Organización Mundial de la Salud

70.ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD **A70/35**
Punto 16.1 del orden del día provisional **8 de mayo de 2017**

Progresos en la aplicación de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible

Informe de la Secretaría

1. En mayo de 2016, la 69.ª Asamblea Mundial de la Salud adoptó la resolución WHA69.11 sobre la salud en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. En enero de 2017, el Consejo Ejecutivo, en su 140.ª reunión, tomó nota de un informe sobre los progresos realizados en la aplicación de la Agenda 2030,[1] en el que la Secretaría propuso seis líneas de acción principales, presentadas como instrumentos de cambio, con el fin de ayudar a los Estados Miembros a alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Dichas líneas de acción fueron aprobadas por los Estados Miembros en la mencionada reunión.[2]

2. El presente informe ofrece una nueva actualización de los progresos realizados hacia la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, teniendo en cuenta los debates que tuvieron lugar en la 140.ª reunión del Consejo Ejecutivo. En la parte I se informa de los progresos mundiales y regionales que han hecho los Estados Miembros hacia la consecución del Objetivo 3 (garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades) y sus metas, así como de otros Objetivos y metas relacionados con la salud. Se trata de un producto del apoyo prestado por la Secretaría a los Estados Miembros para fortalecer la presentación de informes acerca de la Agenda 2030. En la parte II se describen los progresos realizados en la aplicación de la resolución WHA69.11 (2016).

I. PROGRESOS REALIZADOS POR LOS ESTADOS MIEMBROS HACIA LA CONSECUCIÓN DE LOS OBJETIVOS Y METAS DE DESARROLLO SOSTENIBLE RELACIONADOS CON LA SALUD

3. En la elaboración del presente informe la Secretaría utilizó la información que figura en la publicación *Estadísticas Sanitarias Mundiales 2016*,[3] que contiene los resultados de un examen realizado por la OMS de más de 30 indicadores sanitarios y relacionados con la salud, así como en la información actualizada que proporcionan las *Estadísticas Sanitarias Mundiales 2017*. Además de la información sobre los indicadores, la publicación de 2017 aporta un examen breve de la finalidad de cada una de las seis líneas de acción propuestas por la Secretaría y de las actividades que se han emprendido en

[1] Documento EB140/32. En relación con el debate sobre el informe, acta resumida de la decimoquinta sesión, sección 2 (disponible únicamente en inglés).

[2] Las seis líneas son: acción intersectorial de múltiples partes interesadas; fortalecimiento de los sistemas de salud en pro de la cobertura sanitaria universal; respeto de la equidad y los derechos humanos; financiación sostenible; investigación e innovación científicas y seguimiento y evaluación.

[3] *World Health Statistics 2016: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016. Disponible en http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2016/EN_WHS2016_TOC.pdf (consultado el 21 de abril de 2017).

relación con cada una de ellas. Los datos disponibles muestran que, a pesar de los progresos realizados en la era de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, persisten grandes desafíos con respecto a la reducción de la mortalidad materna e infantil, la mejora de la nutrición y la realización de nuevos avances en la lucha contra enfermedades infecciosas como el VIH/sida, la tuberculosis, el paludismo, las enfermedades tropicales desatendidas o las hepatitis. El análisis de la situación también revela lo importante que resulta hacer frente a las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo, como el consumo de tabaco, los problemas de salud mental, las lesiones por accidentes de tránsito o los problemas de salud relacionados con el medio ambiente. La debilidad de los sistemas de salud sigue siendo en muchos países un obstáculo que condiciona deficiencias en la cobertura, incluso de los servicios de salud más básicos, y una preparación insuficiente para hacer frente a emergencias sanitarias. Con base en los datos más recientes, a continuación se resume la situación en ocho áreas prioritarias, muchas de las cuales abarcan múltiples Objetivos y metas.

Salud materna e infantil y nutrición

4. Las principales metas relacionadas con la salud materna e infantil y con la nutrición son las metas 3.1 (de aquí a 2030, reducir la razón mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100 000 nacidos vivos), 3.2 (de aquí a 2030, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos a 12 por cada 1000 nacidos vivos y la mortalidad de los niños menores de 5 años al menos a 25 por cada 1000 nacidos vivos) y 2.2 (de aquí a 2030, poner fin a todas las formas de malnutrición, incluso logrando, a más tardar en 2025, las metas convenidas internacionalmente sobre el retraso del crecimiento y la emaciación de los niños menores de 5 años, y abordar las necesidades de nutrición de las adolescentes, las mujeres embarazadas y lactantes y las personas de edad).

5. En 2015, la razón mundial de mortalidad materna fue de 216 por 100 000 nacidos vivos. Para lograr la meta 3.1 es necesario un ritmo de reducción de al menos un 7,3% al año, es decir, más del triple del logrado entre 1990 y 2015. En 2016, hubo en el mundo millones de partos que no fueron atendidos por personal de partería, médico o de enfermería capacitado, y solo el 78% de los partos se produjeron en presencia de un asistente de partería cualificado.

6. En 2015, la tasa mundial de mortalidad de menores de 5 años fue de 43 por 1000 nacidos vivos, y la tasa de mortalidad neonatal, de 19 por 1000 nacidos vivos. El ritmo de reducción de la mortalidad de menores de 5 años fue del 3,9% al año entre 2000 y 2015. Si se consigue mantener este ritmo, será posible alcanzar la meta mundial de reducirla de aquí a 2030, como mínimo, a 25 por 1000 recién nacidos vivos. Por otra parte, para alcanzar la meta consistente en reducir de aquí a 2030 la tasa de mortalidad neonatal, como mínimo, a 12 por 1000 nacidos vivos, es necesario mantener su ritmo de reducción en el 3,1% anual observado entre 2000 y 2015.

