
Monitoreo del logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud

Informe de la Secretaría

1. El año fijado para lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) es 2015. La opinión general considera que el concepto de los Objetivos ha dado buen resultado. No cabe duda de que han tenido más influencia y han logrado un reconocimiento público más amplio que cualquier otro intento de fijación de metas internacionales en la esfera del desarrollo. Durante su periodo de vigencia, de 2000 a 2015, en particular durante el decenio inicial, se ha constatado asimismo un importante aumento de la financiación del desarrollo, en particular de los fondos destinados a la salud: la asistencia para el desarrollo destinada a la salud se multiplicó por más de tres entre 2000 y 2013, a la vez que crecían de forma destacada los recursos financieros de procedencia nacional.
2. Su éxito suele atribuirse a que han galvanizado una actuación concertada en torno a un número reducido de objetivos sujetos a un calendario, mensurables y fáciles de comunicar. Criticados por pasar por alto muchos aspectos del desarrollo (en buena medida el crecimiento económico sostenible y el fortalecimiento de los sistemas de salud) y centrarse en el monto del logro en lugar de en su equidad, las metas de los Objetivos han gozado, no obstante, de amplia aceptación como instrumento de medida de los progresos realizados en el mundo en desarrollo.
3. Es objeto de debate el grado en que los destacados progresos realizados en materia de resultados sanitarios durante los últimos 15 años, y el aumento de los recursos que los han hecho posible, se puede atribuir directamente a la mera existencia de los Objetivos.¹ No obstante, los logros han sido importantes. A escala mundial, se han alcanzado las metas de los Objetivos respecto del VIH, la tuberculosis y el paludismo. La mortalidad en la niñez ha disminuido un 53% y la mortalidad materna un 44%. Aunque las cifras están lejos de las disminuciones en dos tercios y tres cuartos a que se aspiraba, no dejan de ser motivo de satisfacción.²
4. Es difícil aislar efectos causales concretos, pero parece razonable suponer que la intensidad con que se ha centrado la atención (y las inversiones) ha sido un elemento impulsor decisivo de la innovación y ha posibilitado la ampliación de intervenciones nuevas, como en el caso de los tratamientos an-

¹ Véase, por ejemplo: Kenny C, Sumner A. 2011. More money or more development: what have the MDGs achieved? CGD Working Paper 278. Washington, D.C.: Centre for Global Development. <http://www.cgdev.org/content/publications/detail/1425806> (consultado el 17 de diciembre de 2015).

² Se puede consultar una exposición más pormenorizada de los logros en: OMS. Health in 2015: from MDGs to SDGs. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2015 (<http://www.who.int/gho/publications/mdgs-sdgs/en/>, consultado el 17 de diciembre de 2015).

tirretrovíricos, los mosquiteros tratados con insecticidas de larga duración, los tratamientos combinados basados en la artemisinina, las vacunas contra la neumonía y las enfermedades diarreicas, y la obtención de pruebas nuevas y mejores para el diagnóstico de muchas enfermedades.

5. Se puede alegar también que sin la influencia de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en el fomento de la medición, y el desarrollo de los sistemas de monitoreo, el mundo no estaría en condiciones de realizar un seguimiento de los progresos con la confianza con que es posible hacerlo hoy día. Además, el énfasis puesto en la medición ha alentado a los dirigentes políticos de varios países a comprometerse públicamente con el logro de metas concretas en esferas tales como la mortalidad materna y la mortalidad en la niñez. Esos compromisos no solo presionan a los ministerios de salud sino que también facilitan a la sociedad civil, los parlamentarios y los medios de comunicación un modo de responsabilizar a los proveedores de salud acerca de su desempeño.

6. Más allá del sector de la salud, los determinantes de la salud, más amplios, han mostrado mejoras similares. La pobreza extrema, medida por el número de personas que viven con menos de US\$ 1,25 al día, se ha reducido a menos de la mitad. La proporción de personas desnutridas ha disminuido de forma importante en los países en desarrollo. La tasa de escolarización en la enseñanza primaria, para muchachas y muchachos por igual, ha superado el 90%, y en 2015 el 91% de la población mundial disponía de una fuente mejorada de agua potable.

