



Informes sobre los progresos realizados

Informe de la Secretaría

ÍNDICE

	Página
A. Poliomielitis: mecanismo de gestión de los riesgos potenciales para la erradicación (resolución WHA61.1)	2
D. Pronta formación de un mayor número de profesionales de la salud (resolución WHA59.23)	5
E. Fortalecimiento de la enfermería y la partería (resolución WHA59.27)	7
I. Cambio climático y salud (resolución WHA61.19)	9
J. Atención primaria de salud, incluido el fortalecimiento de los sistemas de salud (resolución WHA62.12)	11

A. POLIOMIELITIS: MECANISMO DE GESTIÓN DE LOS RIESGOS POTENCIALES PARA LA ERRADICACIÓN

1. En 1988, la Asamblea de la Salud aprobó la resolución WHA41.28 sobre la erradicación mundial de la poliomielitis para el año 2000. En 2008, la transmisión autóctona se había interrumpido en todos los países menos en cuatro (el Afganistán, la India, Nigeria y el Pakistán) y el número anual de casos había disminuido más de 99%. No obstante, el número anual de casos seguía fluctuando entre 1000 y 2000 y cada año entre 12 y 23 países más presentaban casos de la enfermedad por poliovirus importados. En al menos dos de estos últimos países (Angola y el Chad), y posiblemente en la República Democrática del Congo y el Sudán, el virus importado persistió durante más de 12 meses y ocasionó una mayor propagación internacional. En 2008, la Asamblea de la Salud, en su resolución WHA61.1, pidió que se preparase una nueva estrategia para erradicar la poliomielitis de los países donde aún persistía. El programa de trabajo de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis correspondiente a 2009 se elaboró con el fin de sentar las bases de la nueva estrategia mediante la evaluación de innovaciones tácticas en cada zona donde la enfermedad es endémica, la realización de ensayos clínicos de nuevas presentaciones de la vacuna antipoliomielítica oral y la facilitación de una evaluación independiente de las barreras principales que dificultan la interrupción de la transmisión del poliovirus.

2. En la India, las nuevas tácticas aumentaron la cobertura de la campaña de aplicación de la vacuna antipoliomielítica oral en 2009 entre los grupos de población migrantes e itinerantes y reforzaron las operaciones de la campaña que se estaban realizando en los distritos con endemidad de la zona central de Bihar y la zona occidental de Uttar Pradesh, lo que en esta última permitió aumentar la proporción de niños de muy corta edad que presentan anticuerpos contra el poliovirus de tipo 1 de 85% a fines de 2007 a 96% a fines de 2009. En Nigeria, si se comparan los seis meses últimos (de mayo a octubre) de 2009 con el periodo correspondiente de 2008, la proporción de niños que nunca habían sido vacunados en los 10 estados con endemidad del norte (estados de alto riesgo) disminuyó desde casi 20% (19,5%) a menos de 10% (9,6%). Esto sucedió después de que los gobernadores de esos estados firmaron los Compromisos de Abuja con la erradicación de la poliomielitis en febrero de 2009 y los líderes tradicionales formaron una comisión para erradicar la enfermedad en junio de 2009; ambas acciones han dado por resultado una mayor responsabilización local para la realización de las campañas antipoliomielíticas. En el Pakistán, el Primer Ministro dio a conocer en febrero de 2009 un plan de acción contra la poliomielitis que reforzaba el apoyo multisectorial a las campañas de aplicación de la vacuna antipoliomielítica oral en muchas zonas, aunque la cobertura se mantuvo por debajo de 80% en los distritos con endemidad en la parte norte de la provincia de la Frontera del Noroeste y las zonas tribales bajo administración federal, Baluchistán y la zona metropolitana de Karachi en la provincia de Sindh. En las otras dos provincias con endemidad del Afganistán (Kandahar y Helmand en la región del sur), el acceso a los niños en los distritos clave que tienen problemas de seguridad mejoró durante las recientes campañas de aplicación de la vacuna antipoliomielítica oral gracias a la aplicación de nuevas tácticas, consistentes en una función más destacada de las organizaciones no gubernamentales, la colaboración de «negociadores locales» y las negociaciones con la Fuerza Internacional de Asistencia para la Seguridad y los talibanes para que declarasen días de tregua. Aunque en el sur el acceso sigue siendo variable, la proporción de niños a los que no se pudo llegar disminuyó por primera vez a 5% durante las campañas de aplicación de la vacuna antipoliomielítica oral en julio y septiembre de 2009, por comparación con más de 20% al comienzo del año.

