoque equitativo en las poblaciones vulnerables y medidas multisectoriales. Se han elaborado orientaciones sobre los elementos esenciales de la aplicación de la estrategia, así como un marco para eliminar la enfermedad en los países donde su incidencia es baja. La OMS facilitó el intercambio de enfoques e innovaciones en relación con el despliegue de la nueva estrategia en dos cumbres anuales

[1] Los documentos pertinentes son: AFR/RC66/10, CD54.R10, SEA/RC68/13, EUR/RC65/R6 y WPR/RC66.R3.

[2] Los informes mundiales sobre la tuberculosis que la OMS publica anualmente resumen los progresos realizados para poner fin a la epidemia de la enfermedad y los problemas que se deben superar para lograrlo. El informe de 2016 está disponible en http://www.who.int/tb/publications/global_report/es/ (consultado el 7 de febrero de 2016).

que congregaron a países con una carga elevada de la enfermedad y a asociados como el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, el Mecanismo Internacional de Compra de Medicamentos (UNITAID) y donantes bilaterales, así como en reuniones regionales anuales. La Alianza Alto a la Tuberculosis puso en marcha el plan mundial para poner fin a la enfermedad, en el que se estiman los recursos necesarios para el quinquenio 2016-2020.

37. El logro de los objetivos y los hitos relativos a la tuberculosis dependerá en gran medida de las medidas adoptadas en relación con el Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 («Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades»). Además, los progresos que se realicen para alcanzar la mayoría de los otros objetivos de desarrollo contribuirán al logro del ODS 3 y a los esfuerzos que se lleven a cabo para poner fin a la tuberculosis. A tal efecto, la OMS colabora estrechamente con numerosos asociados. Si bien alrededor del 80% de los fondos dedicados actualmente a hacer frente a la epidemia de tuberculosis en los países de ingresos medianos y alta carga de la enfermedad son nacionales, los países de ingresos bajos siguen dependiendo de donantes internacionales para obtener el 90% de su financiación. En 2020, los países de ingresos medianos y bajos necesitarán anualmente US$ 6000 millones adicionales, y deberán destinarse por lo menos US$ 2000 millones anuales a la investigación sobre la enfermedad.[1]

38. La OMS ha elaborado y actualizado sus directrices, instrumentos y enfoques estratégicos en materia de políticas y reglamentación para ayudar a aplicar la Estrategia Fin de la Tuberculosis, tratando las siguientes cuestiones: introducción y extensión de nuevos diagnósticos, nuevos medicamentos y pautas más breves contra la tuberculosis multirresistente; vigilancia activa de la toxicidad de los medicamentos; cribado para la detección de la tuberculosis activa; actividades colaborativas contra la tuberculosis y el VIH; tratamiento de la infección tuberculosa latente; evaluación de los costos para los pacientes; establecimiento de programas nacionales de investigación sobre la tuberculosis; garantía del acceso a la atención para los migrantes, y opciones de cibersalud.

39. Con el fin de ayudar a hacer un seguimiento de la aplicación de la Estrategia Fin de la Tuberculosis y de evaluar su impacto, la OMS cuenta, de conformidad con los objetivos aprobados en la resolución WHA67.1, con un sistema mundial de seguimiento y notificación bien establecido y con un conjunto de indicadores, hitos y metas. Para conocer los progresos realizados se combinan los datos registrados en los sistemas nacionales de vigilancia e información sanitaria con los obtenidos en las encuestas periódicas sobre prevalencia, resistencia a los medicamentos y costos de la atención sanitaria para los pacientes afectados.

40. Es fundamental seguir innovando e investigando, abarcando la totalidad de la investigación, desde la básica hasta la aplicada. En 2015, la OMS puso en marcha un marco de acción para fomentar la investigación de calidad sobre la tuberculosis a escala nacional y mundial, y está colaborando también con los ministerios de ciencia y tecnología, los ministerios de salud, los donantes y las partes interesadas para dirigir la planificación y el establecimiento de prioridades estratégicas. En 2016, la Organización recomendó cuatro nuevas pruebas diagnósticas. Además, se están llevando a cabo ensayos clínicos con nueve fármacos antituberculosos, en fases avanzadas de estudio, así como con 13 vacunas candidatas.

[1] Los informes mundiales sobre la tuberculosis que la OMS publica anualmente resumen los progresos realizados para poner fin a la epidemia de la enfermedad y los problemas que se deben superar para lograrlo. El informe de 2016 está disponible en http://www.who.int/tb/publications/global_report/es/ (consultado el 7 de febrero de 2016).

41. Los enfoques multidisciplinarios y multisectoriales que abarcan las dimensiones biomédicas y socioeconómicas de la epidemia de tuberculosis requieren el establecimiento de alianzas sólidas. La OMS seguirá trabajando estrechamente con todos sus asociados actuales, al tiempo que buscará otros nuevos. En 2015, la Organización organizó un taller consultivo mundial con representantes de la comunidad, organizaciones no gubernamentales y otras organizaciones de la sociedad civil para mejorar su participación en la aplicación de la Estrategia Fin de la Tuberculosis, que se tradujo en un llamamiento a la acción y un grupo de trabajo de lucha contra la enfermedad integrado por representantes de la sociedad civil.

F. ESTRATEGIA Y METAS TÉCNICAS MUNDIALES CONTRA LA MALARIA 2016-2030 (resolución WHA68.2 (2015))

42. Entre 2000 y 2015, la incidencia de casos de malaria (o paludismo) disminuyó en un 41%, y la mortalidad por esta causa en un 62%. En los últimos cinco años de ese periodo (2010-2015), dichas tasas disminuyeron en un 21% y un 29%, respectivamente. Entre 2000 y 2015, 17 países eliminaron la enfermedad, y seis fueron certificados por la OMS como libres de ella. En 2015, 10 países y territorios notificaron menos de 150 casos autóctonos, y otros nueve entre 150 y 1000 casos autóctonos. En la estela de estos éxitos, la estrategia técnica mundial contra la malaria 2016-2030 estableció nuevos hitos mundiales ambiciosos, a saber: reducir en un 40% la tasa de incidencia de casos de malaria y la tasa de mortalidad para 2020, y eliminar la enfermedad en al menos 10 países (en comparación con las cifras de 2015).

43. Para que se puedan alcanzar a nivel mundial los hitos para 2020, hay que acelerar los progresos en los países con mayor carga. Para ello, la financiación de la lucha contra la malaria ha de aumentar considerablemente con respecto a los US$ 2900 millones de 2015, que representaron tan solo el 45% de la financiación necesaria para optimizar el control de la enfermedad en el periodo que va hasta 2020.

44. **Acceso universal a la prevención, diagnóstico y tratamiento de la malaria.** Los métodos habituales de prevención de la malaria consisten en el uso de mosquiteros de cama tratados con insecticidas y el rociado de interiores con insecticidas de acción residual. Se estima que la proporción de la población en riesgo del África subsahariana que se beneficia de alguno de estos métodos aumentó del 37% en 2010 al 57% en 2015. La administración de tratamiento preventivo intermitente en el embarazo también está mejorando, de modo que en 2015 recibieron tres o más dosis el 31% de las embarazadas candidatas, en comparación con el 6% en 2010.

45. En la Región de África de la OMS, la proporción declarada de casos sospechosos de malaria atendidos en el sector público a los que se han realizado pruebas parasitológicas ha aumentado del 40% en 2010 al 76% en 2015, en gran parte gracias al aumento de la utilización de pruebas diagnósticas rápidas. Son necesarias más inversiones para mejorar el rastreo de la proporción de casos que dan positivo y reciben tratamiento antipalúdico de primera línea. La OMS tiene previsto un análisis de las deficiencias de cobertura y la consiguiente respuesta para garantizar el acceso universal al diagnóstico y al tratamiento de la malaria.

46. Entre los potenciales obstáculos a la capacidad de los instrumentos actuales para prevenir y tratar la malaria se encuentran la resistencia de los vectores a los insecticidas y la resistencia a los fármacos antipalúdicos. Para hacerles frente, la OMS ha coordinado una evaluación en varios países del impacto de la resistencia en la eficacia del control de los vectores. Los resultados, resumidos en la publi-

cación *Implications of insecticide resistance for malaria vector control*,[1] indicaron que quienes utilizaban mosquiteros de cama tratados con insecticidas tenían menos infecciones palúdicas que quienes no los utilizaban (aunque los mosquitos locales tuvieran un cierto grado de resistencia al insecticida empleado en los mosquiteros), hecho que justifica que se siga aumentando la cobertura con mosquiteros tratados con insecticidas.