7. Quedan varias metas respecto de las cuales los progresos realizados hacia su consecución han sido limitados (por ejemplo, el uso de la planificación familiar y el saneamiento mejorado) y persiste una «agenda inconclusa» de trabajos relativos a los actuales Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud que hay que llevar a término. También es evidente que los progresos realizados son muy diversos dentro de los países y entre diferentes países. Esta agenda inconclusa de los Objetivos de Desarrollo del Milenio se plasma en los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible¹ y se ha ampliado para que abarque metas nuevas y más ambiciosas tales como la de dar fin a la epidemia de VIH, tuberculosis y paludismo y a la totalidad de las muertes prevenibles de madres y niños, haciendo más hincapié en la equidad.

8. En el presente informe se resume la situación de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud y sus metas específicas.² También se destacan los distintos objetivos y metas y se describe la situación respecto de la reducción de la mortalidad en la niñez mediante la prevención y el tratamiento de la neumonía, como se pide en la resolución WHA63.24 (Acelerar los progresos hacia el logro del Objetivo de Desarrollo del Milenio 4 para reducir la mortalidad en la niñez: prevención y tratamiento de la neumonía, 2010); la prevención y la reducción de la mortalidad perinatal y neonatal (resolución WHA64.13, Hacia la reducción de la mortalidad perinatal y neonatal, 2011); la prevención y el tratamiento de los defectos congénitos (resolución WHA63.17, Defectos congénitos, 2010); y el logro de la cobertura universal en la atención de la salud materna, del recién nacido y del niño (resolución WHA58.31, Hacia la cobertura universal en las intervenciones de salud materna, del recién nacido y del niño, 2005).

¹ Resolución 70/1 de la Asamblea General de las Naciones Unidas – Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, véase http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&referer=/english/&Lang=S (consultado el 17 de diciembre de 2015).

² Se puede consultar una lista de las metas específicas y los datos estadísticos conexos en el Observatorio mundial de la salud de la OMS: http://www.who.int/gho/es/_y http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/es/ (consultado el 17 de diciembre de 2015). Para una descripción y un panorama general más completos del objetivo y las metas no mencionadas en el presente informe, véase el Informe de 2015 de las Naciones Unidas sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio en http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/2015/mdg-report-2015_spanish.pdf (consultado el 17 de diciembre de 2015).

Objetivo 1 (Erradicar la pobreza extrema y el hambre), meta 1.C: Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, la proporción de personas que padecen hambre

9. Entre 1990 y 2015, la proporción de niños con insuficiencia ponderal disminuyó del 25% al 14%, y el número de niños con retraso en el crecimiento se redujo a nivel mundial de 254 millones a 156 millones, esto es, un 39%.

Objetivo 4 (Reducir la mortalidad de los niños menores de cinco años), meta 4.A: Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la tasa de mortalidad de los niños menores de cinco años

10. En todo el mundo se han hecho progresos considerables en la reducción de la mortalidad de los menores de cinco años. Entre 1990 y 2015, la mortalidad de niños menores de cinco años se redujo en un 53%, desde una tasa estimada de 91 muertes por 1000 nacidos vivos hasta 43 muertes por 1000 nacidos vivos. La tasa de reducción mundial se ha acelerado enormemente, desde el 1,8% anual entre 1990 y 2000 hasta el 3,9% anual entre 2000 y 2015. En 2015 murieron diariamente unos 19 000 niños menos que en 1990. Pese a los indudables progresos, estos han sido insuficientes para alcanzar en 2015 la meta de reducir en dos terceras partes la mortalidad registrada en 1990.