3. Para mejorar la eficiencia y el impacto de las campañas de aplicación de la vacuna antipoliomielítica oral contra los dos serotipos persistentes del poliovirus salvaje, se fabricaron lotes de una vacuna oral bivalente que contenía poliovirus de tipo 1 y de tipo 3 para realizar ensayos clínicos. En 2009, los resultados de los ensayos clínicos demostraron que la protección conferida por esta vacuna contra la enfermedad causada por ambos serotipos era superior a la generada por la vacuna antipoliomielítica

oral trivalente y «no era inferior» a la derivada de las vacunas monovalentes respectivas.¹ El Comité Consultivo Especial sobre la Erradicación de la Poliomielitis llegó a la conclusión de que el uso de la vacuna bivalente en las actividades de vacunación suplementaria es un instrumento nuevo e importante para la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis y formuló recomendaciones para su utilización.¹ Esta vacuna se empezará a usar por la Iniciativa en diciembre de 2009 y su uso se ampliará rápidamente con miras a satisfacer plenamente la demanda a mediados de 2010.

4. El Dr. A. J. Mohamed (Omán), uno de los vicepresidentes del Consejo Ejecutivo, presidió un grupo que evaluó independientemente las principales barreras que obstaculizan la interrupción de la transmisión del poliovirus; el grupo estuvo integrado por 28 expertos divididos en cinco equipos según las disciplinas pertinentes, es decir, salud pública, programas de vacunación, vacunología, movilización social y seguridad. Estos equipos dedicaron en conjunto 24 meses-persona a la evaluación del Afganistán, Angola, la India, Nigeria, el Pakistán, el Sudán, las Oficinas Regionales para África y el Mediterráneo Oriental y la sede de la OMS, en amplia consulta con los asociados de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis y las partes interesadas de cada país. El grupo de evaluación presentó su informe a la Directora General el 22 de octubre de 2009.

5. En la India, el grupo de evaluación constató una cobertura muy elevada de las campañas de aplicación de la vacuna antipoliomielítica oral y recomendó un programa vigoroso de investigaciones y un enfoque en varios frentes para superar el problema singular que plantea la inmunidad incompleta de la mucosa intestinal a los poliovirus en el norte de la India. En Nigeria, el grupo recomendó aprovechar las mejoras de la cobertura de la campaña de aplicación de la vacuna antipoliomielítica oral logradas en 2009, en particular mediante la implantación de mecanismos específicos para que los líderes de los gobiernos locales se responsabilicen del desempeño del programa, ya que actualmente los problemas de gestión a este nivel son las barreras más importantes que impiden el éxito. Al comprobar que la inseguridad es actualmente una de las barreras más críticas que entorpecen la erradicación en el Afganistán y el Pakistán, el grupo puso de relieve la necesidad de elaborar planes y soluciones específicos para los distritos y subdistritos de dichas zonas que se basen en la cultura y los aliados locales y en la naturaleza del conflicto civil. Con respecto al Pakistán, el grupo recomendó también que se monitoree la cobertura alcanzada mediante la campaña de aplicación de la vacuna antipoliomielítica oral a nivel de subdistrito para así poder rectificar la «falta de responsabilización y las interferencias políticas» de los líderes de los distritos locales, especialmente en las zonas con endemividad de Sindh y Baluchistán.²

6. El grupo de evaluación comprobó que la persistencia de la transmisión de poliovirus importados en Angola y el Chad, y posiblemente en la República Democrática del Congo y el Sudán, era el resultado de la aplicación incompleta de las directrices sobre la respuesta a los brotes epidémicos de poliomielitis. El grupo recomendó considerar que el poliovirus se ha vuelto a establecer en esas zonas para reflejar de esta manera el mayor riesgo que estas plantean para la iniciativa de erradicación mundial. Con miras a limitar aún más la propagación internacional de los poliovirus, el grupo de evaluación instó a reforzar la cobertura de la aplicación sistemática de la vacuna antipoliomielítica oral en los distritos vecinos de las zonas afectadas por la poliomielitis y a concentrar las campañas de vacunación en las zonas donde el virus se ha vuelto a introducir y la cobertura de dicha vacunación es deficiente. El grupo recomendó la vacunación de los viajeros en los puestos fronterizos terrestres situados entre paí-

¹ Advisory Committee on Poliomyelitis Eradication: recommendations on the use of bivalent oral poliovirus vaccine types 1 and 3. *Weekly Epidemiological Record*, 2009, **29**(84):289-300.

² Independent evaluation of major barriers to interrupting poliovirus transmission - Executive Summary. 20 October 2009. Se puede consultar en: http://www.polioeradication.org/content/general/Polio_Evaluation_CON.pdf (consultado el 26 de noviembre de 2009).

ses afectados y países exentos de la poliomielitis en el África subsahariana; también apoyó la vacunación de otros viajeros, cuando corresponda, con objeto de reducir aún más el riesgo de propagación internacional, como se ha hecho durante la peregrinación a La Meca (hach).

