

## **Informes sobre los progresos realizados**

### **Informe de la Secretaría**

1. El Consejo Ejecutivo en su 134.<sup>a</sup> reunión, celebrada en enero de 2014, tomó nota de los informes sobre los progresos realizados que se presentaron en el documento EB134/53.<sup>1</sup> Varios informes han sido actualizados teniendo en cuenta las observaciones hechas durante los debates del Consejo y las nuevas informaciones obtenidas. En los informes siguientes se indican los párrafos que han sufrido cambios sustanciales.

### **INTERVENCIÓN DE LA ASAMBLEA DE LA SALUD**

2. Se invita a la Asamblea de la Salud a que tome nota de los informes sobre los progresos realizados.

---

<sup>1</sup> Véase el acta resumida de la 134.<sup>a</sup> reunión del Consejo Ejecutivo, decimocuarta sesión, sección 5 (documento EB134/2014/REC/2).

## ÍNDICE

	<b>Página</b>
<b>Enfermedades transmisibles</b>	
A. Estrategia mundial del sector de la salud contra el VIH/sida para 2011-2015 (resolución WHA64.14).....	3
B. Erradicación de la dracunculosis (resolución WHA64.16) .....	5
<b>Enfermedades no transmisibles</b>	
C. Prevención de las lesiones en los niños (resolución WHA64.27) .....	8
<b>Promoción de la salud a lo largo del ciclo de vida</b>	
D. Salud reproductiva: estrategia para acelerar el avance hacia el logro de los objetivos y metas internacionales de desarrollo (resolución WHA57.12) .....	9
E. Mutilación genital femenina (resolución WHA61.16).....	12
F. Los jóvenes y los riesgos sanitarios (resolución WHA64.28) .....	14
G. Aplicación de las recomendaciones de la Comisión de las Naciones Unidas sobre Productos Básicos de Supervivencia para Mujeres y Niños (resolución WHA66.7) .....	16
H. Cambio climático y salud (resolución EB124.R5) .....	17
<b>Sistemas de salud</b>	
I. Estrategia mundial y plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual (resolución WHA61.21) .....	19
J. Disponibilidad, seguridad y calidad de los productos sanguíneos (resolución WHA63.12) .....	23
K. Trasplante de órganos y tejidos humanos (resolución WHA63.22) .....	26
L. Estrategia de la OMS sobre investigaciones en pro de la salud .....	28
<b>Preparación, vigilancia y respuesta</b>	
M. Respuesta de la OMS y función como organismo principal del grupo de acción sanitaria en la atención de las crecientes demandas en materia de salud en las emergencias humanitarias (resolución WHA65.20) .....	30
<b>Servicios corporativos/funciones instrumentales</b>	
N. Multilingüismo: aplicación del plan de acción (resolución WHA61.12) .....	33

## Enfermedades transmisibles

### A. ESTRATEGIA MUNDIAL DEL SECTOR DE LA SALUD CONTRA EL VIH/SIDA PARA 2011-2015 (resolución WHA64.14)

1. En su 134.<sup>a</sup> reunión, el Consejo Ejecutivo tomó nota de este informe sobre los progresos realizados.<sup>1</sup>
2. En su resolución WHA64.14, la Asamblea de la Salud aprobó la Estrategia mundial del sector de la salud contra el VIH/sida para 2011-2015 y pidió a la Directora General que informara sobre los progresos en su aplicación.
3. Desde la puesta en marcha de la estrategia ha disminuido el número de nuevas infecciones por el VIH en los países de ingresos bajos y medianos, que ha pasado de 2,7 millones en 2010 a 2,3 millones en 2012, con lo que la disminución global registrada desde 2001 ha sido del 33%. La ampliación de la cobertura de los servicios de prevención de la transmisión del VIH de la madre al niño ha propiciado que la cifra de nuevas infecciones en los niños disminuyera en 2012 un 36% respecto de 2009. Al final de 2012, en los países de ingresos bajos y medianos recibían tratamiento antirretroviral 9,7 millones de personas, 1,6 millones más que al final de 2011, lo que supone el mayor crecimiento del acceso a la terapia antirretroviral registrado nunca en un solo año y pone al alcance la meta de proporcionar tratamiento a 15 millones de personas para 2015. El acceso al tratamiento antirretroviral ha contribuido a reducir la mortalidad anual relacionada con el sida, que ha pasado de 1,8 millones de personas en 2010 a 1,6 millones en 2012, estimándose en 5,2 millones el número de muertes evitadas entre 1996 y 2012. Asimismo, la ampliación del acceso al tratamiento antirretroviral ha reducido la mortalidad debida a la tuberculosis, y se calcula que el número de vidas salvadas ha pasado de 50 000 en 2005 a 400 000 en 2011. Sin embargo, se han registrado desigualdades entre las regiones, los países y los grupos de población en cuanto a la ampliación de los servicios y la mejora de la calidad de estos.
4. En junio de 2013, la OMS publicó unas directrices refundidas para el uso de medicamentos antirretrovíricos en la prevención y el tratamiento de la infección por el VIH,<sup>2</sup> en las que figuran nuevas recomendaciones sobre lo siguiente: asesoramiento y pruebas de detección del VIH en la comunidad; adelanto del tratamiento antirretroviral; tratamiento de todos los menores de cinco años y todas las embarazadas y mujeres lactantes; armonización de las pautas de tratamiento antirretroviral entre diferentes poblaciones; uso de pautas terapéuticas más simples y seguras; mejora de la monitorización de los pacientes y la delegación de funciones; descentralización del tratamiento y la atención, e integración y vinculación de los servicios. En las directrices se hace hincapié en lo siguiente: mejora de la calidad de las intervenciones y los servicios a lo largo de todo el proceso de atención del VIH, incluida la ampliación del asesoramiento y las pruebas de detección del VIH; vinculación de las personas a las que se ha diagnosticado la infección por VIH con la atención y el tratamiento; maximización del cumplimiento del tratamiento antirretroviral; fidelización en los programas de atención, y prevención y gestión de las principales afecciones comórbidas. La OMS ha realizado talleres en todas las regiones para facilitar la rápida adopción y adaptación de las directrices y está estudiando su impacto en las políticas y prácticas nacionales relacionadas con el uso de los medicamentos antirretrovirales.

---

<sup>1</sup> Véase el acta resumida de la 134.<sup>a</sup> reunión del Consejo Ejecutivo, decimocuarta sesión, sección 5 (documento EB134/2014/REC/2).

<sup>2</sup> *Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection - Recommendations for a public health approach June 2013*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2013.

5. Para que sea eficaz, la respuesta del sector de la salud al VIH se tiene que centrar en las poblaciones y los entornos que presenten un riesgo elevado de transmisión, morbilidad y mortalidad. A menudo, las poblaciones más expuestas, tales como las de consumidores de drogas inyectables, trabajadores del sexo, hombres que tienen relaciones homosexuales, transexuales (especialmente mujeres) y prisioneros, no disponen de servicios de VIH. Por ejemplo, los datos obtenidos en 2011 en 21 países de Europa indican que el 59% de la población que cumple los requisitos para recibir tratamiento antirretroviral ha adquirido el VIH consumiendo drogas inyectables, si bien solo el 21% de quienes reciben tratamiento antirretroviral son consumidores de drogas inyectables.<sup>1</sup> Más adelante en 2014, con el fin de promover la equidad sanitaria y los derechos humanos, la OMS publicará orientaciones consolidadas sobre servicios integrales de salud relacionados con el VIH para esas poblaciones clave. Asimismo, la Organización presta apoyo a los esfuerzos desplegados para llegar a otras poblaciones vulnerables, por ejemplo, preparando dos conjuntos de directrices sobre los servicios de VIH para adolescentes y sobre la prevención de la violencia de género. La OMS ha precalificado un dispositivo de circuncisión masculina con el fin de que aumente la circuncisión masculina de carácter médico encaminada a prevenir la infección por el VIH entre los varones vulnerables de entornos con alta prevalencia.

6. En el *plan mundial para eliminar las nuevas infecciones por VIH en niños para el 2015 y para mantener con vida a sus madres*<sup>2</sup> se propugna un reforzamiento de los vínculos entre los programas sobre el VIH y la salud materna y del niño y la planificación de la familia. En el marco de ese plan mundial, la OMS ha prestado apoyo a los programas antirretrovirales de prevención de la transmisión del VIH de la madre al niño en 22 países con alta prevalencia, habiendo aumentado la cobertura desde un 57% en 2011 al 63% en 2012. Sin embargo, solo el 34% de los niños que cumplían los requisitos para recibir tratamiento antirretroviral en los países que soportan la mayor carga de morbilidad recibieron tratamiento en 2012, cuando entre los adultos en esa situación el porcentaje fue del 68%. La colaboración entre los programas de tuberculosis y de VIH constituye un modelo de planteamiento integrado, como se describe en la política de la OMS sobre actividades en colaboración contra la tuberculosis y la infección por el VIH y las directrices para programas nacionales y otros interesados directos.<sup>3</sup>

7. La OMS centra sus programas sobre el VIH en prioridades emergentes, como la prevención y el manejo de las afecciones comórbidas. Ha facilitado nuevas orientaciones sobre la prevención y el manejo de la infección por el virus de la hepatitis B y el virus de la hepatitis C,<sup>4</sup> en las que se hace hincapié en la coinfección por el virus de la hepatitis y el VIH. Está aumentando la prevalencia de las enfermedades no transmisibles entre las personas con VIH y se necesitan servicios de atención de carácter integrado y que estén adaptados a las afecciones crónicas. Para responder a todo ello, la OMS está evaluando la carga relativa de las enfermedades no transmisibles entre las personas con VIH, a fin de determinar las orientaciones clínicas y programáticas que se precisan para proporcionar una atención integral.

---

<sup>1</sup> *Global update on HIV treatment 2013: Results, impact and opportunities*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2013.

<sup>2</sup> *Plan mundial para eliminar las nuevas infecciones por VIH en niños para el 2015 y para mantener con vida a sus madres*. Ginebra, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA), 2011.

<sup>3</sup> *Política de la OMS sobre actividades de colaboración TB/VIH - Guías para programas nacionales y otros interesados directos*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2012.

<sup>4</sup> *Guidance on prevention of viral hepatitis B and C among people who inject drugs*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2012, y *WHO Guidelines for the Screening, Care and Treatment of Persons with Hepatitis C Infection*, en prensa.

8. La Secretaría seguirá colaborando con los Estados Miembros y los asociados en la supervisión de la aplicación de la Estrategia mundial del sector de la salud contra el VIH/sida para 2011-2015.

## **B. ERRADICACIÓN DE LA DRACUNCULOSIS (resolución WHA64.16)**

9. En cumplimiento de lo dispuesto en la resolución WHA64.16, a continuación se ofrece la información actualizada solicitada sobre los progresos realizados en relación con la erradicación de la dracunculosis. El Consejo Ejecutivo en su 134.<sup>a</sup> reunión tomó nota de una versión anterior del presente informe,<sup>1</sup> que se ha puesto al día con información sobre nuevos casos.

10. La OMS ha certificado la ausencia de transmisión de la dracunculosis en otros cinco países tras la recomendación formulada por la Comisión Internacional para la Certificación de la Erradicación de la Dracunculosis durante su novena reunión (Ginebra, 3-5 de diciembre de 2013); en tres de esos cinco países la enfermedad había sido endémica con anterioridad (Côte d'Ivoire, Níger y Nigeria), mientras que los otros dos (Somalia y Sudáfrica) no presentaban casos recientes de dracunculosis. Hasta la fecha, 197 países, territorios y zonas (en total 185 Estados Miembros) cuentan con la certificación de estar exentos de la transmisión de la dracunculosis. Al 31 de diciembre de 2013, faltaban por certificar nueve Estados Miembros, a saber: cuatro países con endemia (Chad, Etiopía, Malí y Sudán del Sur), tres países en la fase de precertificación (Ghana, Kenya y Sudán) y dos países que no han notificado casos recientes de la enfermedad (Angola y República Democrática del Congo). En la 17.<sup>a</sup> Reunión de Examen de los Programas Nacionales de Erradicación de la Dracunculosis (Uagadugú, 9-12 de abril de 2013) se examinaron los progresos realizados en 2012 y se trazaron planes para 2013. Está previsto que la 18.<sup>a</sup> Reunión de Examen se celebre del 19 al 22 de marzo de 2014 en Addis Abeba. Con ocasión de la 66.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud se celebró una reunión oficiosa de los ministros de salud de los países en los que la dracunculosis es o era endémica con el fin de reforzar el compromiso de lograr la erradicación.

11. Durante 2013, el número de casos nuevos de dracunculosis notificados en todo el mundo disminuyó un 73% hasta 148 casos, por comparación con los 542 casos notificados durante 2012. Los casos ocurrieron en 103 aldeas, mientras que en 2012 afectaron a 272 aldeas. Esto obedeció principalmente a la reducción del 78% en el número de casos nuevos notificados en Sudán del Sur de 521 en 2012 a 113 en 2013. Actualmente la transmisión autóctona está localizada en unas pocas regiones de los países afectados. Sin embargo, el Chad, Etiopía y Malí registraron pequeños aumentos en el número de casos notificados en 2013 en comparación con 2012. En el Sudán, un país en la fase de precertificación, se notificaron tres casos cerca de su frontera con Sudán del Sur.

12. La epidemia de dracunculosis en el **Chad** llegó a su cuarto año con la notificación de 14 casos nuevos durante 2013 en 10 aldeas, ocho de los cuales pudieron contenerse. En cambio, no se logró contener ninguno de los cinco casos notificados en la aldea de Maimou, en el distrito de Sarh. Cinco de las 10 aldeas que notificaron casos en 2013 no disponen de una única fuente mejorada de agua potable. Durante 2012, se notificaron 10 casos, cuatro de los cuales pudieron contenerse. Se ejerció una vigilancia activa en más de 700 aldeas durante 2013 gracias a la ayuda del Centro Carter. En 2012-2013 se descubrieron en perros de la misma zona de riesgo unos gusanos de aspecto indistinguible de los que afectan a los seres humanos; se están llevando a cabo estudios especializados e investigaciones epidemiológicas. La Secretaría ha venido prestando asistencia técnica al Chad para fortalecer la vigilancia de la dracunculosis y dar a conocer en las aldeas que no están sometidas a vigilancia

---

<sup>1</sup> Véase el acta resumida de la 134.<sup>a</sup> reunión del Consejo Ejecutivo, decimocuarta sesión, sección 5 (documento EB134/2014/REC/2).

activa la recompensa en metálico que puede recibirse a cambio de información que lleve a la confirmación de un caso. Sin embargo, hace falta más apoyo para esas actividades y para la contención de casos.