11. El número total de muertes neonatales disminuyó de 5,1 millones en 1990 a 2,7 millones en 2015. La tasa de mortalidad neonatal por 1000 nacidos vivos disminuyó de 36 a 19 en ese mismo periodo, lo que supone una reducción del 47%. El descenso es más moderado que el de la mortalidad en la niñez en su conjunto, y la proporción de defunciones de menores de cinco años que se registran en el periodo neonatal aumentó del 40% en 1990 al 45% en 2015. Las principales causas de mortalidad entre los menores de cinco años son la prematuridad (18%), las infecciones respiratorias agudas (16%), las complicaciones relacionadas con el parto (12%), la diarrea (9%), el paludismo (7%) y las anomalías congénitas (8%). La desnutrición contribuye aproximadamente al 45% de todas las muertes de niños menores de cinco años.¹

12. En 2014, la cobertura mundial de la vacunación contra el sarampión fue del 85% entre los niños de 12 a 23 meses, y un número mayor de países lograron altos niveles de cobertura de vacunación; el 63% de los Estados Miembros alcanzaron una cobertura de al menos el 90%, en comparación con tan solo el 44% de los Estados Miembros en 2000. Se calcula que, entre 2000 y 2015, el total mundial de muertes por sarampión de niños menores de cinco años disminuyó más del 75%.

13. En 2014, la Asamblea de la Salud refrendó en su resolución WHA67.10 el plan de acción sobre la salud del recién nacido, en el que se establece una hoja de ruta de intervenciones estratégicas para prevenir la mortalidad del recién nacido y que contribuirá también a reducir la mortalidad materna y la mortinatalidad. Posteriormente, varios países han elaborado planes nacionales nuevos o mejorados de salud del recién nacido. A nivel mundial, se ha puesto en marcha un mecanismo de coordinación para potenciar la aplicación, el monitoreo y evaluación, y la promoción en los países.²

¹ Black RE, Victora CG, Walker SP, Bhutta ZA Christian P, de Onis M et al. Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. *Lancet*, 2013;382:427-51.

² En el documento A68/36, sección H, figuran más detalles al respecto (disponible en http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68/A68_36-sp.pdf, consultado el 18 de diciembre de 2015).

14. El Plan de Acción Integrado para la Prevención y la Lucha contra la Neumonía y la Diarrea¹ se centra en dos de las principales causas de mortalidad de los menores de cinco años, que en conjunto son responsables del 24% de todas las muertes de niños de ese grupo de edad.² Tras su presentación en abril de 2013, varios países han incorporado los objetivos estratégicos del plan a estrategias y planes de aplicación nacionales y subnacionales sobre salud infantil. La renovación de los compromisos para poner fin en 2030 a la mortalidad prevenible supuso un estímulo adicional para que los países elaboraran planes de acción pormenorizados contra las enfermedades diarreicas y la neumonía y utilizaran el proceso para encontrar sinergias y complementariedades entre los programas relativos a la salud del niño, tales como los de inmunización y nutrición, y los relativos al agua, el saneamiento y la higiene. En muchos países, la introducción de nuevas vacunas, como las vacunas contra rotavirus y la vacuna antineumocócica, se ha aprovechado para fomentar un programa más amplio en materia de salud infantil, por ejemplo mediante la concienciación acerca de la búsqueda de atención y tratamiento para la neumonía y la diarrea y la promoción de la nutrición y las intervenciones en materia de agua potable y saneamiento. En el informe mundial sobre agua, saneamiento e higiene en los establecimientos de atención de salud, publicado en 2015, se destaca la importancia de la aplicación de medidas coordinadas para asegurar la calidad de la atención en los centros de salud.³

Objetivo 5 (Mejorar la salud materna), meta 5.A: Reducir en tres cuartas partes, entre 1990 y 2015, la razón de mortalidad materna

15. Si bien el número de mujeres que mueren por complicaciones del embarazo o el parto se ha reducido en un 44%, en 2015 se habrán registrado 303 000 defunciones. La disminución ha sido notable, pero está muy por debajo de la meta fijada. La tasa mundial de reducción de la razón de mortalidad materna también se aceleró en el último decenio, aumentando del 1,2% en 1990-2000 al 3,0% en 2000-2015. Las reducciones se han visto impulsadas principalmente por las Regiones de Asia Sudoriental y del Pacífico Occidental, en las que se han registrado variaciones de más del 60% entre 1990 y 2015. Las causas principales de la mortalidad materna siguen siendo las obstétricas directas, sobre todo las hemorragias (27%), la hipertensión gestacional (14%) y las septicemias (11%). No obstante, las muertes durante el embarazo se deben cada vez más a otras afecciones médicas. Más de una de cada cuatro muertes maternas están provocadas por afecciones médicas que pueden agravarse durante el embarazo, como la diabetes, la infección por el VIH, el paludismo, las enfermedades cardíacas y la obesidad.⁴