7. Con el fin de mejorar el apoyo de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis a los países afectados por esta enfermedad, el grupo de evaluación recomendó que se continúen las investigaciones y que los adelantos promisorios (como la vacuna antipoliomielítica oral bivalente) se introduzcan y se amplíen rápidamente a una escala mayor; que el grado de asistencia técnica facilitada por la Iniciativa en los países donde el poliovirus persiste después de haber sido importado se armonice con la prestada a las zonas donde la enfermedad es endémica; y que la labor de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis se vincule más estrechamente con el fortalecimiento de los sistemas de vacunación. El equipo de evaluación recomendó considerar la conveniencia de implantar otros mecanismos para tratar el problema de las entidades locales con un mal rendimiento.

8. Al 17 de noviembre de 2009 se habían notificado en total 1387 casos de poliomielitis en 23 países en lo que iba de año: 1082 correspondían a los cuatro países con endemicidad (el Afganistán, la India, Nigeria y el Pakistán); 122, a los cuatro países donde se ha comprobado o se presume que la transmisión del poliovirus se ha vuelto a establecer (Angola, el Chad, la República Democrática del Congo y el Sudán); y 183, a los otros 15 países de las partes occidental y central de África y el Cuerno de África donde se han producido nuevas importaciones. En Nigeria, las mejoras de la cobertura de la vacuna antipoliomielítica oral dieron por resultado una disminución de 50% del número global de casos de poliomielitis y una disminución de 90% de los casos por el poliovirus de tipo 1 por comparación con 2008. Aunque en la India el número de casos fue semejante al de 2008, las nuevas tácticas introducidas en 2009 disminuyeron tanto la diversidad genética como la extensión geográfica de la distribución de los virus persistentes. En el Pakistán, el número global de casos fue 20% menor que en el mismo periodo de 2008 y muchos se habían producido en las zonas afectadas por la falta de seguridad o estaban vinculados genéticamente con ellos. En el Afganistán, la poliomielitis endémica persistía principalmente en solo 10 distritos del sur, del total de 329 distritos del país. A fines de 2009, a lo largo de tres meses no se había notificado ningún caso nuevo en el Cuerno de África, aunque continuaban los brotes epidémicos en Angola, el Chad y África central y occidental.

9. Los resultados y el impacto del programa de trabajo de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis correspondiente a 2009 fueron examinados por el Grupo de Expertos en Asesoramiento Estratégico sobre Inmunización (SAGE) el 29 de octubre de 2009, y por el Comité Consultivo Especial sobre la Erradicación de la Poliomielitis los días 18 y 19 de noviembre de 2009 con motivo de una reunión especial de consulta con países afectados por la poliomielitis y los asociados del Equipo de Gestión Mundial de la Poliomielitis. El SAGE exhortó a la Iniciativa a examinar rápidamente las conclusiones de la evaluación independiente; también apoyó la propuesta de un programa fortalecido de investigaciones y estuvo de acuerdo en que la vacuna antipoliomielítica oral bivalente era un instrumento nuevo importante. El SAGE recomendó que los indicadores principales de la Iniciativa sean monitoreados a nivel internacional con una supervisión por parte de los altos cargos administrativos influyentes de los organismos aliados y los países afectados por la enfermedad. Por su parte, el Comité Consultivo Especial declaró que los problemas que la Iniciativa había tenido que afrontar en 2009 no deberían eclipsar sus logros significativos, particularmente en Nigeria, la India y el Afganistán. Los participantes en la reunión de consulta del Comité estuvieron de acuerdo en que la Iniciativa debería establecer un nuevo programa de trabajo trienal que se centre en detener la transmisión del poliovirus salvaje a nivel mundial, basado en las conclusiones de la evaluación independiente y preparado mediante una serie de consultas con los países y los asociados.

D. PRONTA FORMACIÓN DE UN MAYOR NÚMERO DE PROFESIONALES DE LA SALUD

10. Diferentes regiones y países han suscrito el compromiso de acrecentar su dotación de personal sanitario, y muchos han instaurado soluciones novedosas. Tanto organizaciones multilaterales y bilaterales como iniciativas especiales, entidades de la sociedad civil y el sector privado y organizaciones de carácter benéfico han señalado también la necesidad de acrecentar el número de profesionales de la salud.

11. La Secretaría está trabajando a escala mundial, regional y nacional para responder a la petición formulada por la Asamblea de la Salud a la Directora General en la mencionada resolución. Como parte de la renovada atención que se viene prestando a la atención primaria de salud, la Secretaría ha definido tres grandes líneas estratégicas: facilitar información estratégica sobre el personal sanitario; fomentar investigaciones de carácter estratégico para mejorar las dotaciones de agentes de salud; y promover soluciones innovadoras a fin de armonizar las políticas y los programas para prestar asistencia sanitaria tanto a las personas, durante toda su vida, como a las comunidades. La Secretaría ha definido tres grandes ámbitos de trabajo: promoción; labor normativa; y desarrollo de capacidades en regiones y países.