13. En **Etiopía** siguió registrándose una transmisión de poca intensidad en la región de Gambella. Durante 2013, se notificaron siete casos nuevos: cinco casos en el distrito de Abobo, uno en el de Gog y uno en el de Itang, respectivamente, por comparación con los cuatro casos notificados en 2012. Cuatro de los siete casos nuevos pudieron contenerse por comparación con dos de los cuatro casos de 2012. Los casos se notificaron en cinco aldeas: una aldea de cada uno de los distritos de Itang y Gog y tres aldeas del distrito de Abobo. Cinco de los siete casos afectan a residentes de la aldea Terkudi Batpulo en el distrito de Abobo (la aldea de Terkudi Batpulo notificó un caso no contenido en abril de 2012 que se rastreó hasta la aldea de Utuyu, en la que la enfermedad es endémica, en el adyacente distrito de Gog). De los otros dos casos, uno afecta a un residente del campo de refugiados de Pugnido, en el distrito de Gog; el otro correspondía a un paciente que se detectó y notificó en diciembre de 2012, pero a quien le emergió otro gusano en enero de 2013, en la aldea de Umaha, en el distrito de Abobo. De las cinco aldeas que notificaron casos en 2013, una (Terkudi Batpulo) no cuenta con ninguna fuente mejorada de agua potable. Se necesita ayuda para reforzar la vigilancia y dar a conocer el plan de recompensas en metálico que ofrece el Programa Etíope de Erradicación de la Dracunculosis por la notificación voluntaria de casos de esa enfermedad y por cumplir las medidas de contención de los casos, especialmente a lo largo de la frontera con Sudán del Sur. La Secretaría trabaja para vincular la vigilancia de la dracunculosis con las intervenciones en curso a gran escala, como la cartografía de las enfermedades tropicales desatendidas y la distribución de medicamentos en las comunidades. Sin embargo, resulta igualmente necesaria una respuesta robusta y concertada de las autoridades locales para velar por que todos los rumores sean investigados y todos los casos nuevos contenidos.

14. **Malí** es el único país del África occidental donde sigue transmitiéndose la dracunculosis. Durante 2013, en ocho aldeas de cuatro distritos se notificaron 11 casos nuevos: Ansongo (seis casos), Kidal (tres casos), Djenné (un caso) y Gourma-Rharous (un caso). Siete de los casos pudieron contenerse. En 2012, por comparación, se notificaron cuatro casos en tres aldeas de los distritos de Kidal, en la región de Kidal (dos casos), Djenné en la región de Mopti (un caso) y Macina en la región de Segou (un caso). De las ocho aldeas que notificaron casos en 2013, cuatro no disponen de fuentes mejoradas de agua potable. Desde marzo de 2012, los problemas de seguridad en el norte del país han provocado la interrupción del programa nacional de erradicación, aunque algunos órganos de las Naciones Unidas que ofrecen ayuda humanitaria han facilitado una vigilancia intermitente. Con la mejora de la seguridad en 2013 se está fortaleciendo la vigilancia en las regiones de Gao, Timbuktú y Mopti, pero no en la región de Kidal, donde los problemas de seguridad siguen siendo importantes. También se ha intensificado la vigilancia en los campos de refugiados malienses en Burkina Faso, Mauritania y el Níger a fin de evitar que la enfermedad siga propagándose. Como parte de las actividades de vigilancia, la Secretaría ha prestado ayuda técnica y económica para el fortalecimiento de la capacidad del personal sanitario y ha emprendido un plan nacional para informar a la población acerca del plan de recompensas en metálico por la notificación voluntaria de los casos de dracunculosis con el fin de aumentar la sensibilidad del sistema de vigilancia. Con todo, se necesita más apoyo para reinstaurar o aumentar la vigilancia a medida que disminuye la inseguridad, y para dar más publicidad al plan de recompensas.

15. En **Sudán del Sur** se registró el 76% de todos los casos de dracunculosis notificados en 2013. Setenta y nueve aldeas notificaron en total 113 casos nuevos; se logró contener el 67%. Los casos se redujeron en un 78% con respecto a 2012, año en que se notificaron 521 casos. Del número total de casos nuevos notificados en 2013, 77 (68%) se dieron en el distrito de Kapoeta del Este, en el Estado de Ecuatoria Oriental. De las 79 aldeas que notificaron casos durante 2013, 17 (22%) cuentan con una

o más fuentes mejoradas de agua potable. De las 54 aldeas del distrito de Kapoeta del Este que notificaron casos durante 2013, 7 (13%) tienen acceso a fuentes mejoradas de agua potable. La OMS, el UNICEF y el Centro Carter apoyan el programa nacional para interrumpir la transmisión de la enfermedad y proporcionan apoyo técnico para reforzar la vigilancia de la dracunculosis, en particular el fortalecimiento de la capacidad y la supervisión, la investigación de los rumores de casos y la coordinación y educación en materia de salud. Sin embargo, se necesita apoyo para seguir mejorando la contención de casos, sobre todo en las zonas limítrofes con el Sudán, y para reforzar la vigilancia mediante la notificación voluntaria de casos con la introducción de un plan de recompensas. La agitación social actual en Sudán del Sur, que se inició a mediados de diciembre de 2013, podría dificultar la aplicación del programa a causa de la restricción del acceso al personal sanitario y el desplazamiento de la población desde zonas en las que la dracunculosis es endémica a zonas en las que no está presente. La movilización actual del ejército por todo el país podría dar lugar a futuros brotes en zonas que no son endémicas.

16. En 2013 se notificaron tres casos de dracunculosis en la región meridional de Darfur, en el **Sudán**, que limita con el Estado de Bahr El Ghazal Occidental, en Sudán del Sur. Se detectaron dos casos en junio de 2013 durante una campaña de vacunación antipoliomielítica y posteriormente, en septiembre de 2013, se notificó el tercer caso en un miembro de la misma familia en la que se registraron los dos primeros casos. Se confirmó mediante el análisis en laboratorio de las muestras tomadas que el agente causal de los dos casos era *Dracunculus medinensis*. El último caso autóctono en el Sudán se notificó en 2002 y el último importado en 2007. Los residentes de la aldea afectada afirmaron que en 2012 la falta de seguridad de la zona provocó el desplazamiento de habitantes y la contaminación de la fuente de agua de superficie utilizada también por los enfermos. La Secretaría presta ayuda técnica y económica al Sudán para que fortalezca la vigilancia de la dracunculosis mediante el fortalecimiento de la vigilancia y respuesta integradas a la enfermedad, valiéndose de un método de control de casa en casa durante la campaña de vacunación antipoliomielítica y la información a la población acerca del plan de recompensas en metálico por la notificación voluntaria de casos de dracunculosis. Aun así, se necesita más apoyo para fortalecer la vigilancia y divulgar el plan de recompensas, sobre todo en zonas de difícil acceso, como las que limitan con Sudán del Sur y el Chad.

17. La vigilancia apoyada por la OMS continuó en zonas exentas de dracunculosis de los cuatro países restantes con endemia y en los seis que están en la fase de precertificación (tres de los cuales, a saber, Côte d'Ivoire, el Níger y Nigeria, recibieron la certificación de estar exentos de dracunculosis en diciembre de 2013); ello se complementó con un plan de recompensas por la notificación voluntaria de información que llevara a la confirmación de casos de la enfermedad. Además, las encuestas de casa en casa efectuadas durante las jornadas nacionales de vacunación y/o las campañas de distribución a gran escala de medicamentos se aprovecharon para buscar casos de dracunculosis. Los países donde la enfermedad es endémica y los países vecinos que están exentos de la dracunculosis han racionalizado e intensificado el intercambio de información y la vigilancia transfronteriza. Se alienta a los países a que informen sobre el grado de conocimiento que tienen los habitantes acerca de la recompensa en metálico que se ofrece por la notificación voluntaria. El grado de información variaba según el país: Chad (58,5%), Côte d'Ivoire (35%), Etiopía (44%), Ghana (47%), Malí (42%), Níger (77%), Nigeria (63%) y Sudán (21%).

18. Todos los países con endemia y los que están en la fase de precertificación presentaron informes mensuales a la OMS. En los 10 países con endemia o en la fase de precertificación, el 90% de los distritos informaron mensualmente durante 2013. Durante ese año, se notificaron en total 4281 rumores, de los que 3817 (89%) se investigaron en un plazo de 24 horas.

19. De los países que están en la fase posterior a la certificación, presentaron informes trimestrales en 2013 Benin, Burkina Faso, el Camerún, Mauritania, la República Centroafricana, el Senegal y

el Togo. Los países que se hallan en esa etapa deben continuar la vigilancia a través de la población y los sistemas de salud y responder inmediatamente a cualquier caso presunto o rumor. En los países que ya han recibido la certificación se notificaron 59 rumores (42 en Burkina Faso, 2 en Camerún, 1 en Mauritania, 12 en Togo y 2 en Uganda).

## **Enfermedades no transmisibles**

### **C. PREVENCIÓN DE LAS LESIONES EN LOS NIÑOS (resolución WHA64.27)**

20. En su 134.<sup>a</sup> reunión, el Consejo Ejecutivo tomó nota del presente informe sobre los progresos realizados.<sup>1</sup>

21. En su resolución WHA64.27, la Asamblea Mundial de la Salud pedía a la Directora General, entre otras cosas, que prestara apoyo normativo y técnico, contribuyera a la mejora de las capacidades, tanto individuales como institucionales, relacionadas con la prevención y el control de las lesiones en los niños y ayudara a establecer políticas y programas de salud pública científicamente fundamentados para prevenir esas lesiones y atenuar sus consecuencias. Asimismo, le solicitaba que estableciera una red que permitiera la coordinación y realización eficaces de las actividades en materia de prevención de las lesiones en los niños en los países de ingresos bajos y medianos.

22. La OMS efectuó entre los interesados directos un sondeo, a través de medios electrónicos, para conocer su opinión respecto de la creación de una red para la prevención de las lesiones en los niños, seguido de una consulta en la que participaron el UNICEF, asociados técnicos, organizaciones no gubernamentales y autoridades académicas. El proceso de consulta confirmó que se apoya firmemente la conveniencia de una red de esa índole y permitió consensuar tres elementos prioritarios para la misma, a saber: dar mayor visibilidad al problema de las lesiones en los niños, ofrecer un foro para el intercambio de conocimientos técnicos y promover la creación de capacidad. El mandato ya se ha ultimado, y se están estableciendo, a través de un proceso consultivo, los objetivos estratégicos que la red habrá de alcanzar en sus dos primeros años.

23. La creación de capacidades institucionales e individuales ha sido uno de los ejes estratégicos fundamentales. La OMS ha elaborado una serie de recursos formativos específicamente centrados en la prevención de lesiones en los niños, entre otros: un curso de capacitación en línea sobre este particular en el marco del programa de aprendizaje electrónico TEACH-VIP; un nuevo conjunto de lecciones que abordan las lesiones en los niños dentro del programa TEACH-VIP 2, que constituye la versión más reciente de un módulo de capacitación integral actualmente en uso en más de 100 países; y un cursillo de tres días de duración sobre prevención de lesiones en los niños. La atención de urgencia y los servicios de rehabilitación de especial pertinencia para esta cuestión también son tratados con particular atención en otros dos cursillos VIP sobre la prevención de la violencia y las lesiones; en uno de ellos se aborda la planificación y gestión de los sistemas de atención traumatológica y en el otro, la mejora de la calidad de los mismos.

24. Los recursos didácticos mencionados más arriba se centran también en la cuestión de la transferencia de conocimientos. La OMS ha querido priorizar adicionalmente el desarrollo de competencias en la esfera de la prevención de lesiones en los niños a través de MENTOR-VIP, un sistema mundial de tutoría a distancia coordinado por la Secretaría. Dentro de este marco, se han establecido

---

<sup>1</sup> Véase el acta resumida de la 134.<sup>a</sup> reunión del Consejo Ejecutivo, decimocuarta sesión, sección 5 (documento EB134/2014/REC/2).



—en Filipinas, Nigeria, el Pakistán y la República Unida de Tanzania— programas de tutoría en los que se han abordado la programación, la recopilación de datos o la investigación relacionados con las lesiones en los niños.

25. Hasta la fecha, se han celebrado talleres regionales de creación de capacidad centrados en cuestiones relacionadas con las lesiones en los niños en todas las regiones excepto la Región de las Américas. Los talleres en cuestión han hecho especial hincapié en mejorar la base de conocimientos de los enlaces nacionales encargados de las lesiones, las instancias normativas competentes en esta esfera y el personal de las instituciones y organizaciones no gubernamentales pertinentes.

26. Se observan progresos en lo que respecta a la programación y la formulación de políticas basadas en criterios científicos; así por ejemplo, un número pequeño aunque importante de países han adoptado leyes sobre utilización de dispositivos de retención para niños. Es fundamental que más países hagan lo propio y que el cumplimiento de esas leyes mejore a nivel mundial. El *Informe sobre la situación mundial de la seguridad vial 2013*,<sup>1</sup> que llama la atención sobre este particular, ofrece a los Estados Miembros orientación y apoyo para adoptar y aplicar leyes sobre utilización de dispositivos de retención para niños.

27. En lo que atañe a la integración de la prevención de las lesiones en los niños en el marco más amplio de la programación de políticas de salud infantil, destaca la colaboración en la Región del Mediterráneo Oriental de funcionarios de la Sede y la oficina regional, que han ayudado a elaborar un marco estratégico para la prevención de lesiones en niños y adolescentes. La finalidad del citado marco es respaldar los esfuerzos de los ministerios de salud, en colaboración con otros sectores clave, por prevenir las lesiones en los niños y adolescentes y dar cumplimiento a las recomendaciones consignadas en el *Informe mundial sobre prevención de las lesiones en los niños*.<sup>2</sup>

28. De modo análogo, la Oficina Regional para el Pacífico Occidental ha integrado la prevención de las lesiones en los niños dentro de un nuevo enfoque holístico —referido a todas las etapas de la vida— en relación con los recursos para la prestación de servicios de salud primaria, que está aplicando de forma experimental en Filipinas y la República Democrática Popular Lao. En la Región de Asia Sudoriental, funcionarios de la Sede y de la oficina regional han estado apoyando activamente la integración de la prevención de las lesiones en los niños dentro de la programación relacionada con la salud materno-infantil en Sri Lanka, aprovechando la fructífera experiencia con esta medida en Tailandia.

## Promoción de la salud a lo largo del ciclo de vida

### **D. SALUD REPRODUCTIVA: ESTRATEGIA PARA ACELERAR EL AVANCE HACIA EL LOGRO DE LOS OBJETIVOS Y METAS INTERNACIONALES DE DESARROLLO (resolución WHA57.12)**

29. En su 134.<sup>a</sup> reunión, el Consejo tomó nota del presente informe sobre los progresos realizados.<sup>3</sup> Se ha actualizado la información proporcionada en el párrafo 38.

---

<sup>1</sup> *Informe sobre la situación mundial de la seguridad vial: apoyo al decenio de acción*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2013.

<sup>2</sup> *Informe mundial sobre prevención de las lesiones en los niños*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008.

<sup>3</sup> Véase el acta resumida de la 134.<sup>a</sup> reunión del Consejo Ejecutivo, decimocuarta sesión, sección 5, (documento EB134/2014/REC/2).

30. En el marco del apoyo técnico proporcionado a los países para aplicar la estrategia de salud reproductiva, la Secretaría ha colaborado con el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) en su estudio mundial destinado a examinar los progresos en el logro de los objetivos de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo,<sup>1</sup> y participado en las conferencias regionales en que se han examinado los resultados del estudio.

31. El estudio puso de manifiesto que se habían registrado progresos importantes. La mayoría de los 176 países que respondieron informaron de que habían adoptado diversas normas y estrategias para mejorar la salud sexual y reproductiva y reforzar los derechos conexos. Cabe citar, entre otras: estrategias nacionales de salud reproductiva, materna y del recién nacido y planificación de la familia; inclusión de la salud sexual y reproductiva en programas sociales; detección temprana y prevención primaria del cáncer de mama y cervicouterino; prevención y control del VIH/sida y de las infecciones de transmisión sexual; prevención de los embarazos no deseados y los abortos peligrosos; y mejora de la salud sexual y reproductiva de los jóvenes.