16. La OMS y sus asociados han elaborado los elementos de una iniciativa para poner fin a la mortalidad materna prevenible después de 2015, previa consulta con los Estados Miembros y las partes

¹ UNICEF/OMS. Ending preventable deaths: Global action plan for prevention and control of pneumonia and diarrhoea. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2013, en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79200/1/9789241505239_eng.pdf?ua=1 (consultado el 18 de diciembre de 2015).

² Global health estimates: deaths by cause, age and sex 2000–2012. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015 (disponible en http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html) y Liu L et al. Global, regional, and national causes of child mortality in 2000–13, with projections to inform post-2015 priorities: an updated systematic analysis, *Lancet*, 2015, 385:430-440, DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61698-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61698-6) ([http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(14\)61698-6/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(14)61698-6/abstract), consultado el 18 de diciembre de 2015).

³ OMS, UNICEF Water, sanitation and hygiene in health care facilities: status in low- and middle-income countries and way forward. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2015 http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/154588/1/9789241508476_eng.pdf (consultado el 18 de diciembre de 2015).

⁴ Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller AB, Daniels J, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *Lancet Global Health*. 2014; 2(6):323-33.

interesadas del sector público.¹ Se publicó una declaración de consenso en la que se exponían los resultados, los objetivos y las metas.² Entre ellas, se fijaba la siguiente meta mundial promedio: que la razón de mortalidad materna sea inferior a 70 muertes por 100 000 nacidos vivos de aquí a 2030, y que ningún país presente una razón de mortalidad materna superior al doble de la media mundial. Reconociendo las sinergias de los planteamientos necesarios para poner fin a la mortalidad materna y del recién nacido, la comunidad mundial trabaja en la definición de objetivos estratégicos y medidas comunes. En concreto, la OMS encabeza una acción mundial para elaborar normas de calidad de la atención materna y del recién nacido, acompañadas de orientaciones para su aplicación, así como un marco de medición para evaluar los progresos realizados en la reducción de la mortalidad materna y del recién nacido a escala mundial y en los países.

Objetivo 5, meta 5.B: Lograr, para 2015, el acceso universal a la salud reproductiva

17. Para reducir la mortalidad materna y mejorar la salud materna, las mujeres tienen que poder acceder a intervenciones eficaces y a una atención de la salud reproductiva de buena calidad. En muchos Estados Miembros se han puesto en marcha planes para aumentar el acceso a intervenciones eficaces. La prevalencia del uso de métodos anticonceptivos modernos aumentó del 48% al 58% entre 1990 y 2015 entre las mujeres de 15 a 49 años de edad, casadas o que vivían en pareja, pero un 24% de estas, aun deseando dejar de tener hijos o tenerlos más tarde, no utilizaban métodos anticonceptivos modernos. La proporción de mujeres que recibieron atención prenatal una vez durante el embarazo fue alta (88%), pero si se considera el mínimo recomendado, que es de cuatro consultas, el porcentaje disminuye hasta un decepcionante 64%. El porcentaje de partos atendidos por personal de salud competente es del 54% en la Región de África (que registra la mayor razón de mortalidad materna), pero algunos estudios recientes están empezando a evidenciar mejoras en varios países.

18. Alrededor de 16 millones de adolescentes dan a luz cada año. Los embarazos en las adolescentes tienen efectos adversos que también se extienden a la salud de los lactantes; por ejemplo, van asociados a una mayor incidencia de la insuficiencia ponderal. En respuesta a la recomendación de centrarse más en la salud de los adolescentes formulada en 2013 por el Grupo de Examen de Expertos independientes en información y rendición de cuentas sobre la salud de la mujer y del niño, y como seguimiento a la resolución WHA64.28 de 2011 sobre los jóvenes y los riesgos sanitarios, la OMS presentó el informe «Health for the world's adolescents» en la 67.^a Asamblea Mundial de la Salud.³ El informe es un recurso en línea en el que se ofrecen datos regionales y nacionales sobre la salud de los adolescentes, se incluyen enlaces a todas las orientaciones de la OMS relativas al espectro completo de cuestiones sanitarias relacionadas con los adolescentes, y se explora la cobertura sanitaria universal para los adolescentes. Para acelerar la acción en los países, la Secretaría propone que se elabore un marco mundial que sirva de base para planes nacionales coherentes y permita armonizar las aportaciones a la aplicación hechas por las partes interesadas pertinentes.⁴