47. Se ha detectado resistencia de *Plasmodium falciparum* a la artemisinina en cinco países de la subregión del Gran Mekong. En 2015 la OMS publicó la estrategia para la eliminación de la malaria en la subregión del Gran Mekong (2015-2030), con la que los cinco países de la zona han armonizado sus estrategias nacionales. Se estima que entre 2012 y 2015 la incidencia de casos de malaria ha disminuido en la subregión en un 54%, y las tasas de mortalidad en un 84%.

48. **Acelerar los intentos de lograr la eliminación.** Un análisis de la OMS de los progresos recientes de los países para lograr la eliminación —basado en el número de casos autóctonos notificados, la meta nacional establecida con respecto a la eliminación y la opinión de expertos— identificó 21 países que están en una situación en la que podrían eliminar la enfermedad para 2020: Arabia Saudita, Argelia, Belice, Bhután, Botswana, Cabo Verde, China, Comoras, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Malasia, México, Nepal, Paraguay, República de Corea, República Islámica del Irán, Sudáfrica, Suriname, Swazilandia y Timor-Leste.

49. **Convertir la vigilancia en una intervención básica.** La Secretaría ha establecido una unidad de vigilancia, monitoreo y evaluación para que proporcione orientaciones actualizadas y capacitación en materia de vigilancia y para que apoye a los Estados Miembros en la aplicación de sistemas de vigilancia eficaces, en particular un módulo actualizado sobre malaria del Sistema de Información Sanitaria Distrital 2. Una de las principales prioridades será la prestación de apoyo a los países para que generen datos de gran calidad para seguir los progresos realizados hacia la consecución de las metas nacionales y mundiales, y para mejorar la toma de decisiones para lograr una aplicación eficaz de los programas nacionales.

50. Todas las oficinas regionales de la OMS han elaborado marcos o planes regionales plenamente armonizados con la estrategia técnica mundial contra la malaria 2016-2030, y también se han armonizado ya, o se están actualizando, muchos planes estratégicos nacionales.

[1] *WHO-coordinated multi-country evaluation: implications of insecticide resistance for malaria vector control.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016. Véase http://www.who.int/malaria/news/2016/iir-malaria-vector-control-evaluation-nov2016.pdf?ua=1 (consultado el 13 de febrero de 2017).

Promoción de la salud en el curso de la vida

G. REPERCUSIONES DE LA EXPOSICIÓN AL MERCURIO Y A LOS COMPUESTOS MERCURIALES EN LA SALUD PÚBLICA: LA FUNCIÓN DE LA OMS Y DE LOS MINISTERIOS DE SALUD PÚBLICA EN LA APLICACIÓN DEL CONVENIO DE MINAMATA (resolución WHA67.11 (2014))

51. El Convenio de Minamata sobre el Mercurio fue adoptado en octubre de 2013,[1] y tiene por objetivo «proteger la salud humana y el medio ambiente de las emisiones y liberaciones antropógenas de mercurio y compuestos de mercurio». El Convenio entrará en vigor una vez ratificado por cincuenta Partes.[2]

52. En la resolución WHA67.11 se pedía a la Directora General que, entre otras cosas, facilite las actividades de la OMS destinadas a brindar asesoramiento y apoyo a los Estados Miembros para ayudarlos en la aplicación del Convenio de Minamata sobre el Mercurio, en particular en lo que respecta a todos los aspectos relacionados con la salud contemplados en el programa de trabajo de la OMS, con el fin de promover y proteger la salud humana, y que preste apoyo a los Estados Miembros en la elaboración y ejecución de estrategias y programas que sirvan para detectar y proteger a las poblaciones en situación de riesgo, especialmente las vulnerables. Además, en 2016, en su resolución WHA69.4, la Asamblea de la Salud destacó «la importancia de que el Convenio de Minamata sobre el Mercurio entre en vigor lo antes posible».

53. El planteamiento de la Secretaría en esta fase inicial de la labor conducente a la entrada en vigor del Convenio ha sido triple.

54. Primero, la Secretaría ha procurado sensibilizar a los ministerios de salud acerca del Convenio, proporcionar oportunidades para la creación de redes de contactos y difundir los instrumentos y orientaciones pertinentes publicados por la OMS. Se han realizado talleres regionales o subregionales para los ministerios de salud en las Américas (en octubre de 2015, en Uruguay, para los países de habla hispana y en octubre de 2016, en Jamaica, para los países caribeños), Europa (en junio de 2015, en Alemania) y el Mediterráneo Oriental (en noviembre de 2016, en Jordania). Se ha publicado una bibliografía anotada de las orientaciones clave de la OMS y otros materiales, con referencias cruzadas a los artículos del Convenio, y se han cargado en un sitio web específico los materiales pertinentes.[3] Se están publicando progresivamente las versiones de esos materiales en diferentes idiomas.

55. Segundo, la Secretaría ha revisado, actualizado y elaborado nuevos instrumentos y orientaciones para respaldar la aplicación del Convenio. En 2014, la OMS y el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente publicaron un informe conjunto sobre el abandono progresivo de las amalgamas dentales en los países en desarrollo.[4]

---

[1] Documento UNEP(DTIE)/Hg/CONF/3. Véase http://www.mercuryconvention.org/Convention/tabid/3426/Default.aspx (consultado el 3 de febrero de 2017).

[2] Hasta el 21 de febrero de 2017 se habían producido 38 ratificaciones. Véase http://www.mercuryconvention.org/Countries/tabid/3428/Default.aspx (consultado el 21 de febrero de 2017).

[3] Véase http://www.who.int/ipcs/assessment/public_health/mercury/en/ (consultado el 3 de febrero de 2017).

[4] Promoting the phase down of dental amalgam in developing countries. Ginebra, Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente y Organización Mundial de la Salud, 2014 http://www.who.int/oral_health/publications/promoting-phase-down-dental-amalgam-developing-countries/en/ (consultado el 21 de febrero de 2017).

56. En 2015, la Secretaría publicó orientaciones para los ministerios de salud sobre la formulación de estrategias nacionales de abandono progresivo de los termómetros y esfigmomanómetros que contienen mercurio.[1] El objetivo de dichas orientaciones consiste en ayudar a los ministerios de salud a planificar y liderar la formulación de las estrategias nacionales para todo el sistema de salud que serán necesarias para cumplir las obligaciones dimanantes del Convenio. Las orientaciones están disponibles en inglés y ruso.

57. Se están elaborando instrumentos, orientaciones y materiales de capacitación para ayudar a los países a afrontar las repercusiones que tiene en la salud pública la minería del oro de carácter artesanal y a pequeña escala, y a formular las estrategias de salud pública necesarias en virtud del artículo 7 del Convenio de Minamata. En 2016 se publicó un documento técnico sobre esta cuestión.[2] Está previsto que en 2017 se finalice una orientación sobre la formulación de estrategias de salud pública para que sea presentada a la primera Conferencia de las Partes en el Convenio de Minamata.

58. Tercero, la Secretaría está tratando de facilitar la participación de los ministerios de salud en proyectos a nivel de país respaldados por el Fondo para el Medio Ambiente Mundial. La Secretaría está colaborando con varios organismos de ejecución del Fondo para el Medio Ambiente Mundial en proyectos que abordan la minería del oro de carácter artesanal y a pequeña escala en Ghana, Honduras, Mozambique y Nigeria; la gestión segura y ecológicamente racional de los desechos sanitarios que contienen mercurio en Ghana, Honduras, Madagascar, la República Unida de Tanzanía y Zambia; el monitoreo mundial del mercurio (incluido el biomonitoreo humano) en China, Costa Rica, la Federación de Rusia, Ghana, India, Kirguistán y Mongolia, con el apoyo del Instituto Nacional para la Enfermedad de Minamata (Japón), un Centro Colaborador de la OMS; el abandono progresivo de las amalgamas dentales en Kenya, la República Unida de Tanzanía y Uganda, y la elaboración de Evaluaciones Iniciales de Minamata en Honduras y en siete países africanos francófonos (Benin, Burkina Faso, Guinea, Malí, Níger, Senegal y Togo). La Secretaría también está prestando apoyo a algunos países, a petición de estos, por ejemplo mediante la realización de un taller en Armenia, y respaldando la elaboración de un marco conceptual para la aplicación de los aspectos del Convenio relacionados con la salud, en Malasia.