12. En lo tocante a la promoción, la OMS ha venido colaborando con las principales partes interesadas con el fin de definir objetivos de ampliación de la dotación de personal sanitario. Por ejemplo, el Organismo Japonés de Cooperación Internacional se ha comprometido a secundar la capacitación de 100 000 nuevos agentes de salud en el África subsahariana, y el Plan de Emergencia del Presidente (de los Estados Unidos de América) para el Alivio del Sida ha suscrito un compromiso parecido para impartir formación a 140 000 nuevos agentes de salud. La OMS ha señalado también la formación de personal sanitario como uno de los ámbitos fundamentales en los que puede invertir el Grupo Especial de Alto Nivel sobre Formas Innovadoras de Financiación de los Sistemas de Salud y ha ayudado a estimar los costos que supondría la ampliación de la dotación de agentes de salud. En 2008, los miembros del G8 reconocieron también la necesidad de incrementar el número de profesionales sanitarios hasta llegar al valor umbral definido por la OMS de 2,3 agentes de salud por cada 1000 personas, idea en la que abundaron de nuevo en su declaración los líderes del G8 en la Cumbre de 2009.¹

13. La OMS y la Alianza Mundial en pro del Personal Sanitario organizaron conjuntamente el primer Foro Mundial sobre Recursos Humanos para la Salud, celebrado en Kampala (Uganda) del 2 al 7 de marzo de 2008, en cuyo transcurso los participantes aprobaron la Declaración de Kampala y Prioridades para la Acción Internacional.²

14. Con arreglo al mandato de la OMS, y en cumplimiento de la resolución WHA57.19 sobre migración internacional de personal sanitario, la Secretaría viene trabajando con los Estados Miembros sobre un código de prácticas de contratación internacional de personal sanitario. A este respecto, los líderes de los países del G8, en la declaración dimanante de la Cumbre de julio de 2009, exhortaron a la OMS a ultimar el código voluntario de prácticas de contratación ética de personal sanitario e invitaron a los países a suscribirlo.

15. La Secretaría ha trabajado con iniciativas sanitarias de ámbito mundial como la Alianza GAVI o el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria para elaborar recomendacio-

¹ http://www.g8italia2009.it/G8/Home/Summit/G8-G8_Layout_locale-1199882116809_Atti.htm.

² <http://www.who.int/workforcealliance/forum/2011/en/index.html>.

nes que ayuden a canalizar el mayor volumen posible de fondos hacia soluciones duraderas y a largo plazo con respecto a la dotación de personal sanitario.¹

16. En colaboración con el ONUSIDA y con el Plan de Emergencia del Presidente para el Alivio del Sida, la OMS ha publicado recomendaciones y directrices de alcance mundial sobre el tema de la delegación de funciones,² que abarcan también la formación de cuadros intermedios y trabajadores comunitarios de salud. Las directrices se han aplicado ya en 15 países del África subsahariana.

17. La OMS y el Plan de Emergencia del Presidente para el Alivio del Sida colaboran en una nueva iniciativa destinada a extender la capacitación en medicina y enfermería y ayudar así a dotar a los países de un contingente duradero de personal sanitario.

18. La Secretaría participa asimismo en las actividades para incrementar el número de parteras y hacer posible con ello el cumplimiento del quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio (Mejorar la salud materna).

19. Trabajando conjuntamente con la Alianza Mundial en pro del Personal Sanitario, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional y otros asociados, la OMS ha definido el Marco de Acción sobre el Personal Sanitario con el objetivo de racionalizar el trabajo en los países y concebir herramientas operativas que éstos puedan utilizar para ampliar su dotación de agentes de salud.

20. La Secretaría presta asistencia técnica a los Estados Miembros para que apliquen las recomendaciones del Grupo Especial sobre Expansión de la Enseñanza y la Formación del Personal de Salud (de la Alianza Mundial en pro del Personal Sanitario), en cuya elaboración participó la OMS.³ Entre las recomendaciones figura la de preparar un plan decenal para formar a un mayor número de profesionales de la salud.

21. La Secretaría ayudó a los países a formular propuestas dirigidas al Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria que incluyeran intervenciones para ampliar la dotación de personal sanitario. El Fondo Mundial destinó a los recursos humanos para la salud un 23% del volumen total de fondos adjudicados entre su segunda y su séptima rondas de convocatoria de solicitudes de ayuda.

22. La Secretaría prestó apoyo a dos redes educativas de África con el propósito de establecer programas académicos centrados en la formación de personal sanitario. Además, la OMS es el moderador principal de un foro en línea en el que más de 500 interlocutores intercambian información sobre la formación de plantillas más amplias de personal de salud.