¹ Véase *Strategies toward ending preventable maternal mortality*, http://who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/epmm/en/ (consultado el 18 de diciembre de 2015).

² OMS. *Targets and strategies toward ending preventable maternal mortality: consensus statement* en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/130776/1/WHO_RHR_14.21_eng.pdf?ua=1&ua=1 (consultado el 18 de diciembre de 2015).

³ OMS. *Health for the world's adolescents: A second chance in the second decade*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud; 2014, disponible en: <http://apps.who.int/adolescent/second-decade/> (consultado el 18 de diciembre de 2015).

⁴ Como se expone en el documento A68/15, del que tomó nota la Comisión A de la 68.^a Asamblea Mundial de la Salud en sus sesiones décima y undécima (sección 3) (véase http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68-A-B-PSR/A68_APSR11-en.pdf, consultado el 18 de diciembre de 2015).

19. La OMS proporciona orientaciones normativas y apoyo a los países para que aceleren los progresos hacia el acceso universal a la salud reproductiva. Se trata, por ejemplo, de directrices para la prevención del embarazo precoz y los resultados reproductivos adversos en adolescentes de los países en desarrollo,¹ directrices para promover un planteamiento de los programas de planificación familiar basado en los derechos humanos,² y reseñas de políticas sobre los principales temas de salud reproductiva.³

20. La atención de salud durante el parto e inmediatamente después es crucial para prevenir y tratar dolencias que son causa de muerte materna y neonatal. Las directrices actualizadas y basadas en datos científicos para los trabajadores sanitarios publicadas por la OMS abarcan muchas esferas, como los nacimientos prematuros, la aceleración del parto, la inducción del parto, y la prevención y el tratamiento de las principales afecciones maternas, perinatales y neonatales. La OMS ha brindado apoyo para la realización de importantes investigaciones en las siguientes esferas: la eficacia del tratamiento simplificado de los posibles casos de septicemia neonatal en entornos donde no es posible la derivación a un especialista; la eficacia de las intervenciones más novedosas para reducir la mortalidad neonatal; el efecto de la iniciación temprana de la lactancia materna sobre la mortalidad, independientemente de su efecto sobre el aumento de la lactancia materna exclusiva; la administración prenatal de corticosteroides en entornos de ingresos bajos y medianos; y el uso a nivel mundial de intervenciones de salud materna y neonatal. Las investigaciones coordinadas por la OMS siguen mejorando el monitoreo del parto con el fin de mejorar los resultados obstétricos, ampliar las intervenciones (como el método «madre canguro»), mejorar la gestión de las intervenciones para tratar afecciones neonatales graves, y promover la gestión comunitaria de los casos de neumonía y diarrea y la gestión en el hogar de los casos de malnutrición aguda grave.

21. En 2015, que ha sido el cuarto y último año de aplicación de las recomendaciones de la Comisión de las Naciones Unidas sobre la Información y la Rendición de Cuentas para la Salud de la Mujer y el Niño, han proseguido las actuaciones a escala de país en esferas de interés fundamental, y 17 países han pasado a la segunda ronda de financiación específica. En 68 de los 75 países objeto de atención preferente se están estableciendo marcos nacionales de rendición de cuentas por conducto de fondos catalíticos destinados a respaldar la aplicación de las recomendaciones de la Comisión; en 55 se han llevado a cabo exámenes de la mortalidad materna en función de los establecimientos, y en 30 sobre una base comunitaria; en 33 países se han ultimado las cuentas nacionales de salud correspondientes al menos a un año; la sociedad civil, los parlamentos y los medios de comunicación de 21 países participan en el seguimiento del presupuesto; y los parlamentos de 30 países han adoptado disposiciones legislativas destinadas a las mujeres y los niños, en particular un aumento de las asignaciones presupuestarias.