59. Queda por hacer una cantidad considerable de trabajo. La Secretaría espera poder ofrecer talleres para las demás regiones, con miras a brindar orientaciones sobre la aplicación del artículo 16 del Convenio sobre «aspectos relacionados con la salud», y poner a disposición más materiales de la OMS en otros idiomas. Además, la Secretaría prevé un aumento de la demanda por los países de apoyo para hacer frente a las repercusiones sanitarias de la minería del oro de carácter artesanal y a pequeña escala y del abandono progresivo, para 2020, de la fabricación, importación y exportación de termómetros y esfigmomanómetros que contienen mercurio utilizados en la atención sanitaria. La fabricación de termómetros y esfigmomanómetros que contienen mercurio parece estar concentrada en un número muy pequeño de países, todos ellos Partes en el Convenio, y tanto los países Partes como los que no lo son tienen que prepararse para una reducción de la disponibilidad de estos aparatos en el mercado.

[1] Developing national strategies for phasing out mercury-containing thermometers and sphygmomanometers in health care, including in the context of the Minamata Convention on Mercury: key considerations and step-by-step guidance. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2015. Véase http://www.who.int/ipcs/assessment/public_health/WHOGuidance ReportonMercury2015.pdf (consultado el 21 de febrero de 2017).

[2] Environmental and occupational health hazards associated with artisanal and small-scale gold mining. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016. Véase http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/247195/1/9789241510271-eng.pdf (consultado el 21 de febrero de 2017).

H. ESTRATEGIA PARA INCORPORAR EL ANÁLISIS Y LAS ACCIONES DE GÉNERO EN LAS ACTIVIDADES DE LA OMS (resolución WHA60.25 (2007))

60. En el presente informe se abordan los progresos realizados en la aplicación de la resolución WHA60.25, que se ha convertido en la piedra angular para intensificar la acción hacia el logro de las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionadas con la salud y la igualdad y, más en general, hacia la consecución del Objetivo 5 (lograr la igualdad de género y empoderar a todas las mujeres y las niñas). En el informe se describen las actividades de aplicación a nivel nacional, el modo en que la Secretaría ha respondido a las solicitudes de apoyo de los Estados Miembros y la manera en que se está reforzando la incorporación de una perspectiva de género a la labor de la Organización.

Progresos en los países

61. En 2016, 65 países registraron una reducción de las desigualdades sanitarias, incluida la desigualdad de género.[1]

Apoyo a los Estados Miembros, en particular promoviendo el uso de datos desglosados por sexo y análisis de género

62. La Secretaría ha respondido a las solicitudes de apoyo técnico de Estados Miembros para aplicar la resolución. En 2015-2016, proporcionó respaldo técnico y fortaleció la capacidad para desglosar datos y monitorear las desigualdades sanitarias a 15 países de tres regiones (las Américas, Asia Sudoriental y el Mediterráneo Oriental). En la Región del Pacífico Occidental, donde se ha incorporado una perspectiva de género, equidad y derechos humanos al Marco de acción regional sobre envejecimiento y salud en el Pacífico Occidental (2014-2019), la cuestión ocupó un lugar central en estudio realizado en 2015-2016 acerca de seis estrategias relativas a sistemas de salud, incluido un estudio sobre la planificación de la salubridad del agua en Filipinas. En la Región de las Américas, se actualizaron las cuestiones relativas al género, la equidad, los derechos humanos y el origen étnico en el manual de la OPS para elaborar el presupuesto por programas 2016-2017, y la Oficina Regional para las Américas/OPS ha liderado la formulación, en coordinación con asociados internos y externos, de indicadores clave sobre género y salud relacionados con los ODS y con la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030).

63. La OMS utiliza cada vez más datos desglosados, y ha publicado dos importantes informes en los que los datos aparecen desglosados en función de cuatro aspectos. En el primero de ellos se estudia la evolución de las desigualdades en materia de salud reproductiva, de la madre, el recién nacido y el niño a lo largo de periodo de 10 años en 86 países de ingresos bajos y medianos, con la ayuda de 23 indicadores.[2] En el segundo se examinan las desigualdades en materia de inmunización infantil a lo largo de 10 años en 69 países, con la ayuda de cinco indicadores.[3]

64. En 2016, la base de datos Health Equity Monitor de la OMS incluía datos desglosados procedentes de 102 países (en comparación con 94 países de 2015) para más de 30 indicadores relativos a la

[1] Véase el valor de partida del indicador del efecto 3.3 en el documento EB140/36.

[2] OMS, Centro Internacional para la Equidad Sanitaria. State of inequality: reproductive, maternal, newborn and child health. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2015. Véase http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/164590/1/9789241564908_eng.pdf?ua=1&ua=1 (consultado el 2 de marzo de 2017).

[3] State of inequality: childhood immunization, Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016. Véase http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/252541/1/9789241511735-eng.pdf?ua=1 (consultado el 2 de marzo de 2017).

salud reproductiva, de la madre, el recién nacido y el niño. En 2016, la Secretaría puso en marcha la herramienta de evaluación de la equidad sanitaria (Health Equity Assessment Toolkit), una aplicación informática que permite a los países evaluar las desigualdades mediante una base de datos que abarca cinco aspectos: la situación económica, la educación, el lugar de residencia, la región subnacional y el sexo del niño, según proceda.

Fortalecimiento de la capacidad de los Estados Miembros y la Secretaría

65. A continuación se ofrecen ejemplos de iniciativas de fortalecimiento de la capacidad basadas en las orientaciones técnicas de la Secretaría:

- Se llevaron a cabo actividades para aumentar la capacidad de incorporación de una perspectiva de género a la salud pública en 69 países de cuatro regiones de la OMS (África, las Américas, el Mediterráneo Oriental y el Pacífico Occidental). La Oficina Regional para el Pacífico Occidental, por ejemplo, coordinó una campaña regional de movilización y promoción social denominada «Human Together» con el fin de promover la igualdad de género y reducir la violencia de género.

- La Oficina Regional para las Américas/OPS ha proporcionado orientaciones de seguimiento a 33 países sobre la integración de una perspectiva de género, equidad, derechos humanos y origen étnico en sus autoevaluaciones sanitarias.

- En 2016, la OMS puso en marcha el enfoque Innov8 para examinar los programas sanitarios nacionales con el fin de no dejar a nadie atrás.[1] En las estrategias, los planes y los programas nacionales actualizados adoptados en Indonesia y Nepal se tuvieron en cuenta las recomendaciones dimanantes de la puesta en marcha experimental de Innov8 en varios países. La Oficina Regional para Asia Sudoriental organizó un taller regional para concienciar sobre el género, la equidad, los derechos humanos y los determinantes sociales de la salud (Katmandú, 21-23 de junio de 2016) con miras a presentar el enfoque Innov8 y las orientaciones sobre la aplicación de las medidas mundiales aceleradas en favor de la salud de los adolescentes.

- En 2015-2016, la Secretaría prosiguió su labor para determinar el modo de evaluar los obstáculos que dificultan el acceso a los servicios de salud, incluidos los relacionados con el género y con factores transversales como el bajo nivel educativo, los ingresos bajos y el entorno de vida rural. Una evaluación de los obstáculos que dificultan el acceso a la atención primaria de la salud en distritos desfavorecidos de Viet Nam puso de manifiesto la necesidad de reforzar la atención primeria de la salud y mejorar el sistema de derivación; las conclusiones se presentaron en una reunión nacional de partes interesadas para que fueran tenidas en cuenta a la hora de planificar los procesos. Los instrumentos cuantitativos y cualitativos utilizados para identificar los obstáculos al acceso a los servicios (e integrar las conclusiones en la planificación de los programas) se adaptaron a la quimioprofilaxis contra algunas enfermedades tropicales desatendidas, y se elaboraron planes experimentales para un conjunto de países de la Región de África.