7. En 2016 había en el mundo 155 millones de menores de 5 años con retraso del crecimiento (talla demasiado baja para su edad), 52 millones con emaciación (peso demasiado bajo para su edad) y 41 millones con sobrepeso (peso demasiado elevado para su edad). La mayor prevalencia de retraso del crecimiento correspondió a las Regiones de África y Asia Sudoriental (34% en cada una de ellas). Tanto la mayor prevalencia (15,3%) como el mayor número de niños con emaciación (27 millones) se registraron en la Región de Asia Sudoriental. Entre 2000 y 2016, el número mundial de menores de 5 años con sobrepeso aumentó en un 33%. La doble carga de malnutrición se manifiesta en la Región de Asia Sudoriental, donde en 2016 había 9 millones de niños con sobrepeso.

Enfermedades infecciosas

8. La principal meta relacionada con estas enfermedades es la 3.3, que consiste en poner fin, de aquí a 2030, a las epidemias del sida, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles.

9. La cifra mundial estimada de nuevos casos de infección por el VIH en 2015 fue de 2,1 millones, lo que representa una tasa de 0,3 nuevas infecciones por 1000 personas. En el mismo año, la cifra estimada de fallecidos por enfermedades relacionadas con el VIH fue de 1,1 millones. Se calcula que a finales de 2015 había 36,7 millones de personas infectadas por el VIH. La Región de África sigue siendo la más afectada, con un 4,4% de los adultos de 15 a 49 años infectados por el VIH. El número de nuevas infecciones está aumentando en la Región de Europa.

10. En 2015, la tasa de incidencia del paludismo fue de 94 por 1000 personas en riesgo, lo que representa una reducción mundial del 41% entre 2000 y 2015, y del 21% entre 2010 y 2015. La mayor reducción se registró en la Región de Europa (100%), donde el número de casos indígenas fue nulo en 2015. Ese mismo año, la cifra estimada de casos de paludismo fue de 212 millones, y la de muertes por esta causa de 429 000. La mayor carga correspondió a la Región de África, con un 92% de las muertes por paludismo, y a los menores de 5 años, que supusieron el 70% de los fallecidos.

11. La tuberculosis es una enfermedad tratable y curable, pero sigue siendo uno de los grandes problemas de salud mundial. La cifra mundial estimada de nuevos casos de tuberculosis fue de 10,4 millones en 2015. Hubo 1,4 millones de muertes por tuberculosis, y otros 0,4 millones de muertes debidas a la tuberculosis en pacientes VIH-positivos. En 2015, la tasa de letalidad fue muy variable (de menos del 5% en un pequeño número de países a más del 20% en la mayoría de los países de la Región de África), lo cual refleja grandes inequidades en el acceso a servicios diagnósticos y terapéuticos de gran calidad. La Región de Europa es la que tiene mayores tasas de tuberculosis farmacorresistente (16% y 48% en los nuevos casos y en los tratados con anterioridad, respectivamente), y soporta más de un 20% de la carga mundial de tuberculosis multirresistente.

12. El número mundial estimado de muertes atribuibles a las hepatitis[1] fue del orden de 1,3 millones en 2015. La cobertura mundial de los lactantes con tres dosis de vacuna contra la hepatitis B, una intervención prioritaria, llegó al 84% en 2015.

13. Entre 2010 y 2015, el número de personas que necesitaron tratamientos masivos o individuales y atención por enfermedades tropicales desatendidas disminuyó de 2000 millones a 1590 millones. En general, las personas que necesitan intervenciones contra esas enfermedades son pobres y marginadas (véase también el párrafo 46).

Enfermedades no transmisibles, control del tabaco, salud mental y abuso de sustancias

14. Las principales metas relacionadas con las enfermedades no transmisibles, el control del tabaco, la salud mental y el abuso de sustancias son la 3.4 (de aquí a 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante su prevención y tratamiento, y promover la salud mental y el bienestar), la 3.5 (fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol) y la 3.a (fortalecer la

[1] Incluye las muertes por hepatitis aguda y por cirrosis y cánceres hepáticos debidos a hepatitis.

aplicación del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco en todos los países, según proceda).

15. En 2015 hubo 40 millones de muertes por enfermedades no transmisibles, lo cual representa el 70% de las muertes registradas en el mundo. La mayoría de esas muertes fueron causadas por las cuatro enfermedades no transmisibles principales: 17,7 millones (el 45% de las debidas a enfermedades no transmisibles) por enfermedades cardiovasculares, 8,8 millones (22%) por cáncer, 3,9 millones (10%) por enfermedades respiratorias crónicas, y 1,6 millones (4%) por diabetes. El riesgo de morir por estas cuatro enfermedades entre los 30 y los 70 años disminuyó del 23% en 2000 al 19% en 2015. La mayor probabilidad de fallecer por una de estas cuatro enfermedades correspondió a los adultos de la Región de Asia Sudoriental (23%), y la menor a los de la Región de las Américas (15%). El riesgo fue mayor en los hombres que en las mujeres en todas las regiones de la OMS.

16. El consumo mundial estimado de alcohol en 2016 fue de 6,4 litros de alcohol puro por persona mayor de 15 años, pero con grandes variaciones entre las regiones de la OMS. Los datos disponibles indican que la cobertura de los tratamientos de los trastornos por consumo de alcohol y drogas es insuficiente, aunque es necesario seguir trabajando para mejorar la medición de dicha cobertura.

17. En 2015 había más de 1100 millones de fumadores. Los fumadores son mucho más numerosos que las fumadoras. El Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco ha sido ratificado por 180 Estados Partes que representan el 90% de la población mundial. Más del 80% de los Estados Partes han adoptado nuevas leyes y reglamentaciones sobre el control del tabaco o han reforzado las ya existentes. Son necesarias más medidas para que se ratifique el Protocolo para Eliminación del Comercio Ilícito de Productos de Tabaco.