22. Este año, por primera vez, los miembros del Comité de Asistencia para el Desarrollo, de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, han utilizado un nuevo marcador normativo para mejorar la captura de datos sobre la asistencia destinada a respaldar la salud reproductiva, materna,

¹ WHO guidelines on preventing early pregnancy and poor reproductive health outcomes among adolescents in developing countries. Ginebra, Organización Mundial de la Salud; 2011 (http://www.who.int/immunization/hpv/target/preventing_early_pregnancy_and_poor_reproductive_outcomes_who_2006.pdf, consultado el 18 de diciembre de 2015).

² Para más información sobre las directrices véase: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/human-rights-contraception/es/ (consultado el 18 de diciembre de 2015).

³ Véase http://www.who.int/reproductivehealth/topics/family_planning/policybriefs/en/index.html (consultado el 18 de diciembre de 2015).

del recién nacido y del niño. El grado de notificación fue bajo durante la primera ronda, pero se prevé que el uso del marcador proporcione resultados más completos en las rondas subsiguientes.

23. El Mecanismo de Financiación Mundial, auspiciado por el Banco Mundial, ha resultado ser un importante vehículo para armonizar las inversiones en los registros civiles y las estadísticas demográficas, así como otras prioridades futuras relativas a la rendición de cuentas. El Gobierno del Canadá ha comprometido Can\$ 100 millones en la mejora de los registros civiles y los sistemas de estadísticas demográficas por conducto del Mecanismo de Financiación Mundial y en apoyo de la iniciativa «Todas las mujeres, todos los niños».

24. En septiembre de 2015, en un evento paralelo a la Asamblea General de las Naciones Unidas, en Nueva York, el Grupo de Examen de Expertos Independientes publicó su informe definitivo, titulado «Every woman, every child: Achievements and prospects», en el que se señala que, si bien se han registrado progresos respecto de las 10 recomendaciones originales de la Comisión sobre la Información y la Rendición de Cuentas, en muy pocos casos estas se han aplicado plenamente, por lo que es de esperar que se realicen más progresos con ocasión del próximo marco de rendición de cuentas que acompañará a la subsiguiente Estrategia Mundial (2015-2030).¹ Estas conclusiones, y las recomendaciones del Grupo de Examen de Expertos Independientes para la fase siguiente, se examinaron con más detalle en una reunión de partes interesadas en la rendición de cuentas (Ginebra, 16 y 17 de noviembre de 2015).

25. Al mismo tiempo, la comunidad mundial celebró la puesta en marcha de una nueva Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente, del Secretario General de las Naciones Unidas. La Estrategia Mundial aborda la agenda inconclusa de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud relativos a la mujer y el niño, pero con una ambición mucho mayor para que todas las mujeres, niños y adolescentes puedan disfrutar del más alto grado de salud. Los objetivos de la Estrategia Mundial abarcan 17 metas derivadas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible específicamente pertinentes para la salud de la mujer, el niño y el adolescente. La OMS hará un seguimiento de los progresos realizados hacia la consecución de esas metas en el futuro y proporcionará asistencia técnica a los países para poner en práctica la Estrategia Mundial (véase también el documento EB138/15, sobre el plan operacional para llevar adelante la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente).

Objetivo 6 (Combatir el VIH/sida, el paludismo y otras enfermedades), meta 6.A: Haber detenido y comenzado a reducir, para 2015, la propagación del VIH/sida, y meta 6.B: Lograr, para 2010, el acceso universal al tratamiento del VIH/sida de todas las personas que lo necesiten

26. Se calcula que en 2014 se produjeron 2,0 millones de nuevas infecciones por el VIH, lo que supone una disminución respecto de los 3,1 millones de 2000. Varias intervenciones preventivas están contribuyendo a este descenso, sobre todo la promoción de cambios de conducta y las intervenciones biomédicas.