- En Viet Nam, la Secretaría colaboró con los asociados en el fortalecimiento de la capacidad del país para incorporar una perspectiva de género al monitoreo y la evaluación de las actividades de prevención y control del VIH.

[1] Véase http://www.who.int/social_determinants/Health_sector_reorientation/en/ (consultado el 3 de marzo de 2017).

66. Varias oficinas regionales celebraron talleres de concienciación y capacitación sobre el análisis de género y la forma de situar el género, la equidad y los derechos humanos en el centro la planificación. La Oficina Regional para Europa se centró en la capacitación de los oficiales de programas nacionales, mientras que las Oficinas Regionales para Asia Sudoriental, el Mediterráneo Oriental y el Pacífico Occidental se centraron en un grupo específico de funcionarios de las oficinas regionales y en los países encargados de las cuestiones de género, equidad y derechos humanos. En la Oficina Regional para las Américas, todo el personal recibió capacitación sobre cuestiones de género y sobre temas transversales relativos a la equidad, los derechos humanos y la diversidad.

67. En la hoja de ruta de la OMS para 2014-2019[1] se proporcionan orientaciones sobre la integración del género, la equidad, los derechos humanos y los determinantes sociales en la labor de la Organización. Las orientaciones contenidas en la hoja de ruta quedan reflejadas en el marco y el documento orientativo para las medidas mundiales aceleradas en favor de la salud de los adolescentes, la estrategia sobre la salud y el bienestar de las mujeres en la Región de Europa de la OMS (adoptada por el Comité Regional para Europa en 2016), y el informe de la Oficina Regional para Europa sobre la salud y el bienestar de las mujeres en Europa.[2]

68. La capacidad del personal de la Secretaría para incorporar una perspectiva de género, equidad y derechos humanos a su labor también se reforzó mediante la prestación de apoyo técnico específico a quienes trabajan en áreas programáticas relacionadas con la formulación del presupuesto por programas y la inclusión de estos temas en los cursos introductorios para el personal y los nuevos módulos de aprendizaje en línea.

Incorporación de una perspectiva de género a la gestión de la OMS y establecimiento de un sistema de rendición de cuentas

69. En 2016, 13 áreas programáticas de la OMS incluían aspectos relativos al género, la equidad y los derechos humanos, en comparación con 10 áreas programáticas de 2015. Por otro lado, se están adoptando medidas para incluir una media de cuatro acciones relativas al género, la equidad y los derechos humanos en cada una de las 20 áreas programáticas del proyecto de presupuesto por programas 2018-2019 que se presentará a la Asamblea de la Salud en mayo de 2017.

70. La Unidad de Género, Equidad y Derechos Humanos de la Secretaría ha proporcionado al personal de las distintas áreas programáticas una guía orientada hacia el usuario para facilitar la integración de estas cuestiones en las actividades de la Organización, por ejemplo en el presupuesto por programas, las estrategias OMS de cooperación en los países y los cursos introductorios para los jefes de las oficinas de la OMS en países, territorios y zonas. Los ciclos de planificación, monitoreo y evaluación de la Oficina Regional para las Américas incluyen un análisis de la integración del género, la equidad, los derechos humanos y el origen étnico en los informes técnicos. En la Oficina Regional para Europa, la dirección ejecutiva adoptó un plan de acción para promover la equidad mediante la adopción de un enfoque basado en los determinantes sociales y ambientales, el género y los derechos humanos.

---

[1] Roadmap for action, 2014-2019: integrating equity, gender, human rights and social determinants into the work of WHO. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2015. Véase http://www.who.int/gender-equity-rights/knowledge/roadmap/en/ (consultado el 3 de marzo de 2017).

[2] Women's health and well-being in Europe: beyond the mortality advantage (2016). Copenhague: Oficina Regional de la OMS para Europa; 2016. Véase http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/gender/publications/2016/womens-health-and-well-being-in-europe-beyond-the-mortality-advantage-2016 (consultado el 3 de marzo de 2017).

71. Desde principios de 2016, varias funcionarias de la OMS han podido participar en el programa de aprendizaje de la Escuela Superior del Personal de las Naciones Unidas sobre liderazgo, mujeres y las Naciones Unidas, el cual va destinado a mujeres de las categorías P4 y P5.

72. La Secretaría debe adoptar las siguientes medidas y rendir cuenta de ellas:

- cumplir los requisitos del marco de rendición de cuentas del plan de acción de todo el sistema de las Naciones Unidas para la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer y, en particular, mejorar los resultados respecto de 6 de los 15 indicadores de desempeño, entre ellos los relativos a las políticas y la planificación, el monitoreo y la presentación de informes, y la cultura institucional;

- alcanzar las metas relativas a la igualdad de género en la esfera de la dotación de personal mediante la estrategia de la Secretaría sobre paridad de género y su política sobre igualdad de género en la esfera de la dotación de personal, puesta en marcha en 2016, y cumplir los compromisos adquiridos para con International Gender Champions - Ginebra;

- alcanzar las metas de género (que figuran en los pactos con los Subdirectores Generales y otros altos funcionarios de la Sede con arreglo al marco de rendición de cuentas de la OMS y en el sistema mejorado de evaluación del desempeño del personal) y demostrar respeto a la diversidad en los comportamientos.

Sistemas de salud

I. PROGRESOS REALIZADOS EN EL USO RACIONAL DE LOS MEDICAMENTOS (resolución WHA60.16 (2007))

73. En respuesta a la resolución WHA60.16 (2007), los Estados Miembros, en colaboración con la Secretaría y los asociados, trabajan para promover el uso racional de los medicamentos con miras a reducir en lo posible su uso excesivo, insuficiente o indebido mediante las siguientes actividades: la ejecución de intervenciones, como la selección basada en criterios científicos, la elaboración de orientaciones normativas y la promoción de prácticas correctas, la creación de capacidad, y la recogida y el análisis de datos sobre su uso.

Normas y criterios para la selección y uso racional

74. En la 19.ª Lista Modelo OMS de Medicamentos Esenciales y en la 5.ª Lista Modelo OMS de Medicamentos Pediátricos Esenciales se añadieron medicamentos contra el cáncer y se incluyeron nuevos medicamentos para tratar la hepatitis C y la tuberculosis. En marzo de 2017, el 21.º Comité de Expertos en Selección y Uso de Medicamentos Esenciales examinará antibióticos utilizados para las enfermedades infecciosas, las infecciones de transmisión sexual y las indicaciones pediátricas. El Comité de Expertos examinará también medicamentos utilizados para tratar enfermedades no transmisibles como el cáncer y la diabetes.

75. La OMS está elaborando unas directrices sobre tratamientos paliativos del dolor en los pacientes oncológicos. La metodología empleada se definió en una reunión celebrada en 2016, y se ha llevado a cabo un examen de los medicamentos opioides utilizados para aliviar el dolor a fin de someterlo a la consideración del 21.º Comité de Expertos en Selección y Uso de Medicamentos Esenciales.

Uso responsable de los antimicrobianos

76. La Secretaría está dirigiendo la vigilancia del consumo y el uso de antimicrobianos. En marzo de 2016 se organizó una consulta de expertos con la que se contribuyó a elaborar la metodología de la OMS para la vigilancia del consumo de estos medicamentos.[1] En 2016 se empezó a impartir formación necesaria y a preparar la encuesta. Además, se ha elaborado un protocolo para efectuar la encuesta de la OMS sobre la prevalencia puntual del uso de antimicrobianos en hospitales, basado en el protocolo del Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades. Se prevé que en 2017 se realizará la encuesta en los países de las Regiones de África, el Asia Sudoriental y el Pacífico Occidental de la OMS. Los datos obtenidos se podrán comparar con los obtenidos en los países de la Región de Europa de la OMS.

77. La red de consumo de antimicrobianos de la OMS ayuda a los países a implantar o reforzar la vigilancia del consumo de estos medicamentos. Se está trabajando junto con los asociados para obtener datos con los mismos procedimientos y garantizar así su comparabilidad. La Oficina Regional para Europa ha ayudado a desarrollar aplicaciones informáticas para facilitar y simplificar el análisis de los datos. Se está preparando un informe sobre los datos de consumo entre 2011 y 2014.