23. Varios países han ampliado su dotación de personal sanitario con el apoyo técnico de la OMS y sus asociados. Brasil formó y desplegó sobre el terreno a 30 000 equipos de salud familiar, que para 2008 llegaban a un 70% de la población. En los últimos tres años Etiopía ha formado y desplegado

¹ <http://www.who.int/healthsystems/publications/positivesynergiesdocs/en/index.html>

² OMS, Plan de Emergencia del Presidente para el Alivio del Sida, ONUSIDA. *Task shifting: rational redistribution of tasks among health workforce team. Global recommendations and guidelines on task shifting.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008.

³ Organización Mundial de la Salud, Alianza Mundial en pro del Personal Sanitario. *Scaling Up, Saving Lives: summary and recommendations.* Grupo Especial sobre la ampliación de la enseñanza y la formación del personal de salud. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008.

a más de 25 000 extensionistas sanitarios, y otros 6800 están recibiendo formación. Por otro lado, también en Etiopía, el número de matriculaciones en estudios de medicina ha pasado de 200 al año en 2006 a 1500 en 2008, y está en examen una estrategia para impartir una innovadora formación de cuatro años en ciencias médicas. En Malawi, el número de titulados en medicina que salen de los establecimientos de formación pasó de 17 en 2002 a 59 en 2008, el de auxiliares clínicos de 66 a 103, el de asistentes médicos de 0 a 192 y el de enfermeras y parteras de 168 a 322.

E. FORTALECIMIENTO DE LA ENFERMERÍA Y LA PARTERÍA

24. En respuesta a la resolución WHA59.27, la Secretaría, en colaboración con diversos asociados internacionales, regionales y nacionales, está trabajando con los Estados Miembros a nivel regional para fortalecer las capacidades nacionales en materia de enfermería y partería. En este informe se destacan los progresos logrados en las áreas del desarrollo de recursos humanos para la salud, el fortalecimiento de los sistemas de salud en el marco de la atención primaria y la optimización de la contribución de enfermeras y parteras a la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud.

Desarrollo de recursos humanos para salud

25. En colaboración con 45 órganos que representan a profesionales de la salud, la OMS ha elaborado un marco de colaboración interprofesional en enseñanza y ejercicio de la medicina a modo de estrategia para conseguir un personal de salud eficaz. Dicho marco se está aplicando actualmente de forma experimental en dos países de la región del Caribe.

26. En colaboración con diversos asociados y Estados Miembros representativos, en 2008 la Secretaría elaboró un programa mundial de trabajo, respaldado por instrumentos y normas.¹ En consonancia con el programa mundial, un país de cada una de las seis regiones de la OMS está llevando a cabo las siguientes actividades: fortalecimiento de la enseñanza en enfermería y partería, mejora de la prestación de servicios de salud, promoción de entornos de trabajo propicios, creación de capacidad de liderazgo y gestión, y potenciación de las alianzas.

27. La Oficina Regional para el Pacífico Occidental ha elaborado un modelo con 15 indicadores basales para prever las necesidades en materia de recursos humanos para la salud. Cinco países de tres regiones de la OMS están aplicando el modelo como base para planificar su personal sanitario a fin de garantizar unas cifras suficientes de trabajadores de enfermería y partería competentes.

Fortalecimiento de los sistemas de salud en el contexto de la atención primaria

28. Todas las regiones de la OMS han empezado a reorientar los programas de enfermería y partería hacia la renovación de la atención primaria. En 2009, la Oficina Regional para el Mediterráneo Oriental ha apoyado el establecimiento de programas nacionales de enfermería para la salud de la familia. La Oficina Regional para Europa elaborará un informe de evaluación sobre la aplicabilidad de los programas a las actuales necesidades de salud de la población.

¹*Scaling up the capacity of nursing and midwifery services to contribute to the Millennium Development Goals: Programme of Work, 2008-2009.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008.

29. La OMS y diversos asociados clave han abogado por una reforma del marco normativo en apoyo del fortalecimiento de los sistemas de salud. Veinte países de la Región de las Américas están actualizando sus normas de regulación de la enfermería a partir de los resultados de un estudio llevado a cabo por la Oficina Regional para las Américas. En 2009, ocho países francófonos de la Región de África han evaluado las funciones de órganos normativos, y 21 países han elaborado planes nacionales de acción.

30. Se ha publicado un compendio de 38 estudios de casos de modelos exitosos de atención primaria, que abarca 29 países.¹ Las enseñanzas extraídas se utilizarán para fortalecer la función de las enfermeras y parteras como parte de los esfuerzos desplegados para renovar la atención primaria.