27. Al final de 2014, unos 14,9 millones de personas recibían tratamiento antirretrovírico en todo el mundo, cuando en el año 2000 lo recibían 690 000 personas. Si bien la cifra representa solo el 40% de los 36,9 millones de personas que, según los cálculos, están infectadas por el VIH, las recomendaciones formuladas en las directrices unificadas de la OMS sobre el uso de los antirretrovíricos, publicadas

¹ Disponible en http://www.who.int/woman_child_accountability/ierg/reports/2015/en/ (consultado el 18 de diciembre de 2015).

en 2013,¹ han hecho que el número de personas infectadas por el VIH que necesitan tratamiento haya aumentado mucho. Por consiguiente, el acceso universal al tratamiento resultará más problemático en el futuro previsible. A mediados de 2015 se había rebasado la meta de poner a 15 millones de personas bajo tratamiento antirretrovírico para 2015 en los países de ingresos bajos y medianos.

28. La disminución del número de nuevas infecciones y el aumento de la disponibilidad del tratamiento antirretrovírico han provocado una reducción de la mortalidad por VIH de 2,0 millones de muertes en 2005 a aproximadamente 1,2 millones en 2014. El número de infectados con el VIH seguirá aumentando, ya que está disminuyendo el número de personas que mueren por causas relacionadas con el sida.

Objetivo 6, meta 6.C: Haber detenido y comenzado a reducir, para 2015, la incidencia de la malaria y otras enfermedades graves

29. La meta referida específicamente a la malaria ya se ha alcanzado a nivel mundial. En lo que se refiere a los progresos realizados a escala de país, se calcula que de los 106 países donde se registraba transmisión del paludismo en 2000, 102 han rebasado la meta de invertir la incidencia de la enfermedad. Se calcula que en 2015 se produjeron en el mundo 214 millones de casos de malaria y 438 000 muertes por esta causa. El aumento de la cobertura de intervenciones como los mosquiteros tratados con insecticidas, la fumigación de interiores con insecticidas de acción residual, la realización de pruebas diagnósticas y los tratamientos eficaces contribuyeron a reducir la incidencia mundial de la malaria en un 37% entre 2000 y 2015, y su mortalidad en un 60%. No obstante, quedan retos importantes por afrontar. En 2013, 278 millones de los 840 millones de personas expuestas al paludismo en el África subsahariana vivían en hogares donde no había siquiera un mosquitero tratado con insecticida; 15 millones de los 35 millones de embarazadas no recibieron tratamiento preventivo; y entre 56 y 69 millones de niños con paludismo no recibieron tratamientos combinados a base de artemisinina.

30. A escala mundial, el número de nuevos casos de tuberculosis disminuyó a un ritmo medio aproximado del 1,5% anual entre 2000 y 2014, lo que indica que se había rebasado la meta consistente en detener y comenzar a reducir la incidencia. Las tasas de incidencia también están disminuyendo en todas las regiones de la OMS, y en 16 de los 22 países con mayor carga. La tasa de mortalidad por tuberculosis disminuyó un 47% entre 1990 y 2015, y la tasa de prevalencia se redujo un 42% en el mismo periodo. A escala mundial, el porcentaje de éxitos terapéuticos se mantiene desde 2005 en niveles altos, de alrededor del 85%, la meta establecida por primera vez en 1991 por la Asamblea Mundial de la Salud en la resolución WHA44.8. La carga de tuberculosis sigue siendo alta: se calcula que hubo 9,6 millones de nuevos casos en 2014, con una cifra de defunciones estimada en 1,5 millones de personas, de las cuales 400 000 eran VIH-positivas.

31. La meta 6.C incluye las enfermedades tropicales desatendidas, que constituyen un grupo de infecciones diversas causadas por diferentes patógenos. Una vez que el número de casos de tripanosomiasis africana notificados ha alcanzado su nivel más bajo en 50 años (menos de 4000 en 2014), la eliminación de la enfermedad como problema de salud pública está prevista para 2020. Con un mínimo histórico de 126 casos en 2014, la dracunculosis está a punto de ser erradicada, y la OMS mantiene su meta de interrumpir su transmisión al final de 2015. En el Chad, Etiopía, Malí y Sudán del Sur siguen produciéndose casos de dracunculosis, y son necesarias soluciones locales inmediatas para resolver los problemas actuales. Se han preparado planes para eliminar la lepra como problema de salud