18. En 2015 hubo en el mundo cerca de 800 000 muertes por suicidio, que representa así la segunda causa de muerte por lesiones, tras los accidentes de tránsito. Las muertes por suicidio son cerca de dos veces más numerosas en los hombres que en las mujeres. Las mayores tasas de mortalidad por suicidio corresponden a la Región de Europa (14,1 por 100 000), y las menores a la Región del Mediterráneo Oriental (3,8 por 100 000).

Lesiones y violencia

19. Las principales metas relacionadas con las lesiones y la violencia son la 3.6 (de aquí a 2020, reducir a la mitad el número de muertes y lesiones causadas por accidentes de tráfico en el mundo), la 5.2 (eliminar todas las formas de violencia contra todas las mujeres y las niñas en los ámbitos público y privado, incluidas la trata y la explotación sexual y otros tipos de explotación), la 13.1 (fortalecer la resiliencia y la capacidad de adaptación a los riesgos relacionados con el clima y los desastres naturales en todos los países), la 16.1 (reducir significativamente todas las formas de violencia y las correspondientes tasas de mortalidad en todo el mundo) y la 16.2 (poner fin al maltrato, la explotación, la trata, la tortura y todas las formas de violencia contra los niños).

20. En 2013 fallecieron cerca de 1,25 millones de personas por lesiones sufridas en accidentes de tránsito, y otros 50 millones sufrieron lesiones no mortales. Las lesiones por accidentes de tránsito son la principal causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años y afectan de forma desproporcionada a los usuarios vulnerables de la red vial, es decir, peatones, ciclistas y motociclistas. La gran mayoría (90%) de esas muertes se produjeron en países de ingresos bajos y medios, que representan el 82% de la población mundial, pero solo el 54% de los vehículos registrados en el mundo. El número mundial de muertes por accidentes de tránsito aumentó entre 2000 y 2013 en aproximadamente un 13%.

21. En el quinquenio 2011-2015 la tasa mundial media anual de muertes por desastres naturales fue de 0,3 muertes por 100 000 habitantes. La más elevada correspondió a la Región del Pacífico Occidental (0,5 muertes por 100 000 habitantes). En el mismo periodo, la tasa mundial de homicidios sufrió una notable reducción del 19%. La cifra estimada de homicidios fue de 468 000 en 2015. El 80% de las víctimas fueron hombres. La mayor tasa de homicidios se registró en la Región de las Américas (18,6 muertes por 100 000 habitantes).

22. La cifra estimada de personas muertas en guerras y conflictos en 2015 fue de 156 000, lo que corresponde a un 0,3% de las muertes mundiales, aproximadamente. Esta estimación no incluye las muertes debidas a los efectos indirectos de las guerras y conflictos en la propagación de enfermedades, los problemas de nutrición y el hundimiento de los servicios de salud.

23. Las últimas estimaciones indican que cerca de una cuarta parte (23%) de los adultos del mundo sufrieron maltrato físico de niños, y que más de una tercera parte (35%) de las mujeres han sufrido en algún momento de su vida violencia física o sexual por parte de la pareja o violencia sexual fuera de la pareja.

Servicios de salud sexual y reproductiva

24. La principal meta relacionada con los servicios de salud sexual y reproductiva es la 3.7 de aquí a 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales).

25. En 2016, el 77% de las mujeres en edad fecunda casadas o en pareja vieron atendidas sus necesidades de planificación familiar con un método moderno. Sin embargo, si bien nueve de cada 10 mujeres de la Región del Pacífico Occidental vieron satisfechas sus necesidades en materia de planificación familiar, solo le ocurrió lo mismo a la mitad de las mujeres de la Región de África. La tasa mundial de natalidad entre las adolescentes fue en 2015 de 44,1 por 1000 mujeres de 15 a 19 años. En los países de ingresos bajos, dicha tasa (97,3 por 1000 mujeres de 15 a 19 años) fue cinco veces mayor que en los países de ingresos altos (19,1 por 1000 mujeres de 15 a 19 años).

Cobertura sanitaria universal y sistemas de salud

26. Las principales metas relacionadas con la cobertura sanitaria universal y los sistemas de salud son la 3.8, sobre el logro de la cobertura sanitaria universal, la 3.b, sobre el apoyo a las actividades de investigación y desarrollo, la 3.c, sobre el aumento de la financiación de la salud y la contratación de personal sanitario, y la 17.19, sobre el aprovechamiento de las iniciativas existentes para elaborar indicadores que permitan medir los progresos en materia de desarrollo sostenible.

27. En febrero de 2017 comenzaron las consultas con los Estados Miembros sobre las estimaciones de los indicadores de la cobertura sanitaria universal 3.8.1. (cobertura de servicios de salud esenciales) y 3.8.2 (proporción de la población cuyos gastos familiares en salud son elevados con respecto a los gastos o los ingresos familiares totales). Una vez finalizado, este proceso proporcionará el primer conjunto comparable de cifras para crear un índice de cobertura de los servicios de salud esenciales y la proporción de la población cuyos gastos familiares en salud son elevados con respecto a los gastos o los ingresos familiares totales que permita medir la falta de protección financiera en materia de salud. Por término medio, los países disponen de datos desde 2010 con respecto a aproximadamente un 70% de las intervenciones de rastreo para el indicador 3.8.1, y el 50% de los países tienen al menos un registro de datos sobre el indicador 3.8.2 desde 2005.