32. No obstante, los países informaron de que había que conceder más atención a las siguientes esferas: acceso a servicios integrales de salud sexual y reproductiva para los adolescentes y los jóvenes, los grupos vulnerables y las personas con discapacidad; integración de los servicios de salud sexual y reproductiva y los relacionados con el VIH/sida; prevención y gestión de las consecuencias de los abortos peligrosos; mortalidad materna; desigualdades de género; violencia contra la mujer; cánceres relacionados con la reproducción; y participación de los hombres. La Secretaría continuó prestando apoyo para fortalecer la respuesta a deficiencias pendientes de subsanar. Por ejemplo, se publicaron directrices clínicas y normativas sobre la prevención de los embarazos precoces, la respuesta a la violencia de pareja y la violencia sexual contra la mujer, y el aborto seguro.

33. Además, los progresos con respecto a los resultados en materia de salud reproductiva son variables y desiguales. Ese es el caso de la mortalidad materna en las distintas regiones. A nivel mundial, entre 1990 y 2010, el descenso anual de la razón de mortalidad materna fue de un 3,1%. Se calcula que en las Regiones de Asia Sudoriental y el Pacífico Occidental esa disminución fue de un 5,2%, mientras que en las de África y el Mediterráneo Oriental, se situó en un 2,7% y un 2,6%, respectivamente. En 1990, cerca del 43% de las muertes maternas de todo el mundo se registró en Asia meridional y el 35%, en el África subsahariana; en 2010, la situación se había invertido, y se estima que un 29% de todas las muertes maternas tuvo lugar en Asia meridional y un 56%, en el África subsahariana.

34. El acceso a la atención durante el embarazo y el parto es fundamental para reducir la mortalidad materna y mejorar la salud de las madres. Según los datos más recientes, a nivel mundial, la proporción de partos atendidos por personal sanitario cualificado pasó de un 61% en el decenio de 1990<sup>2</sup> a un 70% entre 2005 y 2012.<sup>3</sup> Las inequidades existentes se pueden asociar con el lugar de residencia: la mediana de la proporción de partos asistidos por personal sanitario cualificado es de un 61% en las zonas rurales, frente a un 88% en las zonas urbanas.<sup>2</sup>

35. La reducción de las necesidades no atendidas en materia de planificación de la familia y la mejora del acceso a los servicios de anticoncepción pueden ayudar a prevenir hasta un tercio de las muer-

---

<sup>1</sup> <http://icpdbeyond2014.org/about/view/29-global-review-report> (consultado el 5 de marzo de 2014).

<sup>2</sup> *Estadísticas Sanitarias Mundiales 2010*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2010.

<sup>3</sup> *Estadísticas Sanitarias Mundiales 2013*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2013.

tes maternas.<sup>1</sup> A nivel mundial, la prevalencia del uso de anticonceptivos pasó de un 55% en 1990 a más de un 60% en 2010.<sup>2</sup> No obstante, de las mujeres de 15 a 49 años (tanto casadas como en pareja), unos 146 millones que deseaban retrasar sus embarazos o dejar de procrear no tuvieron acceso a ningún tipo de planificación familiar, y 222 millones no tuvieron acceso a métodos anticonceptivos modernos. Responder a las necesidades de planificación de la familia contribuye tanto a promover la igualdad de género como a empoderar a las mujeres, al hacer que aumenten las oportunidades que tienen estas de participar en la economía. Por otra parte, garantizar la seguridad de los productos anticonceptivos es uno de los elementos clave de la estrategia mundial sobre las necesidades no atendidas en materia de anticonceptivos. La Secretaría, entre otras entidades, ha respaldado activamente la aplicación de las recomendaciones de la Comisión de las Naciones Unidas sobre Productos Básicos de Supervivencia para Mujeres y Niños.

36. Los adolescentes son un grupo de población especialmente expuesto a padecer consecuencias sanitarias y sociales adversas. La tasa de natalidad entre las adolescentes sigue siendo alta en el África subsahariana (118 nacimientos por cada 1000 mujeres de 15 a 19 años), y lo mismo sucede en América Latina y el Caribe y en Asia meridional (79 y 46 nacimientos por cada 1000 mujeres de 15 a 19 años, respectivamente).<sup>3</sup> Con el fin de respaldar las iniciativas destinadas a reducir las elevadas tasas de fecundidad de las adolescentes, la Secretaría está ayudando de forma activa a los Estados Miembros a aplicar sus directrices para la prevención de los embarazos precoces y de los resultados negativos para la reproducción.<sup>4</sup>

37. Hacer que los adolescentes conozcan y comprendan mejor la salud sexual y reproductiva, incluido el VIH/sida, y ampliar su preparación para la vida cotidiana de manera que puedan gestionar su propia salud es indispensable para que sus necesidades de salud estén atendidas y se realicen sus derechos. Actualmente, menos del 40% de los jóvenes varones de las regiones en desarrollo son conscientes de que el uso de preservativos y la abstinencia o tener una sola pareja no infectada son medios eficaces para evitar las enfermedades de transmisión sexual. La proporción de jóvenes varones que informaron de que habían utilizado un preservativo en la última relación sexual de alto riesgo oscilaba entre un 37,2% en Asia meridional y un 76,2% en el Cáucaso y Asia central. Los programas de educación sexual han demostrado ser eficaces para reducir los comportamientos sexuales de riesgo.<sup>5</sup> La Secretaría ha preparado estudios monográficos con ejemplos de actividades exitosas de ampliación de la educación sexual para posibilitar el intercambio Sur-Sur de las mejores prácticas.

38. Además de las actividades concretas que se han señalado, en la Cumbre de Londres sobre planificación familiar, celebrada en julio de 2012, la Secretaría expresó su compromiso con los objetivos de la Cumbre, consistentes en reforzar la base de pruebas científicas y las normas para adoptar medidas de política y programáticas eficaces y ampliar así el acceso a servicios de calidad. En relación con ese compromiso se han publicado directrices para asegurar la adopción de un enfoque basado en los derechos humanos en los programas de planificación de la familia, por ejemplo, en el trabajo de amplia-

---

<sup>1</sup> Cleland J, Bernstein S, Ezeh A, Faundes A, Glasier A, Innis J. Family planning: the unfinished agenda. *The Lancet*. 2006;368:1810–1827.

<sup>2</sup> Alkema L, Kantorova V, Menozzi C, Biddlecom A. National, regional, and global rates and trends in contraceptive prevalence and unmet need for family planning between 1990 and 2015: a systematic and comprehensive analysis. *The Lancet*. 2013;381:1642–1652.

<sup>3</sup> *Objetivos de Desarrollo del Milenio - Informe de 2013*. Anexo estadístico. Nueva York, Naciones Unidas, 2013.

<sup>4</sup> *WHO guidelines on preventing early pregnancy and poor reproductive health outcomes among adolescents in developing countries*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011.

<sup>5</sup> Wellings K, Collumbien M, Slaymaker E, Singh S, Hodges Z, Patel D, Bajos N. Sexual behaviour in context: a global perspective. *The Lancet* 2006;368:1706–1728.

ción de los servicios de anticoncepción.<sup>1</sup> Asimismo, la Secretaría sigue comprometida con dar prioridad a la salud reproductiva y sexual en la agenda para el desarrollo después de 2015.

## **E. MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA (resolución WHA61.16)**

39. En su 134.<sup>a</sup> reunión, el Consejo tomó nota de una versión anterior del presente informe.<sup>2</sup> Se ha actualizado la información proporcionada en los párrafos 43 y 47.

40. En respuesta a la resolución WHA61.16, la Secretaría trabaja con los Estados Miembros y asociados internacionales, regionales y nacionales para eliminar la práctica de la mutilación genital femenina. En el presente informe se destacan los progresos realizados desde 2011.

41. Según análisis recientes, la prevalencia de la mutilación genital femenina ha disminuido,<sup>3</sup> sobre todo en Kenya y la República Centroafricana entre las mujeres de 15 a 49 años. No obstante, es preciso redoblar los esfuerzos en los numerosos países en que las tasas de prevalencia siguen siendo altas. Se calcula que el número total de niñas y mujeres que han sido sometidas a la mutilación genital femenina en las Regiones de África y el Mediterráneo Oriental supera los 125 millones.<sup>3</sup> En la Unión Europea, las tasas varían de un país a otro.<sup>4</sup>

42. Al mes de septiembre de 2013, un total de 24 países de las Regiones de África y el Mediterráneo Oriental habían tipificado como delito esa práctica.<sup>5</sup> En Guinea-Bissau y Kenya se aprobaron en 2011 disposiciones legislativas en que se tipifica como delito la mutilación genital femenina, y en Somalia en 2012. En 2011 se llevaron 141 casos ante los tribunales de Burkina Faso, Eritrea, Etiopía, Kenya, Senegal, Sudán y Uganda.<sup>6</sup> Gambia y Mauritania han presentado proyectos de ley a sus respectivos órganos legislativos para tipificar la práctica.

43. Desde el último informe sobre los progresos realizados, de 2011, los programas puestos en marcha por los Estados Miembros para afrontar el problema de la mutilación genital femenina incluyen una iniciativa para proteger a las niñas recién nacidas en el Sudán y prevén la incorporación de información sobre la mutilación en los programas escolares nacionales del Senegal. El Día Internacional de Tolerancia Cero con la Mutilación Genital Femenina, que se celebra el 6 de febrero de cada año,

---

<sup>1</sup> Organización Mundial de la Salud, *Respeto de los derechos humanos cuando se proporcionan información y servicios de anticoncepción: orientación y recomendaciones*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2014.

<sup>2</sup> Véase el acta resumida de la 134.<sup>a</sup> reunión del Consejo Ejecutivo, decimocuarta sesión, sección 5 (documento EB134/2014/REC/2).

<sup>3</sup> *Mutilación/ablación genital femenina: Resumen estadístico y exploración de la dinámica del cambio*. Nueva York, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, julio de 2013.

<sup>4</sup> Female genital mutilation in the European Union and Croatia. Report. Vilnius, Instituto Europeo de la Igualdad de Género, 2013.

<sup>5</sup> Los países que cuentan con leyes o decretos contra la mutilación/ablación genital femenina y en los que esa práctica es más frecuente son Benin, Burkina Faso, Chad, Côte d'Ivoire, Djibouti, Egipto, Eritrea, Etiopía, Ghana, Guinea, Guinea-Bissau, Kenya, Liberia, Mauritania, Níger, Nigeria, República Centroafricana, República Unida de Tanzania, Senegal, Somalia, Sudán, Togo, Uganda y Yemen. El Camerún, Gambia, Malí y Sierra Leona no tienen leyes contra la mutilación/ablación genital femenina.

<sup>6</sup> Programa conjunto UNFPA-UNICEF sobre la mutilación/ablación genital femenina. *Accelerating change. Scaling up a comprehensive approach to abandonment in 15 African countries. Informe anual, 2012*. Nueva York, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

ofrece a los países la oportunidad de participar de forma activa en la labor de sensibilización acerca de la práctica.<sup>1</sup>

44. Desde 2010, miles de comunidades de toda África han declarado públicamente su decisión de abandonar la práctica de la mutilación genital femenina.<sup>2</sup> En Gambia, Kenya, la República Unida de Tanzania, Somalia y Uganda se han introducido, con el apoyo de las comunidades, ritos de iniciación alternativos destinados a promover el abandono de la práctica. También ha aumentado entre los líderes religiosos el apoyo a la erradicación de la mutilación genital femenina. En 2011, esa práctica fue condenada por líderes religiosos de ocho países de África occidental, Egipto y el Sudán.<sup>2</sup> En 2012, 4178 líderes religiosos y tradicionales de 15 países de África<sup>3</sup> expresaron públicamente su oposición a la mutilación genital femenina,<sup>2</sup> y 730 líderes religiosos de ocho países africanos<sup>4</sup> rechazaron todo vínculo entre esa práctica y la religión.<sup>2</sup>

45. En 2012, el programa conjunto UNFPA-UNICEF sobre la mutilación genital femenina respaldó la capacitación de 2690 profesionales de la salud en el tratamiento de las complicaciones derivadas de la práctica.<sup>2</sup> Además, el Consejo de la Unión Europea adoptó el Marco estratégico y Plan de acción de la UE sobre derechos humanos y democracia, que aborda el tema de la mutilación genital femenina.

46. La Secretaría ha continuado dirigiendo y respaldando las iniciativas nacionales e internacionales destinadas a eliminar la mutilación genital femenina, sobre todo en las esferas relacionadas con el diálogo sobre políticas, el fortalecimiento de los sistemas de información para seguir los progresos y la promoción y la investigación (por ejemplo, la investigación sobre las consecuencias psicológicas de la mutilación genital femenina en Etiopía y Nigeria y sobre la relación entre la fístula y esa práctica, en Sierra Leona). La Secretaría también ha estudiado diversos enfoques para: *i*) conseguir el abandono de la práctica,<sup>5</sup> y *ii*) garantizar la medición de ese objetivo,<sup>6</sup> y ha sintetizado las pruebas disponibles. La OMS, en colaboración con el UNFPA y otros asociados, respaldó el establecimiento del Centro africano de coordinación de las actividades para el abandono de la mutilación genital femenina, que tiene su sede en la Universidad de Nairobi.

47. El apoyo a esas actividades continuará y se potenciará en los ámbitos descritos anteriormente, en particular las investigaciones y orientaciones sobre las intervenciones que han demostrado ser eficaces para impedir la práctica, y la mejora de la atención clínica de las mujeres que han sido sometidas a la mutilación genital, todo ello en colaboración con los Estados Miembros, los centros nacionales y regionales y los organismos asociados, especialmente el programa conjunto UNFPA-UNICEF sobre la mutilación genital femenina.

---

<sup>1</sup> El Día Internacional de Tolerancia Cero con la Mutilación Genital Femenina se celebra en los siguientes países: Burkina Faso, Djibouti, Egipto, Eritrea, Etiopía, Gambia, Guinea, Guinea-Bissau, Kenya, Malí, Mauritania, Senegal, Somalia, Sudán y Uganda.

<sup>2</sup> Programa conjunto UNFPA-UNICEF sobre la mutilación/ablación genital femenina. *Accelerating change. Scaling up a comprehensive approach to abandonment in 15 African countries*. Informe anual, 2012. Nueva York, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

<sup>3</sup> Burkina Faso, Djibouti, Egipto, Eritrea, Etiopía, Gambia, Guinea, Guinea-Bissau, Kenya, Malí, Mauritania, Senegal, Somalia, Sudán y Uganda.

<sup>4</sup> Djibouti, Eritrea, Etiopía, Gambia, Guinea-Bissau, Kenya, Mauritania y Senegal.

<sup>5</sup> Johansen REB, Nafissatou JD, Laverack G, Leye L. What works and what does not: a discussion of popular approaches for the abandonment of female genital mutilation. *Obstet Gynecol Int*. 2013; 2013:348248.

<sup>6</sup> Yoder PS, Wang S, Johansen E. Estimates of female genital mutilation/cutting in 27 African countries and Yemen. *Stud Fam Plann*. 2013; 44(2):189–204.