Optimización de la contribución de enfermeras y parteras

31. En 2008, el asesoramiento normativo difundido por el Grupo Consultivo Mundial sobre Desarrollo de la Enfermería y la Partería comprendió entre otras cosas el establecimiento de un grupo multidisciplinario de alto nivel sobre la renovación de la atención primaria. La OMS está apoyando técnicamente las actividades del grupo en lo que respecta al examen de las políticas y los modelos de atención de salud conexos.

32. La OMS ha elaborado una estrategia para acelerar las actividades en el área de los recursos humanos para la salud con miras al logro del quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio para 2015. La Oficina Regional para Asia Sudoriental está ayudando a Estados Miembros a reforzar sus planes de estudios y a reformar la formación previa al servicio y en el servicio en materia de salud materno-infantil.

33. Como parte de la colaboración continua entre la Secretaría y diferentes interesados directos, se organizaron dos talleres de creación de capacidad basados en el módulo de formación en prevención y control de infecciones en enfermedades respiratorias agudas;² se publicó además un artículo sobre la contribución de las enfermeras y parteras a la erradicación de la poliomielitis y el control del sarampión;³ y entró en funcionamiento una red Asia-Pacífico sobre preparación y gestión de actividades en casos de desastre en respuesta a la recomendación de la reunión consultiva mundial sobre enfermería y partería celebrada en 2008 en Ginebra.

34. La OMS ha ayudado a 14 países de la Región de las Américas a organizar campañas de vacunación contra la hepatitis B para prevenir la transmisión ocupacional de patógenos transmitidos por la sangre entre el personal de salud, gracias a lo cual se ha vacunado a 500 000 trabajadores sanitarios. Se ha elaborado un nuevo plan de trabajo mundial sobre salud ocupacional para el periodo 2009-2012. Además, se ha llegado a un acuerdo sobre las recomendaciones y las opciones de política para el acceso del personal sanitario a los servicios de VIH y tuberculosis en una reunión consultiva internacional organizada por la OMS (Ginebra, 14-16 de septiembre de 2009).

¹ Now more than ever: the contribution of nurses and midwives to primary health care. A compendium of primary care case studies. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2009 (documento WHO/HRH/HPN/09.2).

² Prevención y control de infección en enfermedades respiratorias agudas con tendencia epidémica y pandémica durante la atención sanitaria: pautas provisionales de la OMS. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2007 (documento WHO/CDS/EPR/2007.6).

³ Nkowane A et al., The role of nurses and midwives in polio eradication and measles control activities: a survey in Sudan and Zambia. *Human Resources for Health*, 2009, 7:78.

Futuras orientaciones para el fortalecimiento de la enfermería y la partería

35. Se está actualizando la publicación *Orientaciones estratégicas para el fortalecimiento de los servicios de enfermería y partería (2002-2008)* a fin de adaptarla a las nuevas prioridades sanitarias mundiales y al Undécimo Programa General de Trabajo, 2006-2015.

36. La OMS seguirá fomentando la inversión en personal de enfermería y partería a todos los niveles, y haciendo esfuerzos para mejorar la colaboración interprofesional con miras al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y la renovación de la atención primaria de salud.

I. CAMBIO CLIMÁTICO Y SALUD

37. En su 124.^a reunión, celebrada en enero de 2009, el Consejo Ejecutivo adoptó la resolución EB124.R5, en la que aprobó el proyecto de plan de trabajo sobre cambio climático y salud de la Secretaría y pidió a la Directora General, entre otras cosas, que aplicara las medidas previstas en dicho plan. En mayo de 2009, la 62.^a Asamblea Mundial de la Salud tomó nota de la resolución y el plan de trabajo. Las actividades pertinentes llevadas a cabo hasta la fecha se presentan a continuación con arreglo a los cuatro objetivos establecidos en el plan.

38. **Promoción de la toma de conciencia.** Se ha preparado un kit completo de material audiovisual (que incluye carteles, muestras de diapositivas, anuncios de servicios públicos, folletos y notas descriptivas) para ayudar a los países y los profesionales de la salud a afrontar y prevenir las repercusiones sanitarias del cambio climático. En colaboración con organizaciones profesionales y no gubernamentales, se ha puesto en marcha una iniciativa basada en la web para catalizar las medidas destinadas a que el sector de la salud sea más ecológico y facilitar el intercambio de experiencias entre los interesados. En mayo de 2009, la OMS y la organización no gubernamental Health Care Without Harm prepararon y publicaron conjuntamente un documento en el que se comienza a definir un marco para analizar el impacto del sector de la salud en el medio ambiente y aportar una respuesta oportuna. Por otra parte, se ha rediseñado y actualizado el sitio web de la OMS sobre el clima y la salud.