28. El porcentaje mundial de niños que recibieron tres dosis de vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina (DPT3), tomado como indicador indirecto de la inmunización completa de los niños, fue del 86% en 2015. Datos de 2007-2014 muestran que la disponibilidad mediana de una serie de medicamentos esenciales en el sector público de los países de ingresos bajos y medios era tan solo del 60% y 56%, respectivamente. El acceso a los medicamentos para enfermedades crónicas y no transmisibles es aún peor que para las enfermedades agudas. Pese a las mejoras obtenidas en los últimos decenios, la innovación en nuevos productos sigue alejada de las necesidades sanitarias de quienes viven en países en desarrollo. El panorama actual de la investigación y desarrollo en salud sigue sin estar suficientemente alineado con las demandas y necesidades sanitarias mundiales. Tan solo el 1% de la financiación para investigación y desarrollo en salud está asignado a enfermedades que afectan predominantemente a los países en desarrollo.[1]

29. La distribución mundial del personal sanitario es desigual. Las regiones con mayor carga de morbilidad tienen la menor proporción de personal sanitario para prestar servicios muy necesarios. Los datos disponible para el periodo 2005-2015 muestran que aproximadamente el 40% de los países tienen menos de un médico por 1000 habitantes y que casi la mitad de los países tienen menos de tres profesionales de enfermería y partería por 1000 habitantes. Incluso en los países con mayores densidades nacionales de personal sanitario, su distribución no es equitativa; las zonas rurales y de difícil acceso tienden a disponer de poco personal, en comparación con las capitales y otras zonas.

30. Según las estimaciones, solo en la mitad de los 194 Estados Miembros se registran al menos el 80% de las muertes con información sobre sus causas.

31. El informe de la Comisión de Alto Nivel sobre el Empleo en el Ámbito de la Salud y el Crecimiento Económico titulado *Working for health and growth: investing in the health workforce* se presentó en 2016 durante la Asamblea General de las Naciones Unidas.[2] En él, la Comisión hace 10 recomendaciones y propone cinco medidas inmediatas para orientar y respaldar la creación de 40 millones de nuevos puestos de trabajo en la sanidad y abordar la carencia de 18 millones de profesionales sanitarios necesarios para lograr la cobertura sanitaria universal de aquí a 2030. Teniendo en cuenta la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible en toda su amplitud, la Comisión identifica los beneficios sociales y económicos que, más allá del trabajo digno y el crecimiento económico (Objetivo 8) se podrían obtener con la inversión en personal sanitario, es decir, eliminación de la pobreza (Objetivo 1), buena salud y bienestar (Objetivo 3), educación de calidad (Objetivo 4) e igualdad entre los sexos (Objetivo 5). El informe y el plan de aplicación quinquenal propuesto (2017-2021) ilustran el valor de la actuación política intersectorial y los esfuerzos interinstitucionales con respecto a la totalidad de la Agenda 2030.

Riesgos medioambientales

32. Los Objetivos de Desarrollo Sostenible incluyen varias metas relacionadas con la sostenibilidad medioambiental y la salud humana. Entre ellas hay metas relativas a los Objetivos 3 (garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades), 6 (garantizar la disponibilidad y la gestión sostenible del agua y el saneamiento para todos), 7 (garantizar el acceso a una energía asequible, fiable, sostenible y moderna para todos), 9 (construir infraestructuras resilientes, promover la indus-

[1] Røttingen J-A., Regmi S., Eidt M *et al*. *Mapping of available health research and development data: what's there, what's missing and what role is there for a global observatory*. Lancet. 2013; 382:1286–1307.

[2] Disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250047/1/9789241511308-eng.pdf (consultado el 21 de abril de 2017).

trialización inclusiva y sostenible y fomentar la innovación), 11 (lograr que las ciudades y los asentamientos humanos sean inclusivos, seguros, resilientes y sostenibles), 12 (garantizar modalidades de consumo y producción sostenibles) y 13 (adoptar medidas urgentes para combatir el cambio climático y sus efectos).

33. Alrededor de 3000 millones de personas siguen utilizando para cocinar en sus casas combustibles sólidos (madera, desechos de cosechas, carbón vegetal y mineral, y excrementos) en fuegos abiertos o fogones con fugas. Estos combustibles y tecnologías domésticas ineficientes generan una gran contaminación del aire doméstico y una serie de contaminantes que dañan la salud. En 2012, la contaminación del aire doméstico causó 4,3 millones de muertes. Las mujeres y los niños corren un riesgo especialmente elevado de padecer enfermedades causadas por la exposición a la contaminación del aire doméstico y representan el 60% de las muertes prematuras atribuidas a dicha contaminación.

34. En 2014, el 92% de la población mundial vivía en lugares donde no se cumplen las directrices de la OMS sobre la calidad del aire. La cifra mundial estimada de muertes prematuras causadas por la contaminación atmosférica tanto en las ciudades como en zonas rurales fue de 3 millones en 2012. Cerca de un 87% de esas muertes prematuras se produjeron en países de ingresos bajos y medios. Se calcula que, en su conjunto, la contaminación atmosférica y del aire doméstico causaron 6,5 millones de muertes en 2012, es decir un 11,6% de las muertes registradas en el mundo.

35. En 2012, la cifra mundial estimada de muertes causadas por la contaminación del agua de bebida, las masas de agua y el suelo, la falta de instalaciones adecuadas para lavarse las manos y las prácticas resultantes de la inexistencia de servicios apropiados o adecuados fue de 871 000. Casi la mitad (45%) de estas muertes se produjeron en la Región de África. En 2015, 6600 millones de personas utilizaron fuentes mejoradas de agua de bebida, pero la cobertura de los servicios de agua de bebida gestionados de forma segura es baja: las estimaciones preliminares son del 68% en las zonas urbanas y solo del 20% en las rurales. Cerca de una tercera parte (32%) de la población mundial no tenía acceso en 2015 a instalaciones de saneamiento mejoradas, cifra que incluye a los 946 millones de personas que defecan al aire libre.

36. La cifra estimada de muertes por intoxicaciones accidentales fue del 108 000 en 2015, en comparación con 133 000 en 2000. La Región de África fue la que presentó mayor tasa de mortalidad por intoxicaciones accidentales en 2015 (2,8 por 100 000 habitantes), una tasa cercana al doble de la mundial (1,5 por 100 000).