48. La Secretaría está prestando apoyo técnico al Sudán para llevar a la práctica una iniciativa pluri-anual destinada a combatir la mutilación genital femenina en cooperación con el Gobierno del Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte. En 2012, la Secretaría contribuyó también a la aprobación por la Asamblea General de las Naciones Unidas de una resolución destinada a intensificar los esfuerzos mundiales para eliminar la mutilación genital femenina.<sup>1</sup>

## **F. LOS JÓVENES Y LOS RIESGOS SANITARIOS (resolución WHA64.28)**

49. El Consejo Ejecutivo en su 134.<sup>a</sup> reunión tomó nota de una versión anterior del presente informe.<sup>2</sup> Los datos se han revisado teniendo en cuenta las estimaciones de mortalidad entre los adolescentes para 2012 y la prevalencia revisada de comportamientos relacionados con la salud que se incorporarán en un informe de la OMS titulado *Health for the world's adolescents*, cuya publicación está prevista para 2014.

50. Las causas principales de defunción entre los jóvenes de 10 a 19 años de edad son las lesiones relacionadas con el tránsito, el VIH/sida, el suicidio, la infección de las vías respiratorias inferiores y la violencia interpersonal.<sup>3</sup> Los resultados de una encuesta realizada entre jóvenes de 13 a 15 años<sup>4</sup> muestran que la prevalencia del consumo de bebidas alcohólicas por menores de edad y la ingestión ocasional de grandes cantidades de alcohol se están reduciendo en algunos países de ingresos altos, pero que la prevalencia del consumo de alcohol en los últimos 30 días puede llegar al 60% en algunos países de ingresos bajos. El sobrepeso y la obesidad están aumentando en los países de ingresos bajos y medianos, particularmente en el medio urbano, y la prevalencia de la obesidad entre los jóvenes de 13 a 15 años puede llegar al 40% en algunos entornos. Los adolescentes no realizan la cantidad diaria recomendada de actividad física en ningún país. La prevalencia del consumo actual de cigarrillos entre los jóvenes de 13 a 15 años también se está reduciendo, pero puede llegar a un 33%,<sup>5</sup> y el 41% de las personas de este grupo etario están expuestas sistemáticamente al humo ajeno.<sup>6</sup> Es alta también, según se indica, la exposición a actitudes intimidatorias, que en algunos medios llega hasta un 67% y puede asociarse a una morbilidad psiquiátrica en la edad adulta. En el mundo entero, hay dos factores principales de riesgo de morbilidad entre las adolescentes: las prácticas sexuales de riesgo, que son causa de infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH, y la falta de medios anticonceptivos, que da lugar a embarazos de alto riesgo. También se reconocen ahora las consecuencias del matrimonio precoz y las necesidades de las adolescentes con VIH.

---

<sup>1</sup> Resolución 67/146 de la Asamblea General de las Naciones Unidas.

<sup>2</sup> Véase el acta resumida de la 134.<sup>a</sup> reunión del Consejo Ejecutivo, decimocuarta sesión, sección 5 (documento EB134/2014/REC/2).

<sup>3</sup> Organización Mundial de la Salud, Estimaciones Sanitarias Mundiales, cuadros sinópticos: Defunciones por causa, edad y sexo desglosadas por grupo regional de la OMS y por la clasificación del Banco Mundial en función de los ingresos, 2000-2012 (estimaciones provisionales, febrero de 2014). Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2014.

<sup>4</sup> Encuesta Mundial de Salud a Escolares (GSHS) [sitio web]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2013 (<http://www.who.int/chp/gshs/es/>, consultado el 21 de octubre de 2013).

<sup>5</sup> Global Youth Tobacco Survey (GYTS) - Country Reports. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2013 ([http://www.who.int/tobacco/surveillance/country\\_reports/en/](http://www.who.int/tobacco/surveillance/country_reports/en/), consultado el 21 de octubre de 2013).

<sup>6</sup> Global estimate of the burden of disease from second-hand smoke. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011.

51. Estos problemas se reflejan en las políticas sanitarias de muchos Estados Miembros, que en su mayoría se centran principalmente en las cuestiones referentes a la salud reproductiva y el VIH/sida.<sup>1</sup> En todo el mundo, 169 países han aplicado al menos una medida de reducción de la demanda de tabaco. Los datos concernientes a las políticas nacionales relativas al tabaco indican que a nivel mundial el 16% de los adolescentes están protegidos por una legislación integral sobre ambientes sin humo de tabaco y el 10% lo están por prohibiciones de la publicidad, la promoción y el patrocinio.<sup>2</sup> La mayoría de los países de la Región de Europa han aplicado total o parcialmente políticas que restringen la comercialización de alimentos y bebidas dirigida a niños y adolescentes.<sup>3</sup> El establecimiento de límites más bajos de concentración de alcohol en sangre ( $\leq 0,02\text{g/dl}$ ) es un medio eficaz de reducir los accidentes relacionados con el alcohol al volante en este grupo, y es una política que hasta la fecha se aplica en 42 países (el 23%).<sup>4</sup> Las políticas nacionales sobre la vacunación de los adolescentes varían de un país a otro. El interés generalizado en la introducción de la vacuna contra los papilomavirus humanos brinda una oportunidad para subrayar la necesidad de vacunar a las adolescentes con dosis de refuerzo contra el tétanos, la difteria y las infecciones meningocócicas, y de ofrecer vacunación de puesta al día contra la rubéola, el sarampión y la hepatitis B si no se las vacunó plenamente durante la infancia.

52. La importancia de la intervención temprana para prevenir el suicidio entre los jóvenes se puso de relieve en el plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020, adoptado por la 66.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud en la resolución WHA66.8, al igual que en el marco mundial de vigilancia integral para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles (resolución WHA66.10). El marco incluye indicadores específicos sobre el consumo de alcohol y tabaco, la actividad física, el sobrepeso y la obesidad en los adolescentes. Se han preparado orientaciones técnicas en colaboración con asociados de las Naciones Unidas, la sociedad civil y los jóvenes. Por ejemplo, la OMS ha elaborado directrices sobre prevención de los embarazos precoces y los resultados negativos para la reproducción entre las adolescentes; asesoramiento y pruebas de detección del VIH, y atención de los adolescentes con VIH; y tratamiento de las afecciones específicamente relacionadas con el estrés, incluidas varias recomendaciones sobre los adolescentes. La aplicación de las estrategias existentes en la medida que afectan a los jóvenes, será objeto de informes de alcance mundial sobre el alcohol, el suicidio y la prevención de la violencia, así como de un informe titulado *Health for the world's adolescents*, todos los cuales está previsto que sean publicados por la OMS en 2014.

53. Los mecanismos actuales de coordinación, en toda la Organización, de las actividades relacionadas con la salud de los jóvenes son inadecuados. La escasez de recursos tanto financieros como humanos ha tenido una repercusión particularmente negativa en la prestación sistemática de apoyo a los países para la aplicación de las estrategias en vigor. La Oficina Regional para África ha hecho frente a este problema en fecha reciente mediante la contratación de un asesor en salud del adolescente, que puede brindar apoyo a los países. Se hace referencia a la salud de los jóvenes en varias categorías del presupuesto por programas 2014-2015 (en el que también figura un indicador relativo a las tasas de natalidad entre las adolescentes), aprobado por la 66.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud.

---

<sup>1</sup> Un 84% de los documentos sobre política sanitaria nacional de la base de datos de la OMS sobre los ciclos de planificación nacionales contienen alguna referencia a los adolescentes ([http://www.who.int/nationalpolicies/resources/resources\\_database/en/](http://www.who.int/nationalpolicies/resources/resources_database/en/), consultado el 21 de octubre de 2013).

<sup>2</sup> WHO report on the global tobacco epidemic, 2013: enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2013.

<sup>3</sup> Marketing of foods high in fat, salt and sugar to children: update 2012-2013. Copenhagen, Oficina Regional de la OMS para Europa, 2013.

<sup>4</sup> Informe sobre la situación mundial de la seguridad vial: apoyo al decenio de acción. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2013.

## **G. APLICACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES DE LA COMISIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE PRODUCTOS BÁSICOS DE SUPERVIVENCIA PARA MUJERES Y NIÑOS (resolución WHA66.7)**

54. En su 134.<sup>a</sup> reunión, el Consejo Ejecutivo tomó nota de una versión anterior de este informe.<sup>1</sup> Se ha actualizado la información proporcionada en los párrafos 56 a 59.

55. En respuesta a la resolución WHA66.7, en el presente informe se resumen los progresos realizados en el seguimiento de las recomendaciones de la Comisión de las Naciones Unidas sobre Productos Básicos de Supervivencia para Mujeres y Niños. Se describen los trabajos que la OMS, en colaboración con otras organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, reguladores nacionales, regionales e internacionales y otros asociados, lleva a cabo para garantizar que las mujeres y los niños vulnerables tengan acceso a productos básicos seguros y de gran calidad.

56. En estrecha coordinación con el UNICEF y el UNFPA, la OMS sigue prestando apoyo a la preparación de planes en materia de salud reproductiva, de la madre, el recién nacido y el niño basados en datos probatorios e impulsados por las necesidades con el fin de prestar apoyo a la aplicación de las recomendaciones de la Comisión en ocho países pioneros.<sup>2</sup> Resultado de esos trabajos son la elaboración por el Ministerio Federal de Salud de Nigeria, entre otras cosas, de un marco integral para proporcionar acceso a productos básicos de supervivencia en el que la amoxicilina se considera inequívocamente el tratamiento de primera línea contra la neumonía, se prevé el uso de todos los productos básicos neonatales pertinentes en la política nacional de delegación de tareas, se actualizan las listas federales y estatales de medicamentos esenciales, y se elaboran programas armonizados de capacitación.

57. En el marco de las actividades para mejorar el acceso a los productos básicos de supervivencia se presta apoyo normativo, regulador y técnico. Se ha actualizado la Lista Modelo OMS de Medicamentos Esenciales; la 18.<sup>a</sup> lista, publicada en abril de 2013, incluye: *i*) aclaraciones sobre el uso de la clorhexidina y *ii*) una enumeración de corticosteroides de uso prenatal. Se han actualizado las directrices terapéuticas sobre la atención del recién nacido para respaldar a los profesionales de la salud en el uso de tratamientos seguros y eficaces que utilicen productos básicos de supervivencia<sup>3</sup> y se ha preparado un compendio de orientación para mejorar la disponibilidad de información de importancia crítica. Se han implantado estrategias de apoyo a los países encaminadas a adaptar esta información y dar respaldo a los exámenes de las políticas nacionales de los Estados Miembros basándose en datos probatorios.

58. En junio de 2013, la Secretaría organizó procesos de colaboración en los países con el fin de elaborar especificaciones para productos pediátricos y dispositivos médicos y definir la pertinente vía de regulación y control de la calidad. Cuando no se disponía de la aprobación de un sistema de regulación riguroso se convocaron grupos de examen de expertos para garantizar la calidad y facilitar la adquisición rápida de productos esenciales de salud reproductiva. Se están realizando encuestas para determinar la situación de los productos fijados como objetivo en lo que se refiere a la regulación y la calidad. Se toman muestras de los productos en los mercados locales para aportar información sobre

---

<sup>1</sup> Véase el acta resumida de la 134.<sup>a</sup> reunión del Consejo Ejecutivo, decimocuarta sesión, sección 5 (documento EB134/2014/REC/2).

<sup>2</sup> Etiopía, Malawi, Nigeria, República Democrática del Congo, República Unida de Tanzania, Senegal, Sierra Leona y Uganda.

<sup>3</sup> *WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2013.



dónde focalizar la asistencia técnica, las actividades de conformación de los mercados y los planteamientos basados en los riesgos. Se ha proporcionado apoyo técnico a los fabricantes de cinc, sales de rehidratación oral y amoxicilina para facilitarles la obtención de la aprobación de instancias reguladoras rigurosas.

59. A escala mundial, la OMS ha desempeñado una función activa en la formación y la conformación continua de un comité directivo sobre salud reproductiva, de la madre, el recién nacido y el niño.<sup>1</sup> Se trata de un grupo oficioso que trata de alinear y armonizar las corrientes mundiales de recursos financieros destinados a la salud reproductiva, de la madre, el recién nacido y el niño con el fin de mejorar la respuesta a las demandas de los países y colmar las carencias actuales, por ejemplo, potenciando las corrientes de financiación complementarias destinadas a un «plan único de país» y velando por que las iniciativas se ajusten a los planes de los países. Con ese fin, un equipo de tareas de duración determinada está examinando los procesos de compromiso de los países para potenciar las corrientes de financiación, como el Fondo Fiduciario para Innovación en materia de Resultados Sanitarios, la iniciativa H4+ y el recientemente establecido Fondo Fiduciario de salud reproductiva, de la madre, el recién nacido y el niño.

60. En respaldo de las recomendaciones de la Comisión sobre la Información y la Rendición de Cuentas para la Salud de la Mujer y el Niño, la OMS y sus asociados también se esfuerzan en racionalizar los resultados y la rendición de cuentas de diversas iniciativas enmarcadas en la Estrategia Mundial del Secretario General de las Naciones Unidas para la Salud de la Mujer y el Niño aplicando los siete principios de la Alianza Internacional y las iniciativas conexas (IHP+). En el contexto del apoyo que presta al grupo de examen integrado por expertos independientes, la OMS informa sobre los progresos realizados en la aplicación de las recomendaciones de la Comisión de las Naciones Unidas sobre Productos Básicos de Supervivencia.

## **H. CAMBIO CLIMÁTICO Y SALUD (resolución EB124.R5)**

61. En su 134.<sup>a</sup> reunión, el Consejo Ejecutivo tomó nota de una versión anterior del presente informe.<sup>2</sup> La versión que figura a continuación se ha actualizado para tener en cuenta las observaciones formuladas (véase el párrafo 68).

62. El informe se ha preparado en respuesta a la solicitud formulada por el Consejo en su resolución EB124.R5 de que se presentara un informe anual sobre los progresos realizados en la aplicación de la resolución WHA61.19 y el plan de trabajo de la OMS sobre el cambio climático y la salud.

63. La Secretaría ha centrado sus actividades de sensibilización en los siguientes objetivos: lograr que los sistemas de salud sean más resilientes; proteger los determinantes ambientales de la salud, como el agua y los servicios de saneamiento, y reducir la carga de morbilidad derivada de la contaminación del aire y al mismo tiempo reducir las emisiones de gases de efecto invernadero. Se han aprove-

---

<sup>1</sup> Los miembros del comité directivo son representantes de los países donantes y receptores, a saber, Canadá, Etiopía, Francia, Nigeria, Noruega, la República Unida de Tanzania, Senegal y Suecia, y de la Oficina Ejecutiva del Secretario General de las Naciones Unidas, el UNICEF, el UNFPA, el Banco Mundial, la Oficina del Enviado Especial del Secretario General de las Naciones Unidas para la financiación de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y el paludismo, la Fundación pro Naciones Unidas, la Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño, el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, la Alianza GAVI, la Fundación Bill y Melinda Gates, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional y la Iniciativa Clinton de Acceso a la Salud.