78. En mayo de 2015, la Oficina Regional para África organizó una reunión consultiva de expertos sobre la lucha contra la resistencia a los antimicrobianos, con la que se contribuyó a los planes nacionales de acción en esta esfera y a los planes de trabajo sobre el uso responsable de estos medicamentos.

Progresos realizados en las regiones y los países

79. En la Región de las Américas, el Comité Regional para las Américas aprobó en su 68.º sesión una resolución sobre el acceso y uso racional de los medicamentos y otras tecnologías sanitarias estratégicos y de alto costo.[2] En la Reunión de Ministros de Salud del Área Andina celebrada en 2015 se aprobó otra resolución[3] en la que se ratifican una estrategia y un plan de acción para el uso racional de los medicamentos en la región. Se ha publicado una guía sobre la elaboración, la aplicación y el seguimiento de las políticas nacionales de medicamentos con el fin de reforzar las estrategias de uso racional en esta esfera. Cuba, México y el Paraguay han realizado una evaluación experimental de los indicadores básicos del uso racional de los medicamentos en los servicios de salud. Desde 2014, 23 países, territorios y zonas de la Región de las Américas han actualizado sus listas de medicamentos esenciales. Siete países han notificado que han definido normas y procedimientos para la elaboración o adaptación de guías de práctica clínica.

80. En la Región de África, 17 países han trabajado para mejorar la selección, la prescripción, la dispensación y el uso de medicamentos. Entre otras actividades, se han revisado de las listas nacionales de medicamentos esenciales y/o las directrices terapéuticas, se ha impartido formación sobre la

[1] Véase http://www.who.int/medicines/areas/rational_use/WHO_AMCsurveillance_1.0.pdf?ua=1 (consultado el 19 de enero de 2017).

[2] Resolución CD55.R10, Rev.1 (2016).

[3] XXXV Reunión de Ministras y Ministros de Salud del Área Andina (REMSAA), Resolución REMSAA XXXV/501, Estrategia Andina y Plan de Acción de Uso Racional de Medicamentos y otras Tecnologías Sanitarias y Observatorio Andino de Medicamentos. Cochabamba, Bolivia; octubre de 2015. Disponible en línea http://www.orasconhu.org/sites/default/files/Resolucion%20XXXV%20501%20Medicamentos%20y%20OAM.pdf (consultado el 20 de febrero de 2017).

prescripción y el uso de estos tratamientos y se han realizado encuestas para evaluar la prescripción y el uso de los medicamentos.

81. La Oficina Regional para Europa colabora con sus asociados para prestar apoyo a los farmacéuticos comunitarios de 32 países a fin de promover su participación en actividades relacionadas con el uso responsable de los medicamentos. Además, esta Oficina coorganizó un curso para ayudar a los países a comprender cómo los modelos que engloban varios métodos pueden mejorar la observancia de las recomendaciones sobre el uso adecuado de los medicamentos en los centros de atención primaria y en los hospitales.

82. La Oficina Regional para el Mediterráneo Oriental ha impartido formación a personal de los ministerios de salud y de los organismos de reglamentación de ocho países para superar las barreras al acceso a los medicamentos opiáceos y a su uso, abordando cuestiones como la realización de encuestas sobre accesibilidad, disponibilidad, asequibilidad y uso y la estimación de las necesidades futuras. Además, se efectuó una encuesta sobre las causas de la escasez y el desabastecimiento de medicamentos y sobre las tendencias actuales en esta esfera.

Pasos futuros

83. A pesar de las numerosas iniciativas de promoción del uso racional mencionadas anteriormente, es necesario intensificar los esfuerzos para fomentar el uso racional de los medicamentos, integrándolo a las políticas y planes nacionales, mediante iniciativas regionales y asignando los recursos recomendados en la resolución WHA60.16.

J. FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA DE REGLAMENTACIÓN DE LOS PRODUCTOS MÉDICOS (resolución WHA67.20 (2014))

84. En el presente documento se detallan las actividades emprendidas por la Secretaría en respuesta a la resolución WHA67.20 (2014).

85. **Fortalecimiento de los sistemas de reglamentación.** Entre junio de 2014 y enero de 2017, la Secretaría prestó apoyo a aproximadamente 60 Estados Miembros para el fomento de su capacidad de reglamentación, con la formación en el ámbito mundial de más de 1000 funcionarios dedicados a la reglamentación en relación con diversos temas.

86. La OMS ha puesto en marcha la adopción de enfoques más innovadores y eficaces para el fortalecimiento de los sistemas de reglamentación. Se pretende que, una vez finalizados, tales enfoques incluyan: la formación de una coalición con organizaciones asociadas; el establecimiento de centros de excelencia; y la elaboración de una herramienta de establecimiento de prioridades destinada a incrementar los efectos de las intervenciones.

87. **Normas y criterios.** La OMS ha elaborado orientaciones sobre todos los aspectos de la resolución WHA67.20, en particular los siguientes documentos, que han sido aprobados por los comités de expertos de la OMS:

- directrices sobre productos bioterapéuticos, las más recientes sobre la evaluación de los anticuerpos monoclonales como productos bioterapéuticos similares;
- orientaciones sobre la gestión de la sangre y los componentes sanguíneos como medicamentos esenciales; la estimación del riesgo residual de infección por VIH o virus de la hepatitis B o C a través del plasma o los componentes celulares de la sangre; y la preparación de

criterios secundarios para ensayos diagnósticos *in vitro* de enfermedades infecciosas basados en la detección de ácidos nucleicos o antígenos;

- orientaciones dirigidas a los países que no fabrican vacunas sobre preparación normativa para agilizar la aprobación de las vacunas antigripales utilizadas en respuesta a la emergencia de una pandemia;

- el modelo de marco normativo mundial para los dispositivos médicos, en particular los utilizados para el diagnóstico *in vitro*, destinado a países con escasa o ninguna reglamentación sobre dispositivos médicos.

88. Además, la OMS ha elaborado:

- un proyecto de directrices sobre buenas prácticas normativas con objeto de establecer una reglamentación sólida, asequible y eficaz para los productos médicos. Además, en las directrices se define y alienta el recurso a la confianza en la labor de otras autoridades;

- una política de nomenclatura de los productos de terapia celular que complemente la establecida para los productos de terapia génica.

89. **Colaboración y coordinación a todos los niveles de la Organización.** La OMS sigue velando por que las actividades de fortalecimiento de los sistemas de reglamentación cuenten con apoyo a todos los niveles de la Organización mediante la planificación, ejecución y presentación de informes dentro de la categoría 4 del Duodécimo Programa General de Trabajo, 2014-2019.

90. **Programa de precalificación.** La OMS, varios grupos industriales y asociados principales han concertado un nuevo acuerdo de financiación para garantizar la sostenibilidad financiera y la calidad del programa de precalificación de la OMS en los años venideros.

91. La OMS ha tratado también de promover el uso del procedimiento de registro colaborativo de productos precalificados, utilizado hasta la fecha en 30 países para medicamentos. El procedimiento también se está aplicando de forma experimental en el Sistema Caribeño de Reglamentación.

92. **Redes de reglamentación.** La OMS prestó apoyo técnico a la Iniciativa Africana de Armonización de la Reglamentación Farmacéutica para aumentar el número de organizaciones participantes de la Región de África, además de la Comunidad de África oriental. Asimismo ha apoyado la expansión de la Iniciativa de Armonización desde los medicamentos genéricos a otros tipos de productos y funciones de reglamentación.

93. Con objeto de promover la eficacia de iniciativas de colaboración y cooperación, y de la participación en ellas, la OMS:

- ha habilitado plataformas eficaces para compartir tareas, colaborar basándose en la confianza en la labor de otras autoridades y prepararse ante emergencias, en particular el Foro Africano de Reglamentación de Vacunas y la Red de organismos de reglamentación de los países en desarrollo, que han ampliado también su ámbito para incluir los medicamentos;

- ha apoyado el establecimiento de un grupo de la ASEAN sobre la evaluación conjunta de los medicamentos prioritarios;

- ha establecido una red mundial de laboratorios de control de vacunas encargados de la liberación de vacunas precalificadas por la OMS.