Riesgos para la salud y brotes epidémicos

37. La meta 3.d consiste en reforzar la capacidad de todos los países, en particular los países en desarrollo, en materia de alerta temprana, reducción de riesgos y gestión de los riesgos para la salud nacional y mundial. En este contexto, el proceso de monitoreo en virtud del Reglamento Sanitario Internacional (2005) evaluó, mediante un cuestionario de autoevaluación enviado a los Estados Partes, el estado de la aplicación de 13 capacidades básicas que abarcan aspectos como la legislación, la coordinación y la preparación. En 2016, respondieron al cuestionario 129 Estados Partes (el 66% de la totalidad de ellos). La puntuación media de todas las capacidades en todos los Estados Partes que respondieron al cuestionario de 2016 fue del 76%.

II. PROGRESOS REALIZADOS EN LA APLICACIÓN DE LA RESOLUCIÓN WHA69.11 (2016)

38. **Apoyo a la formulación de planes nacionales de salud exhaustivos e integrados en el marco de la aplicación de la Agenda 2030.** Las políticas, estrategias y planes nacionales de salud ayudan a definir y poner en práctica las prioridades en materia de salud y desarrollo. Según el informe de 2017 sobre la presencia de la OMS en los países, territorios y zonas, 60 oficinas de la Organización en los países ya han iniciado, bien directamente o bien a través de los equipos de las Naciones Unidas en los países, la colaboración con los gobiernos para armonizar las políticas, estrategias y planes nacionales de salud con los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Otras 65 oficinas de la OMS en los países estaban empezando a colaborar con las autoridades nacionales y los equipos de las Naciones Unidas en los países. Se espera que las 23 restantes inicien a lo largo de 2017 un diálogo con las autoridades nacionales. La OMS se ha asociado con la Unión Europea y el Gran Ducado de Luxemburgo para elaborar políticas, estrategias y planes nacionales de salud en más de 30 países, entre ellos Túnez (consultas con la población); el Chad, la República Democrática del Congo y Timor-Leste (establecimiento de prioridades para el sector de la salud y para lograr vidas saludables), y Guinea, Kirguistán, Liberia, Moldova, Mozambique, la República Popular Democrática Lao, Sudán, Sierra Leona, Ucrania y Viet Nam (seguimiento de la aplicación de las políticas, estrategias y planes nacionales de salud). En los últimos siete años, muchos países europeos han armonizado sus políticas sanitarias nacionales con Salud 2020: la política europea para la salud y el bienestar, armonizada a su vez con la Agenda 2030. La OMS ha redactado una guía para la elaboración de políticas, estrategias y planes nacionales de salud, titulada *Strategizing national health in the 21st century: a handbook*.[1]

39. **Formulación de planes para aplicar la Agenda 2030.** Las oficinas regionales de la OMS han iniciado numerosas actividades de promoción de la salud en el contexto de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. A continuación se presentan algunos ejemplos debatidos en los comités regionales y en publicaciones de la OMS. La Oficina Regional para África se ha centrado recientemente en el fortalecimiento de los sistemas de salud y la cobertura sanitaria universal.[2] La Oficina Regional para las Américas está reforzando el enfoque Salud en Todas las Políticas, y en mayo de 2016 lanzó la Comisión sobre Equidad como primera medida práctica para aplicar la Agenda 2030. En 2016, la Oficina Regional para Asia Sudoriental publicó un análisis inicial del estado de los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud en los 11 Estados Miembros de la Región, y a principios de 2017 celebró una consulta regional sobre el seguimiento de los Objetivos relacionados con la salud en la que se acordaron cuatro prioridades consistentes en mejorar el registro de las causas de muerte (mediante el registro civil y las estadísticas vitales); el seguimiento de la equidad; la interoperabilidad, especialmente del personal y de los métodos de trabajo, más que de las tecnologías, y la transparencia y el uso de los datos. La Oficina Regional para Europa ha examinado cómo abordan las políticas nacionales de salud los Objetivos de Desarrollo Sostenibles y cómo se sitúa la salud en las estrategias nacionales de desarrollo ya existentes. Además de los perfiles de 31 países, la Oficina Regional ha redactado una hoja de ruta para la aplicación de la Agenda 2030 (actualmente en examen), está elaborando un mapa de la protección financiera en todos los países, preside la Coalición Temática sobre Salud[3] del mecanismo de coordinación regional de las Naciones Unidas, y dirige el Proceso Europeo sobre Medio

[1] Disponible en http://www.who.int/healthsystems/publications/nhpsp-handbook/en/ (consultado el 21 de abril de 2017).

[2] Véase Oficina Regional de la OMS para África. *Health systems strengthening for attainment of universal health coverage: an action framework (2016).*

[3] Véase www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/324784/1st-mtg-report-issue-based-Coalition-Health-nov-2016.pdf (consultado el 25 de abril de 2017).

Ambiente y Salud hacia la aplicación de la Agenda 2030.[1] La Oficina Regional para el Mediterráneo Oriental ha destacado la importancia de la atención de urgencias y de la disponibilidad de un paquete definido de servicios de salud esenciales para lograr la cobertura sanitaria universal. Reconociendo que cada Estado Miembro establecerá sus propias prioridades entre las 169 metas acordadas, incluidas las relacionadas con la salud, la Agenda regional para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible en la Región del Pacífico Occidental[2] ofrece orientaciones acerca de, por ejemplo, la inclusión de la equidad sanitaria en la planificación nacional, el trabajo intersectorial, la participación de las comunidades afectadas o el papel del sector de la salud en el impulso a la Agenda 2030. Una tarea que tiene por delante la Secretaría consiste en hacer un uso más amplio de esta diversidad de iniciativas mediante la colaboración entre regiones y países y el intercambio mundial de información.