<sup>2</sup> Véase el documento EB134/53, sección H. Cambio climático y salud (resoluciones EB124.R5 y WHA61.19) y el acta resumida de la 134.<sup>a</sup> reunión del Consejo Ejecutivo, decimocuarta sesión, sección 5.

chado diversas ocasiones para poner de relieve la relación entre los distintos elementos, entre otras, las reuniones ministeriales regionales sobre salud y medio ambiente y sus sesiones preparatorias, y eventos a nivel ministerial como la reunión sobre la salud, la contaminación del aire y el cambio climático, celebrada paralelamente a la 66.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud, y la reunión sobre la mejora de la resiliencia de la salud al cambio climático, organizada en el 19.º periodo de sesiones de la Conferencia de las Partes en la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático. En esta última, la OMS proporcionó formación y patrocinó la participación de representantes del sector de la salud. La Secretaría también colaboró en la organización de una cumbre que reunió a organizaciones no gubernamentales dedicadas a la salud y el cambio climático y a representantes de gobiernos y organismos del sistema de las Naciones Unidas.<sup>1</sup>

64. La OMS ha continuado dirigiendo el componente sanitario de la respuesta de las Naciones Unidas al cambio climático a través del proceso de negociación de la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático y de mecanismos de coordinación regionales y como organismo que lidera las cuestiones de salud en los equipos de las Naciones Unidas en los países. Entre sus principales asociados figuran la secretaría de la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), la Organización Meteorológica Mundial (OMM) y el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA), organismos y órganos regionales y subregionales (como la Comisión Económica y Social para Asia Occidental, la Liga de los Estados Árabes y la Unión Europea), organismos bilaterales de desarrollo y los centros colaboradores de la OMS. Las alianzas respaldan toda una serie de sectores programáticos, entre otros, los referentes a la aplicación de la información sobre el cambio climático en las actividades relacionadas con la salud que se llevan a cabo con la OMM, el diseño de material de capacitación con el Instituto de las Naciones Unidas para la Formación Profesional y la Investigación y la ejecución de proyectos en los países con el PNUD. Asimismo, la OMS se ha adherido a la Coalición Clima y Aire Limpio para Reducir los Contaminantes de Corta Vida.

65. La Secretaría contribuyó a la preparación del Quinto Informe de Evaluación del Grupo Intergubernamental de Expertos sobre el Cambio Climático y ha representado al sector de la salud para la elaboración del programa de trabajo sobre pérdidas y daños establecido por la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático, y del Programa de Trabajo de Nairobi sobre los efectos, la vulnerabilidad y la adaptación al cambio climático de la Convención. Asimismo, ha publicado directrices para la evaluación de daños económicos y costos de adaptación<sup>2</sup> y sobre la incorporación de la perspectiva de género en los programas de adaptación de la salud,<sup>3</sup> y un estudio de los efectos de las inundaciones en la salud y las medidas de prevención en la Región de Europa.<sup>4</sup> Existe una nueva iniciativa de la OMS para definir prioridades de investigación de acuerdo con lo dispuesto en el párrafo 2 de la resolución WHA61.19, tarea que se prevé haber completado a finales de 2014. La Secretaría también ha actualizado las estimaciones relativas a la carga de morbilidad atribuible a la contaminación del aire; ha examinado la relación entre la energía doméstica, la salud y el cambio climático, y ha diseñado métodos de evaluación del impacto sanitario para calcular los beneficios que tiene para la salud la reducción de la contaminación del aire asociada a medios de transporte más sostenibles.

---

<sup>1</sup> <http://www.climateandhealthalliance.org/summit/climate-and-health-summit>, consultado el 13 de noviembre de 2013.

<sup>2</sup> *Climate change and health: a tool to estimate health and adaptation costs*. Copenhague, Oficina Regional para Europa de la OMS, 2013.

<sup>3</sup> *Mainstreaming gender in health adaptation to climate change programmes: user's guide: discussion draft*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2012.

<sup>4</sup> *Floods in the WHO European Region: health effects and their prevention*. Copenhague, Oficina Regional para Europa de la OMS, 2013.

66. La Secretaría ha seguido de cerca y respaldado la aplicación de la resolución WHA61.19 y de los marcos de acción regionales conexos proporcionando orientación técnica sobre el desarrollo del componente sanitario de los planes de adaptación nacionales, y a través de talleres en los que han participado países de todas las regiones (los 58 Estados Miembros de las Regiones de África y Asia Sudoriental, 32 de la Región de las Américas, 12 de la Región de Europa, 8 de la Región del Mediterráneo Oriental y 14 de la Región del Pacífico Occidental). También se está proporcionando nuevo material de capacitación, por ejemplo, relacionado con esferas de actividad concretas, como el cambio climático, los recursos hídricos y la salud.

67. Con el apoyo de los Gobiernos de Alemania, Noruega, el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte y la República de Corea, y en colaboración con el Fondo para el Medio Ambiente Mundial y el Fondo para el Logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, la Secretaría ha coordinado proyectos piloto a gran escala sobre adaptación de la salud al cambio climático en Albania, Bangladesh, Barbados, Bhután, Camboya, China, Etiopía, la ex República Yugoslava de Macedonia, la Federación de Rusia, Fiji, Filipinas, Jordania, Kazajstán, Kenya, Kirguistán, Malawi, Mongolia, Nepal, Papua Nueva Guinea, la República Unida de Tanzania, Tayikistán y Uzbekistán.

68. La OMS acogerá la primera Conferencia Mundial sobre Salud Pública y Cambio Climático en Ginebra, del 27 al 29 de agosto de 2014. La Conferencia servirá de base para la revisión del actual plan de trabajo de la OMS sobre el cambio climático y la salud. Posteriormente, la Secretaría presentará su propuesta de plan de trabajo actualizado al Consejo Ejecutivo para que lo examine en su 136.ª reunión.

## Sistemas de salud

### I. ESTRATEGIA MUNDIAL Y PLAN DE ACCIÓN SOBRE SALUD PÚBLICA, INNOVACIÓN Y PROPIEDAD INTELECTUAL (resolución WHA61.21)

69. En su 134.ª reunión, el Consejo Ejecutivo tomó nota de una versión anterior del presente informe,<sup>1</sup> que ha sido actualizado (véanse en particular los párrafos 78, 79, 81, 83, 84 y 85).

70. La estrategia mundial y el plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual fueron adoptados por la Asamblea Mundial de la Salud en sus resoluciones WHA61.21 y WHA62.16. La estrategia mundial y el plan de acción comprenden ocho elementos establecidos con miras, entre otras cosas, a promover y priorizar las actividades de investigación y desarrollo, crear capacidad de innovación, promover la transferencia de tecnología y gestionar el régimen de propiedad intelectual a fin de atender a las necesidades de los países en desarrollo en materia de investigación y desarrollo, con particular referencia a las enfermedades que los afectan de manera desproporcionada.

71. La aplicación de la estrategia mundial, en particular el elemento 1 (Establecimiento de un orden de prioridad de las necesidades de investigación y desarrollo) y el elemento 2 (Promoción de las actividades de investigación y desarrollo), está armonizada con la aplicación de la estrategia de la OMS sobre investigaciones en pro de la salud. Las oficinas regionales de la OMS han participado en la cartografía de las actividades de investigación así como en la prestación de apoyo para determinar las

---

<sup>1</sup> Véase el acta resumida de la 134.ª reunión del Consejo Ejecutivo, decimocuarta sesión, sección 5 (documento EB134/2014/REC/2).

prioridades de salud pública. El *Informe sobre la salud en el mundo 2013* giró en torno a la importancia de las investigaciones para alcanzar la cobertura sanitaria universal.<sup>1</sup>

72. El Programa Especial UNICEF/PNUD/Banco Mundial/OMS de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales desempeña un papel fundamental en la aplicación de la estrategia. Entre las actividades que lleva a cabo para promover la investigación y desarrollo en relación con las tecnologías y los productos médicos más necesarios en los países en desarrollo se cuentan las siguientes: el establecimiento de un consorcio para preparar nuevas directrices sobre predicción, detección y gestión de brotes de dengue; la finalización de los preparativos para nuevas investigaciones sobre el impacto del cambio climático en las enfermedades transmitidas por vectores en África; y la publicación del *Global report for research on infectious diseases of poverty 2012*.<sup>2</sup>

73. Al ampliar el número de países participantes en la Plataforma de registros internacionales de ensayos clínicos, la OMS sigue velando por que todos quienes intervienen en la adopción de decisiones sobre atención de salud tengan una idea acabada de las investigaciones pertinentes, a fin de mejorar la transparencia y reforzar la validez y el valor de la base de datos científicos.

74. En relación con el elemento 3 (Creación de capacidad de innovación y mejora de la misma) y el elemento 4 (Transferencia de tecnología) de la estrategia mundial, la OMS dirige un proyecto financiado por la Unión Europea destinado a ampliar el acceso a los productos médicos en los países en desarrollo mediante la creación de capacidad para la producción local y la transferencia de tecnología conexas.

75. La Secretaría ha advertido que la bioterapia es un área en la que la transferencia de tecnología y la producción local pueden influir en los precios y el acceso. Con objeto de facilitar esas actividades, se está instalando un centro de transferencia de tecnología en los Países Bajos, que inicialmente fabricará un anticuerpo monoclonal asequible contra la infección por el virus sincitial respiratorio, una de las principales causas mundiales de hospitalización de lactantes cuyo único tratamiento disponible actualmente no es asequible en la mayoría de los países. Además, la Secretaría ha proseguido la transferencia de tecnología para la producción local de anticuerpos monoclonales antirrábicos, y uno de los tres institutos de países en desarrollo que recibieron la tecnología ha concluido las primeras evaluaciones clínicas de su anticuerpo monoclonal producido a nivel local. La Secretaría también ha continuado respaldando la transferencia de tecnología y la producción local de vacunas contra la gripe y, de los 14 fabricantes de países en desarrollo que participan en el proyecto en curso sobre transferencia de tecnología para la fabricación de vacunas contra la gripe pandémica en los países en desarrollo, cinco ya han registrado vacunas producidas localmente, con lo que la capacidad mundial se incrementa en 300 millones de dosis de vacunas contra esa enfermedad.

76. Como parte del proceso de aplicación del elemento 5 de la estrategia mundial (Aplicación y gestión del régimen de propiedad intelectual para contribuir a la innovación y promover la salud pública), la OMS, la OMPI y la OMC publicaron un estudio, *Promoting access to medical technologies and innovation: intersections between public health, intellectual property and trade*,<sup>3</sup> destinado a las ins-

---

<sup>1</sup> *Informe sobre la salud en el mundo 2013 - Investigaciones para una cobertura sanitaria universal*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2013.

<sup>2</sup> *Global report for research on infectious diseases of poverty 2012*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2012.

<sup>3</sup> Organización Mundial de la Salud, Organización Mundial de la Propiedad Intelectual y Organización Mundial del Comercio. *Promoting access to medical technologies and innovation: intersections between public health, intellectual property and trade and innovation*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2012.

tancias normativas, los legisladores, los funcionarios oficiales, las organizaciones internacionales, las organizaciones no gubernamentales y los investigadores. En colaboración con la OMS, la OMPI realizó una encuesta sobre el panorama de las patentes de ciertas vacunas<sup>1</sup> para determinar dónde se llevan a cabo investigaciones sobre esas vacunas y en qué medida el régimen de propiedad intelectual puede crear obstáculos a la producción de nuevas vacunas.<sup>2</sup>

77. La OMS, en colaboración con el Gobierno del Brasil, la OMPI, la OMC, el ONUSIDA, el UNITAID y la organización no gubernamental Medicines Patent Pool, organizó una reunión de consulta sobre el acceso a medicamentos contra el VIH en países de ingresos medios, con especial referencia a la ampliación del acceso al tratamiento con retrovirales (Brasilia, 10 a 12 de junio de 2013).

78. En atención al elemento 6 de la estrategia mundial (Mejora de la difusión y el acceso), en el que se pide reforzar el programa de precalificación de la OMS, la Organización ha simplificado la precalificación de pruebas de diagnóstico, medicamentos y vacunas concentrándola en una sola unidad en su Departamento de Medicamentos Esenciales y Productos Sanitarios. Al 31 de diciembre de 2013, la OMS había precalificado 371 productos médicos (de los cuales 62 en 2013: 27 productos para tratar el VIH/sida; 17 medicamentos antituberculosos; 10 medicamentos relativos a la salud reproductiva; 7 antipalúdicos, y 1 tratamiento para una enfermedad tropical desatendida), 51 ingredientes farmacéuticos activos (23 en 2013), 134 vacunas, 27 dispositivos de diagnóstico y médicos (26 productos de diagnóstico, por ejemplo, para su uso en el diagnóstico precoz de la infección por VIH en los lactantes, y 1 dispositivo para la circuncisión masculina de adultos) y 29 laboratorios de control de calidad de medicamentos de todas las regiones de la OMS (tres en 2013).

79. La labor de la Secretaría relativa al fortalecimiento de la capacidad de los organismos de reglamentación se basa, en la medida de lo posible, en la evaluación de la OMS de los sistemas nacionales de reglamentación. Se han elaborado orientaciones prácticas para la realización de evaluaciones y autoevaluaciones con un instrumento estandarizado de la OMS para la recopilación de datos. La labor de fortalecimiento de los sistemas de reglamentación se ha centrado principalmente en:

- elaborar un instrumento de la OMS de recopilación de datos para el examen de los sistemas de reglamentación de medicamentos, que abarca a todos los productos (incluidos medicamentos, vacunas, pruebas de diagnóstico y dispositivos);
- realizar evaluaciones de la capacidad de reglamentación en países prioritarios (entre otros, China, la India y Viet Nam y algunos países africanos), preparar planes de desarrollo institucional y proporcionar el apoyo técnico necesario;
- facilitar la interconexión, la convergencia y la armonización en materia de reglamentación mediante las redes respaldadas por la OMS (como la red de centros nacionales de farmacovigilancia del Programa Internacional OMS de Vigilancia Farmacéutica, la Red de organismos de reglamentación de los países en desarrollo y el Foro Africano de Reglamentación de Vacunas) y proporcionar apoyo de secretaría y asistencia técnica para algunas iniciativas de armonización regionales y subregionales (como la Red Panamericana de Armonización de la

---

<sup>1</sup> Vacunas antineumocócicas conjugadas humanas, vacunas antitifoideas conjugadas humanas y vacunas antigripales humanas.

<sup>2</sup> *Patent landscape report on vaccines for selected infectious diseases*. Ginebra, Organización Mundial de la Propiedad Intelectual, 2012.

Reglamentación Farmacéutica y la Iniciativa Africana de Armonización de la Reglamentación Farmacéutica, centrada en los países de la Comunidad del África Oriental);

- fortalecer los laboratorios nacionales de control de medicamentos y vacunas, por ejemplo, mediante la precalificación de los laboratorios nacionales de control de la calidad;
- proporcionar apoyo a los países para reforzar su capacidad de vigilancia de la seguridad y la eficacia de los productos comercializados;
- ofrecer oportunidades de capacitación a funcionarios de organismos de reglamentación (más de 1700 hasta la fecha), representantes de fabricantes locales y diversos asociados en distintas áreas técnicas, como las relacionadas con las buenas prácticas de fabricación, la evaluación de la calidad, seguridad y eficacia de los productos, la supervisión reglamentaria de los ensayos clínicos, la farmacovigilancia y el control de calidad de los laboratorios.

80. La Alianza para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud está preparando, en colaboración con la OMS, un informe (cuya publicación está prevista en 2014) sobre el acceso a los medicamentos y su asequibilidad y uso apropiado. El informe contendrá información sobre intervenciones innovadoras, incluidas la dispensación de medicamentos como parte de la cobertura sanitaria universal y la realización de intervenciones en mercados privados o en las comunidades de los pacientes.