94. **Conferencia Internacional de Organismos de Reglamentación Farmacéutica (CIORF).** La OMS ha apoyado la 16.ª Conferencia Internacional de Organismos de Reglamentación Farmacéutica, celebrada en Río de Janeiro (Brasil) (26-29 de agosto de 2014), y la 17.ª Conferencia, celebrada en Ciudad del Cabo (Sudáfrica) (27 y 28 de noviembre de 2016), a las que asistieron más de 500 participantes en representación de más de 100 Estados Miembros de la OMS. Las recomendaciones acordadas en las conferencias ayudaron a establecer el programa de la Secretaría y los Estados Miembros sobre las políticas de reglamentación, la más reciente sobre la importancia de una cooperación eficaz en materia de reglamentación para garantizar la disponibilidad de productos médicos esenciales de calidad asegurada.

95. **Coordinación con la labor realizada a través del mecanismo de Estados Miembros sobre productos médicos de calidad subestándar, espurios, de etiquetado engañoso, falsificados o de imitación.** La Secretaría ha trabajado estrechamente con el Comité Directivo del mecanismo de Estados Miembros con objeto de evitar la duplicación de esfuerzos.

96. El funcionamiento adecuado de los sistemas de reglamentación es fundamental para asegurar el acceso a productos médicos seguros, eficaces y de calidad garantizada. La OMS ha adoptado un enfoque polifacético respecto del fortalecimiento de los sistemas de reglamentación, guiándose por la resolución WHA67.20 y por principios científicos sólidos y enfoques basados en los riesgos, que tiene en cuenta el valor de las actividades de reglamentación para la salud pública y la creciente importancia de la cooperación en materia de reglamentación y de la confianza en la labor de otras autoridades. La plena realización de la visión de que todos los países tendrán un sistema de reglamentación que funcione adecuadamente requerirá esfuerzos continuados y a largo plazo por parte de los Estados Miembros y la Secretaría.

K. FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN QUIRÚRGICA ESENCIAL Y DE EMERGENCIA, Y DE LA ANESTESIA, COMO COMPONENTES DE LA COBERTURA SANITARIA UNIVERSAL (resolución WHA68.15 (2015))

97. La resolución WHA68.15 (2015) ofrece una plataforma para las actividades de ámbito nacional, regional e internacional destinada a fortalecer la prestación de atención quirúrgica esencial y de emergencia y de servicios de anestesia.

98. La Secretaría, en colaboración con el Programa OMS de Atención Quirúrgica Esencial y de Emergencia, y junto con otras partes interesadas destacadas, elaboró una hoja de ruta para la aplicación de la resolución WHA68.15 que incluía las actividades indicadas a continuación.

a) **Promoción.** Se han llevado a cabo actividades de promoción, en colaboración con asociados estratégicos, en las seis regiones de la OMS para poner de relieve las necesidades quirúrgicas desatendidas y la costoeficacia de la atención quirúrgica y los servicios de anestesia cuando se integran en los sistemas de atención primaria de salud.

b) **Prestaciones de los sistemas.** Algunos Estados Miembros de la Región de África (Etiopía, Madagascar, República Unida de Tanzanía y Zambia), la Región de las Américas (Brasil, Ecuador, Nicaragua y Perú), la Región de Asia Sudoriental (India) y la Región del Pacífico Occidental (Australia, Fiji, Islas Cook, Islas Salomón, Kiribati, Micronesia (Estados Federados de), Nauru, Nueva Zelandia, Papua Nueva Guinea, Samoa, Timor-Leste, Tonga, Tuvalu y Vanuatu) han organizado o acogido foros sobre la atención quirúrgica y han iniciado

evaluaciones de la capacidad nacional en apoyo de la elaboración de planes nacionales de atención quirúrgica, obstétrica y anestésica.[1]

c) **Gestión de la información.** Un grupo de trabajo técnico multidisciplinar (con representación de las seis regiones) ha elaborado una herramienta electrónica para evaluar la capacidad quirúrgica, obstétrica y anestésica.

d) **Suministros médicos y medicamentos esenciales.** La Secretaría ha abordado cuestiones relativas al acceso a los medicamentos esenciales, así como a su disponibilidad y asequibilidad, para la atención quirúrgica, obstétrica y anestésica. Entre las actividades de la Secretaría cabe mencionar el trabajo realizado para resolver las cuestiones que plantea la gestión de los antibióticos en cirugía, que es uno de los factores en la lucha contra la resistencia a los antimicrobianos.

e) **Desarrollo del personal.** La Secretaría ha colaborado con Estados Miembros y colegios de cirugía[2] y con asociados para el desarrollo a fin de ofrecer plataformas para intercambiar información sobre prácticas óptimas, y elaborar normas mínimas y programas básicos de estudio para proveedores que ya han completado su formación y de nivel medio (mediante la división de tareas) entre el personal sanitario que presta servicios quirúrgicos, obstétricos y anestésicos.

99. Entre los asociados principales se incluyen los centros colaboradores de la OMS en atención quirúrgica y servicios de anestesia,[3] cinco agentes no estatales con los que la OMS mantiene relaciones oficiales,[4] varias misiones permanentes y oficinas de la OMS en los países, para movilizar recursos y ofrecer conocimientos técnicos especializados a todos los niveles.

100. Si bien se ha avanzado en la aplicación de medidas específicas señaladas en la resolución, es evidente que es necesario movilizar recursos considerables y elaborar programas, en el ámbito nacional e internacional, para lograr la plena aplicación de la resolución. También se prevén dificultades en la disponibilidad de medicamentos esenciales, en particular en relación con la ketamina y los estupefacientes. Finalmente, dadas las enormes necesidades existentes, será fundamental crear una fuerza de trabajo sanitaria adecuada a través de programas de formación en cirugía, servicios de anestesia y obstetricia.

101. La Secretaría tiene previsto llevar a cabo actividades para la aplicación de la resolución WHA68.15 en el plano mundial, regional y nacional durante los próximos cinco años, que se recogen a continuación.

a) **Ámbito mundial.** Elaborar un marco para planes nacionales de atención quirúrgica, obstétrica y anestésica basados en indicadores básicos; promover los medicamentos esenciales en el ámbito local, regional e internacional; poner en marcha programas de estudio experimentales; y establecer normas mínimas para el reconocimiento de la aptitud profesional.

---

[1] Más información en el siguiente enlace http://www.who.int/surgery/publications/WHA-progress-report-annex.pdf (consultado el 20 de febrero de 2017).

[2] American College of Surgeons, Royal College of Surgeons of England, Royal College of Surgeons in Ireland, Royal Australasian College of Surgeons, College of Surgeons of East, Central and Southern Africa y West African College of Surgeons.

[3] Universidad Nacional de Ciencias Médicas de Mongolia y Universidad de Western Ontario.

[4] *Colegio Internacional de Cirujanos, Federación Internacional de Colegios de Cirugía, Sociedad Internacional de Cirugía Ortopédica y Traumatología, Federación Mundial de Sociedades de Anestesiólogos y Federación Mundial de Sociedades de Neurocirugía.*

b) **Ámbito regional.** Establecer asociados regionales y centros colaboradores en atención quirúrgica esencial y de emergencia; producir directrices de prácticas óptimas sobre la elaboración de planes nacionales de atención quirúrgica basados en datos probatorios procedentes de países modelo; y elaborar herramientas de planificación estratégica en relación con el personal de salud de los servicios quirúrgicos, obstétricos y anestésicos, a partir de datos regionales y en consonancia con las prioridades de la Estrategia de la OMS: personal sanitario 2030.

c) **Ámbito nacional.** Efectuar el seguimiento de los planes nacionales de atención quirúrgica, obstétrica y anestésica y de las redes de derivación interna y utilizar indicadores basados en datos probatorios para formular la política nacional; fomentar sólidos programas nacionales de estudio normalizados y el reconocimiento de la aptitud profesional para todos los proveedores de atención quirúrgica; y llevar a cabo actividades de promoción en el ámbito local para fomentar la disponibilidad de servicios de atención quirúrgica, obstétrica y anestésica en la atención primaria.