40. **Preparación y ultimación de los indicadores de los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud.** La Secretaría asesora al Grupo Interinstitucional y de Expertos sobre los Indicadores de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, en el que hay representantes de 28 oficinas nacionales de estadística. Entre las contribuciones recientes se encuentra la ultimación de los indicadores de los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud. En marzo de 2017, en respuesta a algunas inquietudes de los Estados Miembros, la Comisión de Estadística de las Naciones Unidas adoptó modificaciones de algunos indicadores, entre ellas una mejor definición de la protección contra los riesgos financieros en el contexto de la cobertura sanitaria universal. Para 2020 está previsto un examen más exhaustivo de los indicadores. La OMS también ha publicado orientaciones regionales sobre el uso de indicadores estándar.[3]

41. **Apoyo a los Estados Miembros en el fortalecimiento de la capacidad estadística nacional.** La Secretaría ha examinado la disponibilidad y calidad de los datos estadísticos desglosados sobre indicadores de salud y relacionados con la salud[4] y los indicadores de la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030).[5] La OMS también lidera el proyecto de colaboración sobre datos sanitarios, en el que participan 38 asociados mundiales y regionales y cuyo objetivo consiste en reforzar los sistemas de información sanitaria de los países.

42. **Apoyo al examen temático por los Estados Miembros de los progresos realizados con respecto a los Objetivos de Desarrollo Sostenible.** La Secretaría ha prestado apoyo y coordinado los preparativos para los exámenes nacionales voluntarios que presentarán 40 Estados Miembros al foro político de alto nivel sobre el desarrollo sostenible en julio de 2017. Dichos exámenes son una oportunidad para que, con base en los datos más recientes, los Estados Miembros muestren cómo se puede conseguir una mejor salud (Objetivo 3) en el contexto de la reducción de la pobreza (Objetivo 1), la eliminación del hambre (Objetivo 2), la igualdad entre los sexos (Objetivo 5), la industria y la innovación (Objetivo 9), la conservación de la vida acuática (Objetivo 14) y la creación de alianzas (Objetivo 17).

---

[1] Véase www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/pages/european-environment-and-health-process-ehp (consultado el 21 de abril de 2017).

[2] Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental. *Regional action agenda on achieving the Sustainable Development Goals in the Western Pacific (2017).*

[3] Véase, por ejemplo: Oficina Regional de la OMS para Europa. *Core health indicators in the WHO European Region 2016. Special focus: 2030 Agenda for Sustainable Development (2016).*

[4] *World Health Statistics 2016: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016. Disponible en http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2016/EN_WHS2016_TOC.pdf (consultado el 21 de abril de 2017).

[5] Véase www.who.int/life-course/partners/global-strategy/gs-monitoring-readiness-report.pdf (consultado el 21 de abril de 2017).

43. **Función de la OMS en la aportación de información sanitaria como bien público.** En 2016 la OMS publicó el editorial *Best practices for sharing information through data platforms: establishing the principles*[1] y una declaración en la que se definen los principios y las prácticas sobre el intercambio de datos y resultados durante las emergencias de salud pública, con base en el Reglamento Sanitario Internacional (2005).[2] La OMS y otras instituciones han publicado directrices sobre la presentación de estimaciones sanitarias exactas y transparentes[3] en las que se alienta a la OMS, a otras organizaciones de las Naciones Unidas y a los investigadores independientes a que hagan públicos los conjuntos de datos y los métodos utilizados para obtener las estimaciones de la carga de morbilidad y sus tendencias. En 2017 la OMS publicará una política sobre los principios y las prácticas aplicables a todos los datos de que dispone la Organización. En 2016 publicó una política sobre el acceso abierto a todas las publicaciones de la Organización, centrado en la reducción de las publicaciones impresas, a expensas de las publicaciones digitales y a demanda.

44. **Apoyo a la Alianza Sanitaria Internacional para la Cobertura Sanitaria Universal 2030.** Para alcanzar la meta 3.8 sobre cobertura sanitaria universal, la Alianza Sanitaria Internacional e iniciativas conexas (IHP+) se convirtieron en 2016 en la Alianza Sanitaria Internacional para la Cobertura Sanitaria Universal 2030, destinada a fortalecer los sistemas de salud; entre sus asociados se encuentran gobiernos nacionales, la OMS y otras organizaciones de las Naciones Unidas, otros organismos internacionales y organizaciones de la sociedad civil. Para más información sobre iniciativas específicas destinadas a lograr la cobertura sanitaria universal pueden consultarse los informes sobre los progresos realizados que se presentarán a la 70.ª Asamblea Mundial de la Salud.[4]

45. **Apoyo a los esfuerzos de los países por «no dejar atrás a nadie».** Con respecto a la igualdad entre los sexos y la igualdad en general, el apoyo prestado por la Secretaría a los Estados Miembros ha contribuido a los Objetivos 3 (garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades), 5 (lograr la igualdad de género y empoderar a todas las mujeres y las niñas) y 10 (reducir la desigualdad en los países y entre ellos), y a la meta 17.18 sobre datos desglosados. Con respecto al seguimiento, el portal de datos de la OMS para seguir los progresos hacia la cobertura sanitaria universal, que se lanzó en diciembre de 2016 y contiene datos de 194 Estados Miembros, contiene información sobre la equidad.[5] A fecha de febrero de 2017 estaban disponibles datos sobre 102 países a través del Monitor de la Equidad Sanitaria de la OMS. La Secretaría presta apoyo a los Estados Miembros en materia de: utilización de orientaciones normativas y recursos para seguir las desigualdades sanitarias; seguimiento de los gastos sanitarios catastróficos y empobrecedores; seguimiento de las medidas intersectoriales pertinentes para reducir las desigualdades sanitarias y las diferencias entre sexos; uso de AccessMod, un instrumento para modelizar la accesibilidad física de la atención sanitaria y la cobertura geográfica,[6] y análisis de la repercusión de beneficios sobre el modo en que diferentes grupos sociales y económicos se benefician de los servicios. La OMS también publicó en 2016 un manual técnico titulado *The Innov8 approach for reviewing national health programmes to leave no one behind*.[7] Además, la 9.ª Conferencia Mundial sobre Promoción de la Salud, organizada conjunta-

[1] www.who.int/bulletin/volumes/94/4/16-172882/en/ (consultado el 21 de abril de 2017).