81. En relación con el elemento 7 (Promoción de mecanismos de financiación sostenibles), la 65.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud, en 2012, examinó el informe del Grupo consultivo de expertos en investigación y desarrollo: financiación y coordinación<sup>1</sup> y adoptó la resolución WHA65.22. Tras una serie de reuniones de consulta a nivel nacional, regional y mundial sobre las conclusiones del informe, la 66.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud adoptó la resolución WHA66.22, en la que respalda el plan de trabajo estratégico presentado. La Secretaría continúa realizando las actividades solicitadas en el párrafo 4 de esa resolución, entre otras, establecer un observatorio mundial de la investigación y el desarrollo sanitarios; identificar un número limitado de proyectos de demostración de investigación y desarrollo sanitarios encaminados a determinar las carencias que afectan de manera desproporcionada a los países en desarrollo y facilitar su ejecución; revisar los mecanismos existentes para evaluar su adecuación para desempeñar la función de coordinación de la investigación y el desarrollo sanitarios, y explorar y evaluar los mecanismos existentes de contribución a la investigación y el desarrollo sanitarios.

82. En atención al elemento 8 (Establecimiento de sistemas de seguimiento y presentación de informes), la Secretaría, en colaboración con la Oficina Regional para las Américas, está creando una plataforma mundial sobre innovación y acceso, un portal en línea para el seguimiento de los progresos en la aplicación de la estrategia mundial hechos por los Estados Miembros y otros interesados directos. La plataforma comprende un centro de información, un repositorio de conocimientos y un foro virtual sobre innovación. La puesta en marcha del centro de información está prevista para abril de 2014.

83. En julio de 2013, atendiendo a las conclusiones del Grupo consultivo de expertos, así como a la adopción de la resolución SEA/RC65/R3 por el Comité Regional para Asia Sudoriental en su 65.<sup>a</sup> reunión en 2012 y la resolución WHA66.22 por la 66.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud en 2013, la Oficina Regional para Asia Sudoriental organizó una consulta regional con objeto de trazar un plan

---

<sup>1</sup> Véase el acta resumida de la 65.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud, undécima sesión de la Comisión A, sección 2 (documento WHA65/2012/REC/3).

de trabajo estratégico para la región. En la reunión se examinaron normas y estándares de clasificación de las actividades de investigación y desarrollo en relación con la salud; se propuso una pauta de clasificación que podría servir de modelo para el observatorio propuesto de investigación y desarrollo en materia de salud; y se determinaron proyectos específicos de demostración.

84. La Plataforma Regional sobre Acceso e Innovación para Tecnologías Sanitarias es la piedra angular de la estrategia de colaboración técnica de la OPS para la aplicación de la estrategia mundial. La plataforma solo está operativa desde mayo de 2012, pero se la reconoce cada vez más como el canal de intercambio de información, trabajo en colaboración e información validada para la adopción de decisiones relativas a las tecnologías sanitarias en la Región de las Américas. Además, la OPS ha llevado a cabo un proceso oficial de consultas y selección referente a proyectos de demostración en consonancia con lo dispuesto en la resolución WHA66.22 y las recomendaciones consignadas en el informe del Grupo consultivo de expertos en investigación y desarrollo: financiación y coordinación.<sup>1</sup>

85. El Comité Consultivo de Investigaciones Sanitarias de la Región de Europa continuó reuniéndose y cumpliendo un plan de trabajo específico para asesorar al Director Regional sobre asuntos de investigación sanitaria. La Oficina Regional para Europa celebró una reunión de consulta por internet sobre proyectos de demostración de investigación y desarrollo en relación con la salud, conforme a lo solicitado en la resolución WHA66.22 y la decisión WHA66(12) en seguimiento del informe del Grupo consultivo de expertos, cuyos resultados se comunicaron a la sede de la OMS para su examen en la reunión consultiva técnica mundial celebrada en diciembre de 2013.

## **J. DISPONIBILIDAD, SEGURIDAD Y CALIDAD DE LOS PRODUCTOS SANGUÍNEOS (resolución WHA63.12)**

86. En su 134.<sup>a</sup> reunión, celebrada en enero de 2014, el Consejo Ejecutivo tomó nota de una versión anterior del presente informe sobre los progresos realizados.<sup>2</sup> Se ha actualizado la información proporcionada en los párrafos 87 y 91.

87. En respuesta a la resolución WHA63.12, adoptada en 2010, los Estados Miembros y la Secretaría han puesto en marcha numerosas iniciativas.

88. **Autosuficiencia basada en la donación voluntaria no remunerada.** El número y la proporción de donaciones de sangre voluntarias no remuneradas que se notifican a la base mundial de datos de la OMS sobre seguridad de la sangre va en aumento año tras año: en 2011, 71 países comunicaron que más del 90% de su suministro de sangre provenía de donaciones de esta índole, cuando en 2008 habían sido 66 países. Se hizo pública una declaración consensuada de expertos de la OMS<sup>3</sup> en la cual se establecía una definición mundial y se formulaban estrategias y mecanismos para llegar a la autosuficiencia en sangre y productos sanguíneos a partir de la donación voluntaria no remunerada. En 2013 se celebró un foro mundial de la OMS sobre seguridad de la sangre, en el cual se determinaron las necesidades prioritarias para lograr la autosuficiencia y potenciar los sistemas de sangre, y el mismo año la OMS publicó un informe que versaba sobre la autosuficiencia en sangre y productos

---

<sup>1</sup> Documento A65/24, anexo.

<sup>2</sup> Véase el acta resumida de la 134.<sup>a</sup> reunión del Consejo Ejecutivo, decimocuarta sesión, sección 5 (documento EB134/2014/REC/2).

<sup>3</sup> *Expert consensus statement on achieving self-sufficiency in safe blood and blood products based on voluntary non-remunerated donation* ([http://www.who.int/entity/bloodsafety/Expert\\_Consensus\\_Statement\\_Self-Sufficiency.pdf](http://www.who.int/entity/bloodsafety/Expert_Consensus_Statement_Self-Sufficiency.pdf), consultado el 25 de febrero de 2014).

sanguíneos seguros a partir de la donación voluntaria no remunerada y describía la situación mundial en la materia en 2013.<sup>1</sup> En octubre de 2013, en colaboración con los Gobiernos de Italia y el Japón, la OMS convocó un foro de alto nivel de planificadores de políticas en el que se aprobó la Declaración de Roma sobre la Consecución de la autosuficiencia en sangre y productos sanguíneos seguros a partir de la donación voluntaria no remunerada.<sup>2</sup> Se sigue celebrando en un número creciente de países el Día Mundial del Donante de Sangre, que confiere una orientación clara a las campañas de donación de sangre. La OMS, junto con la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, marcó las líneas de trabajo a escala mundial en un documento publicado en distintos idiomas.<sup>3</sup> Asimismo, publicó directrices sobre la selección de donantes de sangre (2012)<sup>4</sup> y el asesoramiento al donante (2013)<sup>5</sup> y preparó material pedagógico sobre la gestión de los donantes de sangre.

89. **Sistemas de suministro de sangre.** La resolución WHA63.12 preparó el camino para importantes reformas de los sistemas de sangre, concretadas en el fortalecimiento de los mecanismos de dirección y gestión en muchos países. Además de publicar recomendaciones para el análisis sistemático de la sangre donada para detectar infecciones transmisibles por transfusión,<sup>6</sup> así como orientaciones normativas en un documento recapitulativo sobre la creación de un sistema nacional de sangre,<sup>7</sup> la Secretaría prestó apoyo técnico para reforzar la capacidad de los recursos humanos y los sistemas en países como Bangladesh, Bhután, Burkina Faso, Camboya, Etiopía, Haití, Malí, Nepal, el Pakistán, Papua Nueva Guinea, la República Democrática Popular Lao, Sudán del Sur y Uganda, organizando para ello talleres regionales y nacionales sobre dirección y gestión, donación voluntaria no remunerada, selección de donantes, análisis sistemático de calidad garantizada, gestión de datos sobre la seguridad de la sangre y cadena de frío de la sangre.

90. **Sistemas de calidad y hemovigilancia.** Las herramientas y el material pedagógico de la OMS para conferir más calidad a la gestión de los servicios de transfusión sanguínea han servido para elaborar normas y sistemas de calidad nacionales en numerosos países, tales como Bangladesh, Bhután, Camboya, China, Kazajistán, Kirguistán, Nepal, el Pakistán, Papua Nueva Guinea, Sudán del Sur, Tayikistán o Viet Nam. Según los datos existentes, 71 países declararon contar con un sistema nacional de hemovigilancia en 2011, por 57 en 2008. En noviembre de 2012, la OMS, en colaboración con el Gobierno de los Emiratos Árabes Unidos e importantes asociados internacionales, como la Red Inter-

---

<sup>1</sup> *Towards self-sufficiency in safe blood and blood products based on voluntary non-remunerated donation: global status 2013.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2013 ([http://www.who.int/entity/bloodsafety/transfusion\\_services/WHO\\_globalstatusreportself-sufficiencyinbloodbloodproducts.pdf](http://www.who.int/entity/bloodsafety/transfusion_services/WHO_globalstatusreportself-sufficiencyinbloodbloodproducts.pdf), documento consultado el 25 de febrero de 2014).

<sup>2</sup> *The Rome Declaration on Achieving Self-Sufficiency in Safe Blood and Blood Products based on Voluntary Non-Remunerated Donation* ([http://www.who.int/bloodsafety/transfusion\\_services/romedeclarationself-sufficiencysafebloodbloodproductsVNRD.pdf](http://www.who.int/bloodsafety/transfusion_services/romedeclarationself-sufficiencysafebloodbloodproductsVNRD.pdf), consultado el 25 de febrero de 2014).

<sup>3</sup> *Towards 100% voluntary blood donation: a global framework for action.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2010.

<sup>4</sup> *Blood donor selection: guidelines on assessing donor suitability for blood donation.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2012 ([http://www.who.int/bloodsafety/publications/bts\\_guideline\\_donor\\_suitability/en/](http://www.who.int/bloodsafety/publications/bts_guideline_donor_suitability/en/), consultado el 19 de febrero de 2014).

<sup>5</sup> *Blood donor counselling: implementation guidelines.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2013 ([http://www.who.int/entity/bloodsafety/voluntary\\_donation/Blooddonorcounselling.pdf](http://www.who.int/entity/bloodsafety/voluntary_donation/Blooddonorcounselling.pdf), consultado el 25 de febrero de 2014).

<sup>6</sup> *Screening donated blood for transfusion transmissible infections: recommendations.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2010 ([http://www.who.int/bloodsafety/publications/bts\\_screendondbloodtransf/en/index.html](http://www.who.int/bloodsafety/publications/bts_screendondbloodtransf/en/index.html), consultado el 25 de febrero de 2014).

<sup>7</sup> *WHO aide-mémoire for ministries of health: developing a national blood system.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011 (documento WHO/EHT/11.01, disponible en línea en [http://www.who.int/entity/bloodsafety/publications/am\\_developing\\_a\\_national\\_blood\\_system.pdf](http://www.who.int/entity/bloodsafety/publications/am_developing_a_national_blood_system.pdf), consultado el 25 de febrero de 2014).



nacional de Hemovigilancia y la Sociedad Internacional de Transfusión de Sangre, organizó una consulta mundial sobre hemovigilancia que tenía por objetivo ofrecer orientaciones para la creación de sistemas nacionales de hemovigilancia.

91. **Uso seguro y racional de la sangre y los productos sanguíneos y gestión de la sangre del paciente.** En 2011, 109 países declararon contar con directrices nacionales sobre transfusiones y 52 afirmaron que más del 50% de sus hospitales disponían de un comité de transfusiones, cifras que en 2008 habían sido de 90 y 28 respectivamente. Además de publicar directrices normativas sobre el proceso de transfusión clínica y la seguridad del paciente, en forma de recordatorio,<sup>1</sup> la OMS convocó un foro mundial sobre gestión de la sangre del paciente, prestó apoyo técnico a países como Bangladesh, Nepal y Uganda mediante el refuerzo de capacidades, material pedagógico y herramientas para la praxis segura de transfusiones y para la seguridad del paciente y organizó una serie de consultas y talleres plurinacionales sobre uso adecuado de la sangre, prácticas seguras de transfusión y seguridad del paciente (en particular una consulta interregional para 20 países sobre el modo de reforzar el papel del personal de enfermería y partería para garantizar la seguridad de las transfusiones clínicas, y por ende la del paciente, y un taller subregional para Kazajistán, Kirguistán, Tayikistán y Uzbekistán sobre uso seguro y adecuado de la sangre y seguridad del paciente).

92. **Sistemas nacionales de reglamentación de la sangre.** La Secretaría centró su apoyo en la elaboración de marcos jurídicos de reglamentación, y especialmente la observancia y aplicación de prácticas adecuadas de fabricación en los establecimientos de sangre, y en la regulación de los dispositivos de diagnóstico *in vitro* relacionados con la seguridad de la sangre. A este respecto, publicó directrices sobre prácticas adecuadas de fabricación dirigidas a los establecimientos de sangre<sup>2</sup> y organizó talleres regionales que reunieron a organismos nacionales de reglamentación y servicios nacionales de sangre. Además, la Organización publicó un documento sobre criterios de evaluación para los sistemas nacionales de reglamentación de la sangre que recoge la visión conjunta de la Red OMS de Autoridades Reguladoras de la Sangre y del Comité de Expertos de la OMS en Patrones Biológicos.<sup>3</sup> La OMS trabaja asimismo con la Sociedad Africana de Transfusión de Sangre y organismos de reglamentación y servicios nacionales de sangre de África, Asia y América Latina para lograr que en los países de ingresos bajos y medios se apliquen regímenes de reglamentación de la sangre y para mejorar la producción local de plasma de calidad a partir de donaciones de sangre entera. En octubre de 2013 la OMS hizo pública la inclusión de la sangre y los componentes sanguíneos (eritrocitos, plaquetas y plasma fresco congelado) en la Lista de medicamentos esenciales. Ello debería propiciar mejores niveles de disponibilidad, seguridad y calidad de la sangre, al alentar a los Estados Miembros a efectuar las inversiones necesarias para instituir y mantener sistemas de garantía de calidad en los establecimientos de sangre.

93. **Preparaciones biológicas internacionales de referencia de la OMS.** Desde que se adoptó la resolución WHA63.12 se han creado 34 preparaciones biológicas internacionales de referencia de la OMS con el fin de mejorar los controles de calidad en el terreno de los productos sanguíneos y los dispositivos de diagnóstico *in vitro* relacionados con la seguridad de la sangre. Los organismos de reglamentación definen los requisitos basándose en las preparaciones biológicas de referencia de

---

<sup>1</sup> *Recordatorio de la OMS a las autoridades sanitarias nacionales y la dirección de los hospitales. El proceso de transfusión clínica y la seguridad de los pacientes.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2010 (documento WHO/EHT/10.05, disponible en línea en [http://www.who.int/bloodsafety/clinical\\_use/who\\_eht\\_10\\_05\\_sp.pdf](http://www.who.int/bloodsafety/clinical_use/who_eht_10_05_sp.pdf), consultado el 25 de febrero de 2014).

<sup>2</sup> *WHO guidelines on good manufacturing practices for blood establishments.* OMS, Serie de Informes Técnicos, n.º 961, anexo 4. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011.