¹ OMS. Directrices unificadas sobre el uso de los antirretrovirales en el tratamiento y la prevención de la infección por VIH: recomendaciones para un enfoque de salud pública. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/129493/1/9789243505725_spa.pdf, consultado el 18 de diciembre de 2015).

pública en todo el mundo para 2020, y se están haciendo progresos en su aplicación. La eliminación para 2020 de la leishmaniasis visceral como problema de salud pública en el subcontinente indio está en el buen camino, y el número de casos incidentes se ha reducido en más de un 75% desde la puesta en marcha del programa de eliminación en 2005. Desde 2000 se han distribuido más de 5000 millones de tratamientos para detener la propagación de la filariasis linfática, cuya eliminación como problema de salud pública está prevista para 2020. De los 73 países que se sabe que son endémicos, 39 están bien encaminados para alcanzar la meta de la eliminación. Mediante campañas profilácticas, más de 845 millones de personas recibieron en 2014 tratamiento al menos contra una enfermedad. En el caso del dengue (la infección por arbovirus de crecimiento más rápido en todo el mundo) las medidas innovadoras, eficaces y sostenibles de control del vector y de prevención de la enfermedad (entre ellas las vacunas, si se llega a aprobar su comercialización) requieren estrategias y programas nacionales sólidos y bien financiados, así como el apoyo de los asociados de la comunidad mundial de la salud pública con el fin de reducir la morbilidad y la mortalidad para 2020.

Objetivo 7 (Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente), meta 7.C: Reducir a la mitad, para el año 2015, el porcentaje de personas sin acceso sostenible al agua potable y a servicios básicos de saneamiento

32. Las actividades para mejorar el acceso al agua de bebida segura y los servicios básicos de saneamiento corresponden a la meta 7.C, establecida en 2010 en lo tocante al primero de estos factores, que se cuantifica con un indicador sustitutivo: el acceso a fuentes mejoradas de agua de bebida. En 2015 disponía de una fuente mejorada de agua de bebida un 91% de la población, por un 76% en 1990. La cobertura es de al menos el 90% en todas las regiones de la OMS, salvo en la Región de África. Aunque los progresos han sido impresionantes, subsisten disparidades entre regiones, entre zonas urbanas y rurales y entre personas ricas y pobres. Por lo que respecta a los servicios básicos de saneamiento, aunque desde 1990 casi 2100 millones de personas han accedido a instalaciones de saneamiento mejoradas, en 2015 había más de 2400 millones (alrededor de un tercio de la población mundial) que carecían de ellas. No se ha logrado alcanzar la meta fijada para el saneamiento por un margen de 700 millones de personas. El Secretario General de las Naciones Unidas ha exhortado a redoblar esfuerzos para cumplir el capítulo de saneamiento de la meta 7.C. La OMS está decidida a movilizar al sector de la salud para resolver la crisis de saneamiento, labor que pasa por actividades de sensibilización, asistencia técnica y mejor seguimiento a escala mundial.

Objetivo 8 (Fomentar una alianza mundial para el desarrollo), meta 8.E: En cooperación con las empresas farmacéuticas, proporcionar acceso a medicamentos esenciales en los países en desarrollo a precios asequibles

33. La persistente falta de medicamentos en el sector público hace que muchas personas se vean obligadas a acudir al sector privado, donde los precios pueden ser mucho más elevados. Según los datos de 26 encuestas realizadas en países de ingresos bajos y medianos bajos, obtenidos con la metodología estandarizada de la OMS/Acción Salud Internacional, se disponía de medicamentos genéricos en el 58% y el 67% de los establecimientos de salud del sector público y el sector privado, respectivamente. Los precios para el paciente aumentan paralelamente a la riqueza de los países; así, los pacientes que adquirirían medicamentos en el sector público de los países de ingresos bajos pagaban, por término medio, el doble de los precios internacionales de referencia, mientras que en los países de ingresos medianos y medianos bajos pagaban más del triple de esos precios.

INTERVENCIÓN DEL CONSEJO EJECUTIVO

34. Se invita al Consejo a tomar nota del informe.