[2] Weekly epidemiological record No 18, 2016, 91, 237–248.

[3] Stevens G, Alkema L, Black R et al. *Guidelines for accurate and transparent health estimates reporting: the GATHER statement*. Lancet. 2016; 388, e19-e23. doi: 10.1016/S0140-6736(16)30388-9.

[4] Véase el documento A70/38, secciones A, C, F y K.

[5] Véase apps.who.int/gho/cabinet/uhc.jsp (consultado el 21 de abril de 2017).

[6] Véase www.who.int/ehealth/resources/accessmod/en/ (consultado el 21 de abril de 2017).

[7] Véase www.who.int/life-course/partners/innov8/innov8-technical-handbook/en/ (consultado el 21 de abril de 2017).

mente por la OMS y la Comisión Nacional de Salud y Planificación Familiar de la República Popular de China, celebrada en Shanghai en noviembre de 2016, en el trigésimo aniversario de la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, reforzó el papel de la promoción de la salud en la mejora de la equidad sanitaria. Para más información sobre género y equidad se pueden consultar otros documentos.[1]

46. **Promoción de un enfoque multisectorial de la Agenda 2030.** A continuación se describen algunas de las muchas iniciativas sobre medidas de cooperación en los ámbitos nacional, regional y mundial que cuentan con el apoyo de la OMS. La Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030) abarca 11 Objetivos de Desarrollo Sostenible: todas las metas del Objetivo 3 y algunas de otros 10 objetivos (1-7, 9, 10, 16 y 17).[2] Reconociendo la importancia de la energía en la prestación de servicios de salud seguros y de gran calidad, el Secretario General de las Naciones Unidas creó la iniciativa Energía para la Salud de la Mujer y el Niño; a la OMS y a la Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres (ONU-Mujeres) se les pidió que lideraran esta iniciativa en el contexto del movimiento Energía Sostenible para Todos, vinculado al Objetivo 7. La Comisión de Alto Nivel sobre el Empleo en el Ámbito de la Salud y el Crecimiento Económico contribuye al Objetivo 8 (promover el crecimiento económico sostenido, inclusivo y sostenible, el empleo pleno y productivo y el trabajo decente para todos) fomentando la creación de puestos de trabajo en los sectores social y de la salud y la mejora de las condiciones de trabajo en el sector de la salud, y prestando una especial atención a las necesidades de los países de ingresos bajos y medios bajos. Con respecto a la lucha contra las enfermedades tropicales desatendidas, en 2015 varias empresas farmacéuticas, los gobiernos de 74 países y otros asociados han proporcionado quimioprofilaxis a 979 millones de personas, como mínimo, lo que probablemente sea la mayor intervención mundial de salud pública de todos los tiempos. Para reforzar la lucha contra las enfermedades tropicales desatendidas en África, la Oficina Regional para África, junto con una coalición de organizaciones plurinacionales, ha presentado el Proyecto Especial Ampliado para la Eliminación de las Enfermedades Tropicales Desatendidas, que abarca la oncocercosis, la filariasis linfática, la esquistosomiasis, las geohelmintiasis y el tracoma. En abril de 2016, la Asamblea General de las Naciones Unidas proclamó un Decenio de las Naciones Unidas de Acción sobre la Nutrición, 2016-2025, y pidió a la FAO y a la OMS que lideraran su aplicación en colaboración con otros programas y mecanismos de coordinación de las Naciones Unidas. A petición de los Estados Miembros, la Oficina Regional para Europa convocó la Plataforma regional ad hoc de colaboración para mejorar la salud y el bienestar de todos.[3]

47. **Fomento de la colaboración multisectorial con respecto al Reglamento Sanitario Internacional (2005).** El programa de la OMS sobre Una Salud, establecido en enero de 2017, trabaja en la protección de la salud en la interfaz entre los humanos, los animales y los ecosistemas. El programa pone a disposición de forma sistemática información y conocimientos técnicos de todos los sectores y disciplinas pertinentes durante la aplicación del marco de seguimiento y evaluación del rsi, el instrumento de evaluación externa conjunta y los procesos nacionales de planificación sanitaria. La OMS, la OIE y la FAO están colaborando en la preparación de instrumentos prácticos normalizados de ámbito nacional, orientaciones y capacitación conjunta sobre Una Salud para prestar apoyo a los países en la

[1] Véase los documentos A70/24 y A70/38, sección H.

[2] Véase también el documento A70/37.