<sup>3</sup> *Assessment criteria for national blood regulatory systems.* OMS, Serie de Informes Técnicos, n.º 979, anexo 7. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2012.

la OMS. La Organización trabajó para definir series de productos de referencia destinados a evaluar los niveles de eficacia de los estuches de diagnóstico de la hepatitis y el VIH teniendo en cuenta los distintos genotipos y subtipos prevalentes en cada región. Con el catálogo en línea de la Organización<sup>1</sup> y por medio de talleres y organizaciones profesionales internacionales se promueven los patrones de referencia de la OMS para productos sanguíneos y dispositivos conexos de diagnóstico *in vitro*. Los talleres y seminarios técnicos han congregado a países de todas las regiones y resultaron provechosos a la vez para promover las normas de la OMS y para recoger observaciones de los países acerca de su utilidad.

94. Numerosos países de ingresos bajos y medios aún tienen planteadas importantes dificultades para reforzar su sistema nacional de sangre, garantizando así la seguridad de la sangre y los productos sanguíneos, y para aplicar políticas que mejoren los niveles de autosuficiencia y aseguren la disponibilidad de sangre y productos sanguíneos en el debido momento para atender las necesidades de los pacientes. En el futuro, la OMS se concentrará en la labor de prestar apoyo a los sistemas nacionales de sangre de los países de ingresos bajos y medios para ayudarlos a lograr la autosuficiencia en sangre y productos sanguíneos seguros.

## **K. TRASPLANTE DE ÓRGANOS Y TEJIDOS HUMANOS (resolución WHA63.22)**

95. En su 134.<sup>a</sup> reunión, el Consejo Ejecutivo tomó nota de una versión anterior del presente informe.<sup>2</sup> Se ha actualizado la información proporcionada en los párrafos 97 y 98.

96. En su resolución WHA63.22, la Asamblea de la Salud aprobó los Principios Rectores de la OMS sobre Trasplante de Células, Tejidos y Órganos Humanos. Desde entonces, estos principios han influido en la creación o modificación de las leyes, los reglamentos y otros instrumentos legislativos de unos 40 países, permitiendo a estos en particular luchar más eficazmente contra los sistemas de trasplante comerciales y facilitar la expansión de las donaciones de personas fallecidas.

97. Durante la Tercera Consulta Mundial de la OMS sobre Donación y Trasplante de Órganos (Madrid, 23 a 25 de marzo de 2010), los debates sobre el tema de la autosuficiencia mostraron que esta está llamada a ser el nuevo paradigma de las políticas en la esfera que nos ocupa; el objetivo que se persigue es satisfacer las necesidades de los pacientes de una determinada población con una prestación adecuada de servicios de trasplante y utilizando los recursos de órganos de esa misma población. El paradigma de la autosuficiencia, que parte de la premisa de que se contará con el debido apoyo y la debida supervisión de las instancias gubernamentales, se fundamenta en: *i*) la equidad en la donación de posibles donantes y la equidad en la asignación; *ii*) la educación sobre la donación pero también sobre la prevención de enfermedades que hacen que se requieran trasplantes; y *iii*) la transparencia y la profesionalidad. Para avanzar hacia la autosuficiencia, es necesario asegurar el manejo integral de, por ejemplo, las nefropatías crónicas, desde la prevención hasta el trasplante renal. De modo análogo, es fundamental que los servicios nacionales de donación y trasplante de órganos ofrezcan en todas las circunstancias posibles la oportunidad de donar órganos después de fallecer.

98. La Secretaría ha reforzado su colaboración con las autoridades sanitarias nacionales y ha alentado a las sociedades científicas y profesionales pertinentes a asumir un papel activo en la gobernanza

---

<sup>1</sup> Disponible en <http://www.who.int/bloodproducts/catalogue/en/> (consultado el 25 de febrero de 2014).

<sup>2</sup> Véase el acta resumida de la 134.<sup>a</sup> reunión del Consejo Ejecutivo, decimocuarta sesión, sección 5 (documento EB134/2014/REC/2).

mundial de las políticas de donación y trasplante. Muchas de estas sociedades contribuyen al bien público mundial:

- i)* armonizando prácticas, por ejemplo a través de los sistemas de acreditación (por ejemplo, la Worldwide Network for Blood and Marrow Transplantation);
- ii)* combatiendo las prácticas poco éticas, en particular, el mercantilismo, el tráfico de órganos y el turismo de trasplantes (véase, por ejemplo, la Declaración de Estambul sobre el Tráfico de Órganos y el Turismo de Trasplantes, redactada a iniciativa de la Sociedad de Trasplantes y la Sociedad Internacional de Nefrología);
- iii)* favoreciendo el acceso a los servicios pertinentes de trasplante (Sociedad de Trasplantes y Worldwide Network for Blood and Marrow Transplantation); y
- iv)* elaborando y manteniendo en materia de trasplantes una terminología y unos sistemas de codificación de aplicación mundial acordes con la norma mundial para la terminología, la identificación (incluido un identificador único mundial de las donaciones), la codificación y el etiquetado de los productos médicos de origen humano, la ISBT 128, de cuyo desarrollo y gestión se encarga el International Council for Commonality in Blood Banking Automation (ICCBBA).

99. Los datos sobre las actividades y prácticas en este ámbito son recopilados por el Observatorio Mundial de Donaciones y Trasplantes, creado en colaboración con la Organización Nacional de Trasplantes de España, que forma parte de los centros colaboradores de la OMS. Tanto el sitio web del Observatorio Mundial de Donaciones y Trasplantes como el Observatorio Mundial de la Salud de la OMS ofrecen datos sobre los trasplantes de órganos.<sup>1</sup> La práctica del trasplante de órganos está aumentando a nivel mundial y engloba ya un centenar de países; sin embargo, el número total de trasplantes apenas cubre el 10% de las necesidades mundiales.

100. Según se tiene constancia, se realizan donaciones de donantes muertos en 69 países. Los trasplantes con riñones de donantes muertos han aumentado en un 17% entre 2008 y 2011, mientras que los realizados con riñones de donantes vivos no han registrado cambios significativos. Es fundamental que se siga avanzando en esta esfera, de modo que la posibilidad de donar órganos después de fallecer pueda convertirse en parte integrante de los cuidados terminales. En 2011 tan solo 20 países notificaron donaciones de órganos de personas fallecidas por causas cardiovasculares.

101. Son pocos los Estados Miembros que están en condiciones de facilitar datos de actividad relacionados con la obtención, el procesamiento y la utilización de tejidos y células humanos, de un modo similar a la información relativa a los órganos. Los trasplantes de células madre hematopoyéticas son supervisados por la Worldwide Network for Blood and Marrow Transplantation. Sigue siendo prioritario asegurar la armonización a nivel mundial del control regulador de los xenotrasplantes, las terapias celulares y las intervenciones de medicina regenerativa basadas en el uso de órganos, tejidos y células alogénicos o autógenos.

102. Creada por la OMS y el Centro Nacional de Trasplantes de Italia (un centro colaborador de la OMS), la base de datos Notify Library,<sup>2</sup> que registra casos de reacciones y eventos adversos de uti-

---

<sup>1</sup> La información en cuestión está disponible, respectivamente, en <http://www.transplant-observatory.org/Pages/home.aspx> y <http://www.who.int/gho/en/> (consultado el 11 de octubre de 2013).

<sup>2</sup> Véase <http://www.notifylibrary.org/> (consultado el 11 de octubre de 2013).

lidad didáctica, tiene por cometido difundir las enseñanzas extraídas a partir de los sistemas de vigilancia y seguimiento gestionados por las autoridades nacionales y por las sociedades científicas y profesionales activas en este ámbito, de conformidad con lo dispuesto en la resolución WHA63.22.

103. En respuesta al creciente interés por las cuestiones relacionadas con los productos médicos de origen humano, la Secretaría ha puesto en marcha una iniciativa especial dentro del grupo orgánico Sistemas de Salud e Innovación. Los productos médicos de origen humano conllevan, desde la donación al seguimiento de los receptores, un riesgo común de violación de los principios éticos; también comparten riesgos relacionados con la seguridad, en particular la amenaza de diversas enfermedades transmisibles. Para garantizar la protección del donante, del receptor y de la sociedad en general, habrá que establecer un conjunto consensuado de principios mundiales que regulen el uso de productos médicos de origen humano, en particular en cuanto a la necesidad de salvaguardar la naturaleza no comercial del cuerpo humano y sus partes y de asegurar una trazabilidad rigurosa, mediante los sistemas de vigilancia y seguimiento oportunos.

## **L. ESTRATEGIA DE LA OMS SOBRE INVESTIGACIONES EN PRO DE LA SALUD**

104. En su 134.<sup>a</sup> reunión, el Consejo Ejecutivo tomó nota de una versión anterior del presente informe.<sup>1</sup> Se ha actualizado la información proporcionada en los párrafos 109 y 110.

105. Durante el bienio 2012-2013, la aplicación de la estrategia de la OMS sobre investigaciones en pro de la salud se armonizó con la de la estrategia mundial y el plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual, en particular con el elemento 1 (Establecimiento de un orden de prioridad de las necesidades de investigación y desarrollo) y el elemento 2 (Promoción de las actividades de investigación y desarrollo) del plan de acción.

106. Dentro de las actividades complementarias relacionadas con la estrategia mundial y el plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual, las oficinas regionales han participado en los esfuerzos por cartografiar las actividades de investigación y coordinar la identificación de proyectos de demostración para explorar mecanismos nuevos e innovadores con el fin de apoyar las investigaciones centradas en cuestiones prioritarias de salud pública.

107. Se han iniciado los trabajos, aún en fase de planificación, para la creación de un observatorio mundial de las actividades de investigación y desarrollo en materia de salud; y se ha emprendido un estudio inicial de identificación de interesados directos. Los trabajos en curso se basan en los resultados del taller informal sobre vigilancia del flujo de recursos destinados a la investigación y el desarrollo organizado por la OMS en febrero de 2013.<sup>2</sup>

108. Se han señalado las muchas dificultades que entraña la creación de un observatorio mundial de las actividades de investigación y desarrollo relacionadas con la salud; cabe destacar en particular la escasez de datos disponibles para los indicadores de las actividades de investigación y desarrollo en materia de salud, y la falta de información correspondiente a la mayoría de los Estados Miembros con respecto a las aportaciones (inversiones) y los resultados (los proyectos de investigación y desarrollo y

---

<sup>1</sup> Véase el acta resumida de la 134.<sup>a</sup> reunión del Consejo Ejecutivo, decimocuarta sesión, sección 5 (documento EB134/2014/REC/2).

<sup>2</sup> WHO informal workshop on monitoring R&D resource flows. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2013 (<http://www.who.int/phi/workshop14022013/en/index.html>, consultado el 21 de octubre de 2013).

las publicaciones conexas).<sup>1</sup> Por otra parte, en un estudio sobre la utilidad de la Plataforma de Registros Internacionales de Ensayos Clínicos de la OMS para evaluar la distribución mundial de los ensayos clínicos y documentar las políticas de investigación y desarrollo en materia de salud se demuestra que la distribución de los esfuerzos mundiales relacionados con la investigación es muy desigual:<sup>2</sup> por cada millón de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) en los países con ingresos altos, medios-altos, medios-bajos y bajos, se estima que aproximadamente 292,7, 13,4, 3,0 y 0,8 ensayos registrados, respectivamente, reclutan sujetos en esos países.

109. Se han entablado conversaciones con Policy Cures, un grupo de investigación independiente, sobre la organización de actividades específicas para establecer vínculos entre la base de datos de esta organización sobre fuentes de financiación de la investigación de las enfermedades desatendidas (la llamada encuesta G-FINDER) y una base de datos sobre proyectos de productos para enfermedades desatendidas. También se han iniciado contactos con Research Africa, una organización radicada en el continente africano que mantiene una base de datos de entidades que costean investigaciones, con miras a generar un mapa que indique dónde se encuentran las fuentes de financiación. La OPS inauguró en mayo de 2012 la Plataforma Regional sobre Acceso e Innovación para Tecnologías Sanitarias.<sup>3</sup>

110. Por otra parte, la Secretaría ha compilado una base de datos que ofrece una visión sistemática de las prioridades de investigación y desarrollo en materia de salud identificadas a través de los programas técnicos de la OMS y una selección de organizaciones no gubernamentales y entidades donantes de primer orden. La base de datos incluye, por ejemplo, las prioridades de investigación identificadas en los informes de los grupos de referencia encargados de enfermedades específicas que son publicados por el Programa Especial UNICEF/PNUD/Banco Mundial/OMS de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales en relación con la enfermedad de Chagas, la tripanosomiasis africana humana, la leishmaniasis, las helmintiasis, las zoonosis y enfermedades infecciosas marginales relacionadas con la pobreza, así como sobre las interacciones entre el medio ambiente, la agricultura y las enfermedades infecciosas relacionadas con la pobreza.<sup>4</sup>

111. Muchos de los conceptos esbozados en la estrategia sobre investigaciones en pro de la salud se han elaborado más a fondo en el *Informe sobre la salud en el mundo 2013*,<sup>5</sup> que comprende numerosos estudios de casos que resaltan la importancia de la investigación de cara al logro de la cobertura sanitaria universal.

---

<sup>1</sup> Røttingen JA, Regmi S, Eide M, Young AJ, Viergever RF, Årdal C 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? *The Lancet*. 2013;382:1286-1307. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61046-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61046-6).

<sup>2</sup> Viergever RF, Terry RF, Karam G. Use of data from registered clinical trials to identify gaps in health research and development. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*. 2013;91:416-425C. doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.12.114454>.

<sup>3</sup> Plataforma Regional sobre Acceso e Innovación para Tecnologías Sanitarias para las Américas. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud/Oficina Regional de la OMS para las Américas; 2013 (<http://prais.paho.org/rscpaho/>, consultado el 21 de octubre de 2013).

<sup>4</sup> Publications & resources. Ginebra, Programa Especial UNICEF/PNUD/Banco Mundial/OMS de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales, 2013 (<http://www.who.int/tdr/publications/en/>, consultado el 21 de octubre de 2013).

<sup>5</sup> *Informe sobre la salud en el mundo 2013 - Investigaciones para una cobertura sanitaria universal*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2013 (<http://apps.who.int/iris/handle/10665/85761>, consultado el 21 de octubre de 2013).

112. La Secretaría está participando en los trabajos del PHRDF (Public Health Research Data Forum), un grupo integrado por grandes entidades internacionales que financian investigaciones relacionadas con la salud pública. Los miembros de este foro se han comprometido a colaborar entre sí para mejorar la disponibilidad de los datos generados por las respectivas actividades de investigación, con el fin de acelerar el logro de avances en materia de salud pública.

113. Los comités consultivos regionales de investigaciones sanitarias celebraron reuniones en cinco de las seis regiones de la OMS.<sup>1</sup> La OMS ha empezado a revisar las estructuras institucionales que apoyan la investigación, en consonancia con las funciones básicas de determinar las líneas de investigación y formular opciones de política. El proceso de planificación para el restablecimiento de una unidad de investigación en la sede de la OMS ya está en marcha.

### **Preparación, vigilancia y respuesta**

#### **M. RESPUESTA DE LA OMS Y FUNCIÓN COMO ORGANISMO PRINCIPAL DEL GRUPO DE ACCIÓN SANITARIA EN LA ATENCIÓN DE LAS CRECIENTES DEMANDAS EN MATERIA DE SALUD EN LAS EMERGENCIAS HUMANITARIAS (resolución WHA65.20)**

114. En su 134.<sup>a</sup> reunión, el Consejo Ejecutivo tomó nota de una versión anterior del presente informe.<sup>2</sup> El texto que figura a continuación se ha actualizado y modificado teniendo en cuenta la incorporación de las observaciones formuladas durante los debates del Consejo.