39. **Participación en alianzas con otras organizaciones de las Naciones Unidas y sectores distintos del de la salud.** La OMS ha contribuido activamente al mecanismo de la Junta de los jefes ejecutivos del sistema de las Naciones Unidas para la coordinación y a mecanismos conexos. Esto ha hecho que se reconozcan en mayor medida las repercusiones sanitarias del cambio climático en los documentos pertinentes de las Naciones Unidas, como el informe presentado por el Secretario General a la Asamblea General en su sexagésimo cuarto periodo de sesiones sobre el cambio climático y sus posibles repercusiones para la seguridad.¹ La OMS también ha contribuido al proceso de negociación de la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático respaldando la inclusión de una referencia clara al impacto del cambio climático en la salud en el nuevo acuerdo sobre el clima, que está previsto negociar en el 15.º periodo de sesiones de la Conferencia de las Partes en la Convención Marco que se celebrará en Copenhague en diciembre de 2009. La participación de la OMS ha consistido, entre otras cosas, en organizar eventos durante las sesiones preparatorias de la Conferencia, y en la reunión preparatoria celebrada en Bangkok la Organización estudió con diversas Partes en la Convención Marco la mejor manera de reflejar las preocupaciones en materia de salud en el texto del nuevo acuerdo. Asimismo, la OMS tiene el cometido de dirigir un evento sobre la protección de la salud frente al cambio climático durante la serie de sesiones de alto nivel de la citada Conferencia de

¹ Documento A/64/350.

las Partes. La Organización participó también en la Tercera Conferencia Mundial sobre el Clima de la Organización Meteorológica Mundial (OMM), guiando la sesión de trabajo técnica sobre el clima y la salud humana.

40. En respuesta a la iniciativa del Secretario General de las Naciones Unidas de promover un sistema de las Naciones Unidas sin emisiones de carbono, se ha llevado a cabo en la Sede y en otras oficinas de la OMS un análisis completo de la huella de CO₂. La Secretaría está revisando las opciones de política y elaborando un plan de acción para reducir sus emisiones de dióxido de carbono.

41. **Promoción y respaldo de la generación de pruebas científicas.** La OMS ha publicado los resultados de una consulta mundial destinada a definir una agenda de investigaciones aplicadas en este terreno. También se ha puesto en marcha un proyecto de colaboración internacional para mejorar las estimaciones relativas a la carga mundial de morbilidad atribuible al cambio climático. En noviembre de 2009, un consorcio internacional, del que forma parte la OMS, publicará una primera evaluación de las repercusiones sanitarias de las medidas para reducir las emisiones de gases de efecto invernadero. Un ejemplo de esos resultados, en su mayoría positivos, sería la disminución del impacto de la contaminación del aire en la salud.

42. **Fortalecimiento de los sistemas de salud para proteger a las poblaciones de las amenazas que plantea el cambio climático.** Las actividades en apoyo de este objetivo se están integrando en los marcos normativos regionales pertinentes, como la Declaración de Libreville sobre la salud y el medio ambiente en África (2008).

43. La Oficina Regional para las Américas ha actualizado las directrices para evaluar las amenazas que plantea el cambio climático para la salud de las poblaciones locales y elegir las medidas de adaptación necesarias; esas directrices se están aplicando a título experimental en varios países. En agosto de 2009, la Oficina Regional para Asia Sudoriental organizó una serie de conferencias para ofrecer capacitación sobre el cambio climático y la salud. En septiembre de 2009 se celebró una reunión técnica sobre la mejora de los sistemas de alerta temprana en apoyo de la lucha contra el paludismo. Durante 2009, la OMS y gobiernos nacionales han organizado conjuntamente talleres de fomento de la capacidad en Albania, Bhután, la ex República Yugoslava de Macedonia, la Federación de Rusia, Maldivas, Omán y Uzbekistán.

44. La OMS ha iniciado proyectos nacionales sobre el cambio climático y la salud en siete países de Europa oriental (con el apoyo del Gobierno de Alemania), en China y en Jordania (con el apoyo del Gobierno de España). De aquí a finales de 2009 está previsto recibir ayuda financiera del Fondo para el Medio Ambiente Mundial para un proyecto mundial que se llevará a cabo en colaboración con el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) en otros siete países.

45. El presente informe se refiere a las actividades realizadas durante un año en cumplimiento de la resolución WHA61.19. Sin embargo, el Consejo Ejecutivo quizá desee considerar la posibilidad de establecer un ciclo bienal de presentación de informes, como se sugirió durante el debate sobre esta cuestión celebrado en la 62.^a Asamblea Mundial de la Salud, en mayo de 2009.¹

¹ Véase el documento WHA62/2009/REC/3, acta resumida de la séptima sesión.

J. ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD, INCLUIDO EL FORTALECIMIENTO DE LOS SISTEMAS DE SALUD

46. En el presente informe se resumen los progresos logrados en el apoyo a la planificación para la renovación de la atención primaria de salud mediante la participación de la sede de la OMS y sus oficinas regionales y en los países.