[3] Véase http://www.euro.who.int/en/media-centre/events/events/2016/12/paris-high-level-conference/documentation/working-papers/explanatory-note-proposal-for-the-establishment-of-an-ad-hoc-regional-platform-for-working-together-for-better-health-and-well-being-for-all (consultado el 21 de abril de 2017).

aplicación de enfoques colaborativos multisectoriales. Un ejemplo del enfoque Una Salud es la gestión intersectorial de los patógenos resistentes a los antimicrobianos, que se aborda en otro documento.[1]

48. **Apoyo a los Estados Miembros para reforzar la investigación y desarrollo de nuevas tecnologías e instrumentos.** En el marco de la estrategia mundial y plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual,[2] la OMS presta apoyo a la investigación y desarrollo en el ámbito de enfermedades que afectan sobre todo a los pobres, aspecto en el que destacan dos nuevas iniciativas. En primer lugar, de conformidad con la resolución WHA69.23 (2016) y el informe del Grupo consultivo de expertos en investigación y desarrollo: financiación y coordinación,[3] la OMS ha creado el Observatorio Mundial de la Investigación y el Desarrollo Sanitarios, una plataforma centralizada y abierta que analizará qué actividades de investigación y desarrollo en el ámbito de la salud se están llevando a cabo, dónde, cuándo y por quién. En segundo lugar, el Programa Especial UNICEF/PNUD/Banco Mundial/OMS de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales ha propuesto modelos de financiación mancomunada que podrían apoyar la investigación y desarrollo para luchar contra las enfermedades tropicales desatendidas y que se están analizando con los Estados Miembros. Para más información sobre el apoyo de la OMS a la investigación y desarrollo de vacunas, medicamentos y otras tecnologías, y al acceso a ellos, se pueden consultar otros documentos.[4]

49. **Apoyo a los Estados Miembros para la realización de investigaciones sobre los sistemas de salud.** La mayor parte de la investigación sanitaria se centra en las intervenciones biomédicas y clínicas, pero la investigación sobre los sistemas de salud sigue teniendo una financiación insuficiente en el mundo entero. La Alianza para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud, una alianza internacional albergada por la OMS, ha desarrollado un modelo innovador de investigación integrada liderada por decisores que aborda factores contextuales relevantes para las prioridades del sistema de salud. En colaboración con la OPS y la Oficina Regional para el Mediterráneo Oriental, la Alianza está prestando apoyo a 33 proyectos de investigación integrada sobre la aplicación en 18 países. Además, en 2016 presentó una iniciativa para determinar las prioridades de la investigación sobre políticas y sistemas de salud que respalden los progresos hacia la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, prestando especial atención a los países de ingresos bajos y medios bajos.

50. **Facilitación de la cooperación regional e internacional Norte-Sur, Sur-Sur y triangular en materia de ciencia, tecnología e innovación relacionadas con la salud y el acceso a estas.** A fin de estimular la cooperación internacional en relación con el acceso a la ciencia, la tecnología y la innovación relacionadas con la salud, el Grupo de las Naciones Unidas para el Desarrollo ha establecido un equipo de tareas sobre cooperación Sur-Sur y triangular (Sur-Norte-Sur) en el que está representada la OMS y que se encargará de fomentar la cooperación en las operaciones del sistema de las Naciones Unidas. El equipo ha publicado en 2016 un informe sobre prácticas óptimas en materia de cooperación Sur-Sur y triangular para el desarrollo sostenible.[5] La OMS, la OMPI y la OMC también están reforzando su cooperación y coordinación práctica sobre cuestiones relacionadas con la salud pública, la propiedad intelectual y el comercio.[6] La Región de Europa está cultivando alianzas para compartir in-

[1] Véase el documento A70/12.

[2] Véase el documento A70/21.

[3] Véase el documento A65/24, anexo.

[4] Véase los documentos A70/10, A70/20 y A70/38, sección I.

[5] Véase ssc.undp.org/content/ssc/library/publications/books/good_practices_in_south_south_and_triangular_cooperation_for_sustainable_development.html (consultado el 21 de abril de 2017).

[6] Véase www.wipo.int/policy/en/global_health/trilateral_cooperation.html (consultado el 21 de abril de 2017).

formación y experiencias a través del programa Ciudades Saludables, la iniciativa «países pequeños»[1] y la Red Sanitaria de Europa Sudoriental.

51. **Maximización del impacto de las contribuciones de la OMS a la Agenda 2030, teniendo en cuenta el presupuesto por programas y el programa general de trabajo.** El Proyecto de presupuesto por programas 2018-2019 aprovecha las nuevas oportunidades ofrecidas por la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible para proponer métodos de trabajo que mejoren la colaboración entre las categorías de trabajo de la OMS. Está claro que la lucha contra las enfermedades transmisibles (categoría 1) y no transmisibles (categoría 2) depende de la promoción de la salud en el curso de la vida (categoría 3, por ejemplo, respondiendo a las cuestiones relacionadas con el género, la equidad, el envejecimiento y los determinantes sociales y medioambientales) y del fortalecimiento de los sistemas de salud (categoría 4, por ejemplo, armonizando las políticas y planes nacionales de salud con los Objetivos de Desarrollo Sostenible). El fomento de la colaboración en este sentido permitiría que el modo de funcionamiento de la OMS reflejara mejor las necesidades y oportunidades planteadas por la Agenda 2030, trabajando en la interfaz entre dos o más categorías y fomentando proyectos con posibilidades de acelerar los beneficios para la salud de una forma que no se podría lograr fácilmente mediante el trabajo en categorías separadas. Para empoderar a las oficinas de la OMS en los países, dichos proyectos deberían armonizarse explícitamente con las prioridades definidas en las estrategias de cooperación con los países. A lo largo de 2017, estas ideas se incorporarán a los proyectos iniciales del decimotercero programa general de trabajo, que entrará en vigor en 2020. Para facilitar la coordinación de esta labor en toda la OMS, la Directora General estableció en enero de 2017 una red sobre los Objetivos de Desarrollo Sostenible que, a través del Departamento de Cooperación con los Países y Colaboración con las Naciones Unidas, relaciona entre sí la sede de la Organización, sus oficinas regionales, sus oficinas en los países y el sistema de las Naciones Unidas.

INTERVENCIÓN DE LA ASAMBLEA DE LA SALUD

52. Se invita a la Asamblea de la Salud a que tome nota del presente informe.

= = =

[1] Véase www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/325322/ISA-Experiences-small-countries-WHO-ER.pdf (consultado el 21 de abril de 2017).