Preparación, vigilancia y respuesta

L. ERRADICACIÓN DE LA VIRUELA: DESTRUCCIÓN DE LAS RESERVAS DE VARIOLA VIRUS (resolución WHA60.1 (2007))

102. En la 69.ª Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en mayo de 2016, los Estados Miembros examinaron la cuestión de la fecha de destrucción de las reservas de virus variólico. El advenimiento de las tecnologías de biosíntesis, que hacen posible crear virus variólico mediante información pública y procedimientos de laboratorio comunes, ha puesto de relieve la necesidad de que el Comité Asesor de la OMS en Investigaciones sobre el Virus Variólico examine las necesidades de investigación actuales con virus variólico vivo. La Asamblea de la Salud acordó incluir en el orden del día provisional de la 72.ª Asamblea Mundial de la Salud un punto sustantivo sobre la destrucción de las reservas de virus variólico a fin de dejar tiempo para realizar más investigaciones, con informes anuales sobre la situación al respecto durante el intervalo.[1]

103. El presente informe ofrece un panorama general de la labor realizada por la Secretaría desde la 69.ª Asamblea Mundial de la Salud. En él se resumen las deliberaciones y conclusiones de la 18.ª reunión del Comité Asesor de la OMS en Investigaciones sobre el Virus Variólico (Ginebra, 2 y 3 de noviembre de 2016)[2] y las inspecciones bienales de bioseguridad de los dos repositorios autorizados de virus variólico: el Centro Estatal de Investigaciones en Virología y Biotecnología (VECTOR) en Koltsovo, Región de Novosibirsk (Federación de Rusia) y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) en Atlanta, Georgia (Estados Unidos de América). Recientemente se amplió el número de miembros del Comité Asesor y se incorporaron integrantes con conocimientos especializados pertinentes sobre las tecnologías de biosíntesis.

104. En su 18.ª reunión, el Comité Asesor recibió informes de la Secretaría, en particular sobre el estado de la reserva de vacunas antivariólicas de emergencia, gestionada por la OMS. Asimismo, el Comité Asesor recibió informes sobre las colecciones de virus mantenidas en los dos centros colaboradores de la OMS que son repositorios autorizados de reservas de virus variólico. El Comité examinó la labor del programa autorizado de investigación con virus variólico vivo en cada repositorio.

[1] Documento WHA69/2016/REC/3, actas resumidas de la Comisión A, sexta sesión.

[2] El informe se publicará en breve en la siguiente dirección del sitio web de la OMS http://www.who.int/csr/disease/smallpox/en/ dentro del apartado «Highlights».

En 2016 la OMS recibió ocho propuestas de investigación, evaluadas por el Subcomité Científico del Comité Asesor; cinco de ellas (dos de VECTOR y tres de los CDC) se consideraron «investigaciones esenciales que beneficiarían la salud pública y que exigen el uso de virus variólico vivo», por lo que el Subcomité Científico recomendó a la OMS su aprobación.

105. El Comité Asesor también examinó la información más reciente sobre el uso de virus variólico vivo en el desarrollo de pruebas diagnósticas, dos modelos animales, vacunas contra la viruela y agentes terapéuticos. Varios representantes de farmacéuticas describieron el estado de los progresos hacia la autorización de los antivíricos y las pruebas y el registro de vacunas antivariólicas no replicantes de tercera generación que podrían ser adecuadas para personas inmunodeficientes. La Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos presentó sus opiniones sobre el proceso de autorización.

106. El Comité Asesor examinó con atención y refrendó vehementemente la evaluación realizada por el Grupo Consultivo Independiente sobre las Repercusiones en la Salud Pública de las Tecnologías de Biosíntesis Relacionadas con la Viruela, en cuyo informe de 2015 señaló lo siguiente: «siempre habrá la posibilidad de que se cree de nuevo el virus variólico y, por tanto, de que no podrá evitarse por completo el riesgo de reaparición de la enfermedad».[1] El Comité Asesor reconoció que la biosíntesis ha cambiado —y seguirá cambiando— el panorama en relación con el virus variólico y las enfermedades que se pretende erradicar. Al respecto, el Comité hizo hincapié en la preparación en el plano nacional y mundial, especialmente en la disponibilidad y accesibilidad de pruebas de diagnóstico y otras herramientas conexas.

107. La ronda actual de inspecciones bienales de bioseguridad que realiza la OMS en los repositorios se inició en VECTOR (10 a 15 de octubre de 2016). La inspección de los CDC tendrá lugar en mayo de 2017 con el mismo equipo de expertos en bioseguridad, también en esta ocasión dirigido por la OMS. Los informes de las dos inspecciones se finalizarán en 2017. El protocolo utilizado para las inspecciones se ajusta a la norma de gestión de riesgos biológicos de laboratorio CWA 15793 del Comité Europeo de Normalización, que abarca 16 elementos de la gestión de los riesgos biológicos en el laboratorio.

M. REFORZAMIENTO DE LA BIOSEGURIDAD EN EL LABORATORIO (resolución WHA58.29 (2005))

108. En la resolución WHA58.29, adoptada en 2005, la Asamblea de la Salud instó a los Estados Miembros a adoptar una serie de acciones destinadas a reforzar la bioseguridad en los laboratorios, las cuales consistían, entre otras cosas, en la elaboración de planes nacionales y la aplicación de programas específicos para la manipulación y el transporte seguros de los agentes y toxinas microbiológicos. También pidió al Director General que velara por que la OMS desempeñara una función activa en la tarea de mejorar la bioseguridad en el laboratorio y que la Secretaría prestara apoyo técnico, en particular facilitando la obtención y difusión de conocimientos y experiencias mediante la actualización de las directrices y los manuales pertinentes de la OMS.

109. De conformidad con esa resolución, la OMS ha intensificado su labor, junto con los Estados Miembros y los asociados (organizaciones internacionales, instituciones y autoridades competentes de salud pública, instrumentos de financiación mundiales y asociaciones de bioseguridad), para garantizar

[1] Véase http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/198357/1/WHO_HSE_PED_2015.1_eng.pdf?ua=1, página 5 (consultado el 1 de marzo de 2017).

la seguridad y la protección en las operaciones de laboratorio, el confinamiento de las sustancias que representan peligros biológicos y la prevención de la liberación natural, accidental o deliberada de dichas sustancias. Los esfuerzos concertados de todas las partes han permitido realizar progresos firmes en el aumento de la bioseguridad.

110. La OMS ha publicado varios **documentos estratégicos y técnicos** sobre bioseguridad en el laboratorio. Algunos ejemplos son la actualización bienal de la guía sobre la reglamentación relativa al transporte de sustancias infecciosas,[1] las orientaciones sobre bioprotección en el laboratorio,[2] los requisitos en materia de capacidad de laboratorio establecidos en el Reglamento Sanitario Internacional (2005) y su aplicación en la Región de África,[3] la Estrategia de Asia y el Pacífico para las Enfermedades Emergentes de 2010,[4] la Estrategia de Asia-Pacífico para fortalecer los servicios de laboratorios de salud,[5] el marco estratégico para fortalecer los servicios de laboratorios de salud 2016-2020 en la Región del Mediterráneo Oriental,[6] la investigación responsable en el ámbito de las ciencias de la vida con miras a la seguridad sanitaria mundial,[7] y el manual sobre bioseguridad en los laboratorios especializados en tuberculosis.[8]

111. La OMS ha facilitado **instrumentos y herramientas** para monitorear la situación, los progresos y los desafíos relativos al reforzamiento de la bioseguridad en el laboratorio. Una de estas herramientas propone una evaluación intersectorial del sistema nacional de bioseguridad y bioprotección en la que participen todas las instancias gubernamentales.[9] En 2016, la Oficina Regional para África elaboró una herramienta de evaluación de los laboratorios de confinamiento de nivel de bioseguridad 3 en

[1] Guidance on regulations for the transport of infectious substances 2017-2018. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2017. Véase http://www.who.int/ihr/publications/WHO-WHE-CPI-2017.8/en (consultado el 20 de marzo de 2017).

[2] Biorisk management: Laboratory biosecurity guidance. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2006. Véase http://www.who.int/csr/resources/publications/biosafety/WHO_CDS_EPR_2006_6.pdf (consultado el 1 de marzo de 2017).