47. Cada región ha dado a conocer muchos casos de países que han emprendido reformas, con frecuencia integrales, encaminadas a renovar la atención primaria de salud en las que la cobertura universal y la atención primaria centrada en las personas ocupan un lugar destacado. Las conclusiones de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud están conformando las iniciativas para establecer la acción multisectorial como una característica central. Estos son los temas recurrentes:

- avanzar hacia la cobertura universal mediante esfuerzos encaminados a ampliar la oferta de servicios, eliminar las barreras al acceso y ampliar la protección sanitaria social mediante mecanismos de pago anticipado mancomunados;
- transformar la prestación convencional de asistencia sanitaria en redes de atención primaria centradas en las personas, con menciones frecuentes del carácter abarcador, la integración y la continuidad de la atención y la redistribución de las funciones entre los equipos de atención primaria cercanos a los usuarios y los hospitales;
- aumentar la conciencia acerca de las desigualdades sanitarias, reforzar la capacidad para las intervenciones y respuestas rápidas de salud pública, e introducir el enfoque de inclusión de la salud en todas las políticas;
- entablar un diálogo de políticas en torno a las estrategias nacionales generales para el desarrollo sanitario, y pugnar por lograr el consenso político en torno a las responsabilidades y el grado de implicación del Estado en el sector de la salud, con participación e involucramiento de la sociedad civil.

48. Cada región está trazando planes para apoyar la renovación de la atención primaria de salud. En la Región de África dichos planes se guían por la Declaración de Uagadugú sobre la atención primaria de salud y los sistemas de salud en África (2008); en la Región de las Américas, por el Plan estratégico de la Oficina Sanitaria Panamericana para el periodo 2008-2012, modificado; en la Región de Europa, por la Carta de Tallin: sistemas sanitarios para la salud y la riqueza (27 de junio de 2008); en la Región de Asia Sudoriental, por el marco estratégico elaborado por la Reunión Regional sobre Reforma de la Asistencia Sanitaria (Bangkok, del 20 al 22 de octubre de 2009); y en la Región del Mediterráneo Oriental por la Carta y Declaración de Doha sobre Atención Primaria de Salud (noviembre de 2008). La Región del Pacífico Occidental comenzó a planificar su labor, que se centra principalmente en la cobertura universal, en la Reunión sobre la Acción de la OMS en materia de Atención Primaria de Salud y Fortalecimiento de los Sistemas de Salud, celebrada entre países (Manila, 14 y 15 de abril de 2009). Grupos especiales y grupos de trabajo técnicos a escala regional brindan supervisión y asesoramiento para transformar los compromisos en documentos de estrategia de cooperación en los países y en elementos de la planificación del bienio 2010-2011.

49. Con el fin de velar por que todas las iniciativas institucionales a todos los niveles de la Organización contribuyan a la renovación de la atención primaria de salud, la Secretaría ha empezado a facilitar apoyo a los Estados Miembros:

- iniciando procesos de formulación de estrategias y planes nacionales de salud que respondan a los problemas sanitarios, las dificultades y las expectativas del sistema sanitario del país para la renovación de la atención primaria de salud;
- creando arreglos institucionales y de gestión para ejecutar estas estrategias y planes;
- usando estas estrategias y planes nacionales para negociar la consecución de recursos suficientes con las partes interesadas a escala nacional y mundial.

50. En concordancia con lo anterior, la OMS está priorizando de nuevo su trabajo y:

- ha empezado a vincular todos sus programas y estrategias de cooperación en los países con la formulación de los planes y estrategias nacionales;
- está empezando a formular un plan plurianual a nivel de toda la Organización para reforzar su capacidad de apoyar el diálogo de políticas, a nivel de los países y mundial, sobre la renovación de la atención primaria de salud;
- ha empezado a utilizar la preparación del *Informe sobre la salud en el mundo 2010*, sobre la financiación de la cobertura universal, y otras iniciativas institucionales como un medio para abordar cuestiones que anteriormente no habían recibido suficiente atención, como la inversión en la infraestructura de asistencia sanitaria, en particular los hospitales, y la inclusión de la sociedad civil en el diálogo de políticas sobre las estrategias y planes sanitarios nacionales;
- está trabajando con miras a crear un comité asesor técnico en atención primaria de salud y fortalecimiento de los sistemas de salud;
- ha intensificado sus esfuerzos para armonizar las intervenciones de alcance mundial con los planes nacionales de salud mediante, entre otras medidas: la provisión, junto con el Banco Mundial, de servicios de secretaría a la Alianza Sanitaria Internacional; la facilitación de las tentativas del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, la Alianza GAVI y el Banco Mundial para avanzar hacia unos mecanismos de financiación más armonizados; y la intensificación de la colaboración con los asociados, en particular el UNICEF.

= = =