[3] Laboratory capacity requirements for International Health Regulations and their Implementation in the WHO African Region. Brazzaville: Organización Mundial de la Salud, 2013. Véase http://www.afro.who.int/en/clusters-a-programmes/3951-lab-capacity-requirements-for-ihr-and-their-implementation-in-the-who-afro.html (consultado el 1 de marzo de 2017).

[4] Estrategia de Asia y el Pacífico para las Enfermedades Emergentes: 2010. Manila: Oficina Regional para el Pacífico Occidental, y Nueva Delhi: Oficina Regional para Asia Sudoriental, 2010. Véase http://apps.searo.who.int/PDS_DOCS/B4694.pdf (consultado el 1 de marzo de 2017).

[5] Estrategia de Asia-Pacífico para fortalecer los servicios de laboratorios de salud (2010-2015). Manila: Oficina Regional para el Pacífico Occidental, y Nueva Delhi: Oficina Regional para Asia Sudoriental, 2010. Véase http://www.searo.who.int/about/administration_structure/cds/BCT_Asia_Pacific_Strategy10-15.pdf (consultado el 1 de marzo de 2017).

[6] Strategic framework for strengthening health laboratory services 2016–2020, Comité Regional para el Mediterráneo Oriental, documento EM/RC63/5 Rev.1. Véase http://applications.emro.who.int/docs/RC_technical_papers_2016_5_6_19028_EN.pdf?ua=1 (consultado el 1 de marzo de 2017).

[7] Responsible life sciences research for global health security: a guidance document. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2010. Véase http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70507/1/WHO_HSE_GAR_BDP_2010.2_eng.pdf (consultado el 1 de marzo de 2017).

[8] Tuberculosis laboratory biosafety manual. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2012. Véase http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77949/1/9789241504638_eng.pdf (consultado el 1 de marzo de 2017).

[9] Joint external evaluation tool: International Health Regulations (2005). Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016. Véase http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204368/1/9789241510172_eng.pdf (consultado el 2 de marzo de 2017).

la Región, la cual se centra en los principales procesos asociados al diseño, la construcción, el funcionamiento, el mantenimiento y la regulación de dichos laboratorios.[1]

112. **Fortalecimiento de la capacidad.** La OMS ha puesto en marcha varios proyectos centrados en múltiples países y en países concretos para ayudar a países como Bangladesh, Indonesia, Myanmar, Nepal, Omán y el Pakistán. Además de ofrecer oportunidades de capacitación, estos proyectos satisficieron necesidades y demandas específicas, por ejemplo en los ámbitos de la concienciación y la coordinación multisectorial, la formulación de directrices nacionales sobre bioseguridad y procedimientos operativos normalizados y la facilitación de capacitación al respecto, el examen de las reglamentaciones y políticas nacionales sobre bioseguridad, y la adquisición de equipos y material fungible esenciales en materia de bioseguridad. Se han proporcionado orientaciones sobre el diseño de instalaciones de nivel de bioseguridad 3 a 21 países de las Américas.

113. Una cuestión señalada con frecuencia es el hecho de que solo un número limitado de países contaba con un marco de reglamentación y un mecanismo de supervisión eficaces para garantizar la seguridad en los laboratorios y el confinamiento de los agentes y las toxinas microbiológicos. La Secretaría ha brindado apoyo al Pakistán y Viet Nam en sus esfuerzos por formular una política nacional de bioseguridad y actualizar el marco de reglamentación.

114. La OMS ha puesto en marcha un curso de capacitación sobre gestión de riesgos biológicos para dar a conocer un enfoque sistemático de la evaluación y mitigación de los riesgos biológicos. Mediante estos cursos se ha dado formación a un cuadro de capacitadores y a más de 3000 pasantes de segunda línea de más de 100 países de las seis regiones. Algunos países han reproducido el curso a nivel nacional; como resultado de ello, cientos de trabajadores de laboratorio han recibido formación por parte de un pequeño grupo de capacitadores nacionales.

115. Se ha proporcionado una amplia capacitación en materia de expedición segura de sustancias infecciosas: 1600 expedidores de todas las regiones han recibido capacitación y obtenido la certificación para un periodo de dos años. A nivel regional, se han ofrecido oportunidades de capacitación sobre prácticas microbiológicas adecuadas en Asia Sudoriental, sobre el uso adecuado del equipo de protección personal en las Américas y sobre los sistemas nacionales de bioprotección en Europa.

116. **Confinamiento de agentes microbiológicos.** Se han realizado progresos sustanciales en el confinamiento de agentes microbiológicos, en particular los poliovirus y el virus variólico. En el plan de acción mundial de la OMS para el confinamiento de poliovirus[2] se establecen los requisitos recomendados para las instalaciones que almacenan poliovirus con miras a la preparación de la era posterior a la erradicación. Tras realizar un amplio estudio, los Estados Miembros señalaron sus instalaciones esenciales en materia de confinamiento de poliovirus para reducir el número de instalaciones que almacenan poliovirus, centrándose primeramente en los poliovirus de tipo 2. De conformidad con la petición realizada a la Directora General en la resolución WHA60.1 (2007) sobre la erradicación de la viruela: destrucción de las reservas de *Variola virus*, la OMS inspecciona bienalmente los dos repo-

[1] Assessment tool for key processes associated with the design, construction, operation, maintenance and regulation of BSL-3 facilities in the WHO African Region. Brazzaville: Organización Mundial de la Salud, 2016. Véase http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246157/1/9789290233046-eng.pdf?ua=1&ua=1 (consultado el 2 de marzo de 2017).

[2] Plan de acción mundial de la OMS para minimizar el riesgo asociado a las instalaciones de poliovirus después de la erradicación de poliovirus salvajes por tipos específicos y la suspensión secuencial del uso de la vacuna antipoliomielítica oral: GAPIII. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2015. Véase http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/249577/1/WHO-POLIO-15.05-spa.pdf (consultado el 2 de marzo de 2017).

sitorios autorizados del virus variólico para asegurarse de que se cumple el máximo nivel de bioseguridad y bioprotección.[1]

117. **Establecimiento de una base científica y monitoreo de los progresos.** El Grupo Consultivo Ampliado sobre Bioseguridad de la OMS se ha reunido en tres ocasiones (2010, 2014 y 2016) con el fin de proporcionar a la Secretaría orientación y asesoramiento para sus actividades relacionadas con la bioseguridad. Las reuniones también sirvieron de foro para facilitar la cooperación entre los Estados Miembros, así como con la Secretaría y otras organizaciones internacionales. En 2010, el Grupo formuló el marco estratégico de acción para la gestión de riesgos biológicos de la OMS 2012-2016.[2] En 2014, los participantes examinaron el marco estratégico e identificaron áreas prioritarias, como la revisión del manual de la OMS sobre seguridad en el laboratorio, cuya versión más reciente databa de 2004. Ese manual está siendo examinado exhaustivamente por un comité editorial que viene reuniéndose periódicamente desde 2015 para definir un enfoque práctico y basado en los riesgos y la evidencia que posibilite un acceso equitativo a las pruebas de laboratorio necesarias.

118. Pese a los considerables progresos realizados por los Estados Miembros, hay problemas comunes que persisten, especialmente en países con pocos recursos. En particular, sigue habiendo lagunas desde el punto de vista de la cultura de la seguridad, las reglamentaciones y las prácticas, así como escasez de recursos técnicos y financieros para mantener una infraestructura y unos equipos de bioseguridad adecuados. Sigue necesitándose una mayor colaboración y recursos sostenibles para cumplir todas las disposiciones de la resolución WHA58.29.

= = =

[1] Para obtener más información, véase el informe sobre los progresos realizados en la erradicación de la viruela: destrucción de las reservas de *Variola virus* (resolución WHA60.1 (2007)) (documento A70/38) y el sitio web de la OMS: http://www.who.int/csr/disease/smallpox/safety-inspections/en/ (consultado el 2 de marzo de 2017).

[2] Laboratory Biorisk Management: Strategic Framework for Action 2012–2016. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2012. Véase http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70878/1/WHO_HSE_2012.3_eng.pdf (consultado el 2 de marzo de 2017).