115. En la resolución WHA65.20 se pide que la OMS ofrezca una respuesta humanitaria más rápida, eficaz y previsible. En el presente informe se describe la labor realizada por la OMS para establecer las políticas y procesos necesarios, reforzar la capacidad para hacer frente a un gran aumento de la demanda, desempeñar su función como organismo principal del Grupo de Acción Sanitaria, poner en funcionamiento el Marco de la OMS de Respuesta a las Emergencias, y reunir y difundir datos sobre los ataques al personal y los establecimientos y servicios de salud.

116. Se ha establecido un Equipo de gestión mundial de emergencias, integrado por subdirectores generales, directores de departamento de la Sede y directores de división de cada una de las seis regiones, con responsabilidades en las emergencias humanitarias, los brotes epidémicos y la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005). El Equipo de gestión supervisa la congruencia en el conjunto de la Organización de las actividades de la OMS en materia de emergencias, que abarcan la totalidad de los peligros, de conformidad con las obligaciones que le incumben como organismo principal del Grupo de Acción Sanitaria Mundial y en virtud del Reglamento Sanitario Internacional (2005) y los compromisos contraídos con el programa de transformación puesto en marcha por el Comité Permanente entre Organismos. El Marco de Respuesta a las Emergencias y el conexo sistema de seguimiento del desempeño se ultimaron en 2013. Hasta la fecha se han clasificado más de 30 emergencias, y se ha introducido un proceso para vigilar sistemáticamente el desempeño de la OMS. Se están ultimando listas comunes de verificación de la preparación para cada nivel de la Organización, con el fin de mejorar la preparación para responder a las crisis causadas por todo peligro que tenga conse-

---

<sup>1</sup> Participaron en esas reuniones las siguientes oficinas regionales: Oficina Regional para África, Oficina Regional para las Américas, Oficina Regional para Asia Sudoriental, Oficina Regional para Europa y Oficina Regional para el Mediterráneo Oriental.

<sup>2</sup> Véase el acta resumida de la 134.<sup>a</sup> reunión del Consejo Ejecutivo, decimocuarta sesión, sección 5 (documento EB134/2014/REC/2).

cuencias para la salud pública. La OMS ha participado en cinco importantes ejercicios de simulación, dirigiendo algunos de ellos, para poner a prueba la preparación dentro del Marco de Respuesta a las Emergencias y el programa de transformación.

117. Se están estableciendo equipos de guardia para responder a los grandes aumentos de la demanda y en septiembre de 2013 se realizó un primer curso para candidatos. Se ha ultimado una política de refuerzo y al mes de marzo de 2014 se habían firmado acuerdos con Information Management and Mine Action Programs, el Consejo Noruego para los Refugiados, RedR Australia y CANADEM. Esta capacidad adicional frente a los grandes aumentos de la demanda se complementa con un acuerdo respaldado por la Dirección General de Ayuda Humanitaria y Protección Civil de la Comisión Europea (ECHO), International Medical Corps, Merlin y the Save the Children Fund. Se han desplegado organizaciones no gubernamentales o de refuerzo asociadas en operaciones de la OMS en Filipinas, Jordania, Malí, la República Árabe Siria y la República Democrática del Congo.

118. El funcionamiento de la alianza del Grupo de Acción Sanitaria Mundial y sus asociados a escala internacional y nacional se está sometiendo a examen en el contexto del programa de transformación. En 2013, la OMS ha realizado una encuesta mundial de las capacidades de los asociados y las operaciones sobre el terreno y ha llevado a cabo un examen estratégico del Grupo de Acción Sanitaria Mundial para conformar la planificación para el próximo bienio. En junio de 2013, 24 de los 29 coordinadores de los grupos de acción sanitaria de país participaron en una reunión de examen de las operaciones en los países y recibieron información sobre temas como el programa de transformación. En 2013 se han evaluado oficialmente ocho grupos de acción sanitaria de país con el nuevo instrumento normalizado del Comité Permanente entre Organismos y se han determinado esferas en las que hay que introducir mejoras. Se han previsto evaluaciones anuales para todos los grupos de acción sanitaria de país, a partir de 2014. Con el fin de reforzar la función de la OMS como organismo principal del Grupo de Acción Sanitaria se ha establecido una unidad especial en el Departamento de Gestión de los Riesgos de Emergencias y Respuesta Humanitaria. Para el bienio 2014-2015, la OMS y sus asociados en el Grupo de Acción Sanitaria Mundial se han comprometido a mejorar sustancialmente el apoyo que prestan al grupo de acción sanitaria/al sector de la salud, y mejorar su desempeño, en 10 países prioritarios: Afganistán, Haití, Malí, Myanmar, República Árabe Siria, República Centroafricana, República Democrática del Congo, Somalia, Sudán del Sur y Yemen.

119. Estas reformas en curso de la labor de la OMS en las emergencias humanitarias han contribuido al desempeño a escala de país. De las emergencias agudas clasificadas según el Marco de Respuesta a las Emergencias en 2012-2013, las más problemáticas han sido las declaradas también crisis de nivel 3 en virtud de los nuevos protocolos del Comité Permanente entre Organismos para las respuestas en emergencias de nivel 3, a saber, las emergencias de Filipinas, la República Árabe Siria, la República Centroafricana y Sudán del Sur.

120. La crisis en la República Árabe Siria llevó a activar el apoyo de toda la Organización por medio de las oficinas de país de la OMS en Egipto, el Iraq, Jordania, el Líbano, la República Árabe Siria y Turquía. La aplicación del Marco de Respuesta a las Emergencias en la República Árabe Siria propició que la actuación de la OMS fuera más previsible y eficaz en lo que se refiere a las evaluaciones rápidas, la coordinación, la prestación de servicios de salud, la notificación, la vigilancia y respuesta ante las enfermedades y la actualización periódica de los planes de acción sanitaria.

121. El tifón Haiyan desencadenó un gran cantidad de actividades de apoyo en toda la Organización a las labores de socorro en Filipinas con la movilización de más de 130 expertos en emergencias de la sede de la OMS, las seis oficinas regionales y los organismos asociados; 84 de esos expertos ya estaban en sus puestos a los 12 días de tocar tierra el tifón. Con esa capacidad adicional, la Oficina de la OMS en el país pudo emprender rápidamente operaciones de emergencia en Manila y en ocho centros de enlace

subnacionales, prestar asistencia al Ministerio de Salud en la coordinación de la labor de 152 equipos médicos extranjeros y 148 nacionales, coordinar a más de 100 asociados en el Grupo de Acción Sanitaria y poner en marcha la variada respuesta de la OMS.

122. En la República Centroafricana, la OMS envió 20 funcionarios internacionales para apoyar las actividades en Bangui y sus alrededores. Una evaluación rápida de las necesidades, que se llevó a cabo con los asociados en el Grupos de Acción Sanitaria, ofreció información para la respuesta del sector sanitario, el fomento de la prestación de atención sanitaria gratuita para un mejor acceso, el establecimiento de un sistema de alerta y respuesta temprana ante las enfermedades, campañas de vacunación contra el sarampión y la poliomielitis y la planificación para imprevistos en caso de brotes epidémicos.

123. En Sudán del Sur, la OMS redistribuyó inmediatamente a 47 funcionarios especializados en salud pública y en la erradicación de la polio, lo que garantizó la continuidad de las actividades en 9 de 10 estados, y envió a 10 expertos adicionales en emergencias para que realizaran funciones en el ámbito de la salud pública y en los grupos de acción sanitaria nacionales y subnacionales. La preparación oportuna ante las emergencias, por ejemplo con la distribución anticipada de suministros, permitió a la OMS entregar rápidamente medicamentos y suministros vitales a asociados y servicios de salud prioritarios, en particular para tratamientos traumatológicos y atención obstétrica de emergencia. Gracias a las vacunaciones en masa se redujo el número de casos de sarampión; el 22 de febrero se puso en marcha una campaña de vacunación anticolérica en masa dirigida a 130 000 desplazados internos en campamentos.

124. Entre las restricciones que ha tenido que afrontar la respuesta de emergencia de la OMS y los asociados del sector sanitario de los países en 2012-2013 cabe citar la inseguridad, la escasez de recursos financieros, la insuficiencia de las capacidades nacionales, el pillaje y los ataques contra el personal y las instalaciones sanitarias, el aumento de los costos, las dificultades logísticas y, en algunas circunstancias, la complejidad de los procedimientos de autorización.

125. La OMS ha elaborado proyectos de métodos para acopiar y difundir sistemáticamente datos sobre los ataques a los establecimientos de salud, el personal sanitario, los transportes médicos y los pacientes en los entornos humanitarios. Un grupo de contacto asociado está prestando asesoramiento en el proceso, y en 2013 se inició una serie de consultas técnicas con una gran diversidad de organizaciones sobre la elaboración de la metodología y los instrumentos pertinentes. Se mejorará la coordinación con el Grupo Temático Mundial sobre Protección y las partes interesadas de base nacional con el fin de crear capacidad para obtener esos datos, a medida que la OMS refuerza sus actividades de defensa de la neutralidad del personal, los establecimientos y los servicios de salud, en consonancia con la declaración firmada con ese fin por más de 50 países de cinco continentes, en la que reafirman la obligación de todas las partes en conflicto de respetar las normas del derecho humanitario internacional.<sup>1</sup>

126. Para acelerar la reforma de la capacidad de la OMS a fin de atender las crecientes demandas en las emergencias humanitarias es necesario solucionar el déficit crónico de recursos humanos y financieros para sus actividades básicas, las emergencias agudas y las crisis prolongadas. La aplicación del Marco de Respuesta a las Emergencias en 2013 ha subrayado la necesidad de que se contrate y fidelice a personal básico de la OMS y se asegure la financiación de base con ese fin, en especial en las regiones y los países muy vulnerables. Por ejemplo, solo tres de los 29 países con grupos de acción sanitaria disponen de un coordinador del grupo a tiempo completo, y muy pocos disponen de un oficial de gestión de la información con dedicación plena. Del presupuesto básico de la OMS de US\$ 106,7 millones destinados a sus actividades humanitarias en el bienio 2012-2013 solo se han recibido

---

<sup>1</sup> The Common Statement on Access to Medical Care in Syria.



US\$ 44,6 millones (el 42%). La financiación íntegra del presupuesto básico de la OMS de US\$ 87,9 millones destinados a sus actividades humanitarias en 2014-2015 es esencial para cumplir con las obligaciones y los compromisos contraídos en esta esfera por la Organización y para aprovechar las recientes reformas y resultados satisfactorios. En 2013 ha persistido la relativa financiación insuficiente del sector de la salud en las emergencias a escala de país; se había recibido tan solo un 54% de los US\$ 1331 millones solicitados a través del Procedimiento de Llamamientos Unificados, frente a un porcentaje general del 62% para todos los sectores.<sup>1</sup> El sector de la salud también sigue estando insuficientemente financiado en muchas de las principales emergencias: en 2013 se recibió un 49,1% de la financiación de los grupos de acción sanitaria para la República Centroafricana y un 71,4% de la financiación para el Plan sirio de respuesta y asistencia humanitaria. Al 10 de marzo de 2014, la OMS había recibido tan solo el 11% y el 23% de las necesidades para los llamamientos de nivel 3 destinados a la República Centroafricana y Sudán del Sur, respectivamente.

127. Para seguir mejorando su desempeño como organismo principal del Grupo de Acción Sanitaria en el bienio 2014-2015, la Secretaría establecerá una unidad dedicada específicamente al grupo de acción sanitaria; el Grupo Mundial de Políticas llevará a cabo un examen del papel, las funciones y el desempeño de la OMS como organismo principal del Grupo de Acción Sanitaria; la OMS ampliará el apoyo y sus funciones de respaldo para los coordinadores de los grupos de acción sanitaria, en particular en los países que han sido designados prioritarios; tratará de dotar de personal la totalidad de las funciones básicas del grupo de acción en los países designados como prioritarios; continuará reforzando su capacidad interna y se servirá con más frecuencias de las organizaciones no gubernamentales y de refuerzo asociadas; y mejorará la evaluación y el seguimiento de la capacidad y el desempeño de los grupos de acción sanitaria a escala de país.

### **Servicios corporativos/funciones instrumentales**

#### **N. MULTILINGÜISMO: APLICACIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN (resolución WHA61.12)**

128. En su 134.<sup>a</sup> reunión, el Consejo Ejecutivo tomó nota de una versión anterior del presente informe sobre los progresos realizados.<sup>2</sup> Las estadísticas se han actualizado en el informe que se presenta a continuación.

129. Han proseguido los esfuerzos para aumentar el contenido multilingüe del sitio web de la OMS. El equipo multilingüe de editores del sitio web, en colaboración con el servicio de traducción de la Secretaría, ha logrado reducir las diferencias entre el inglés y los otros cinco idiomas oficiales de la Organización en lo que respecta a la disponibilidad de material de contenido técnico. Asimismo, el equipo ha cumplido con el objetivo de asegurar que todo el contenido de la web de carácter institucional esté disponible en los seis idiomas oficiales. Durante el bienio 2012-2013 se añadieron 1541 páginas web en árabe, 1852 en chino, 1472 en español, 2237 en francés, 8234 en inglés y 1955 en ruso.

130. Al mes de febrero de 2014, el Repositorio Institucional para Compartir Información (IRIS)<sup>2</sup> de la OMS comprendía más de 71 000 fichas en los idiomas oficiales, incluido material informativo y

---

<sup>1</sup> Fuente: Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios, Servicios de supervisión financiera, 16 de febrero de 2014.

<sup>2</sup> Véanse los documentos EB134/53, sección N, y EB134/2014/REC/2 (acta resumida de la 134.<sup>a</sup> reunión del Consejo Ejecutivo, decimocuarta sesión, sección 5).

<sup>2</sup> Disponible en <http://www.who.int/iris> (consultado el 25 de febrero de 2014).

documentación de los órganos deliberantes de la OMS (en particular, toda la documentación de la Asamblea de la Salud y del Consejo Ejecutivo de 1998 en adelante, y la documentación relacionada con el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco). IRIS está registrando un promedio de 2 millones de descargas al mes. El Repositorio se completará para finales de 2014 con el conjunto completo de documentos históricos de los órganos deliberantes publicados entre 1948 y 1997.

131. En 2012, la Federación de Rusia aportó fondos en apoyo de un proyecto de dos años de duración para mejorar la calidad y cantidad del material de información técnico y científico de la OMS disponible en ruso y para promover su difusión entre el público ruso hablante. Al mes de febrero de 2014, se habían traducido y publicado en ruso, tanto en la Sede como en la Oficina Regional para Europa, 26 publicaciones clave, al tiempo que se habían expandido los cauces de distribución para las publicaciones en ruso. Se han digitalizado e incorporado en IRIS un total de 568 publicaciones impresas en ruso. Cabe destacar asimismo la publicación de tres ediciones especiales del *Boletín de la Organización Mundial de la Salud* en dicho idioma. Se han creado o actualizado más de 20 nuevos sitios web de contenido técnico en ruso dentro del sitio web principal de la OMS y se han creado 12 perfiles de país en ruso en el sitio web de la Oficina Regional para Europa.

132. Se han seguido registrando avances en los esfuerzos por asegurar la disponibilidad del material de información de la OMS tanto en los idiomas oficiales como en otros idiomas. Durante el bienio 2012-2013, las Ediciones de la OMS autorizaron a diversos asociados externos y a las oficinas regionales a hacer 391 traducciones de 247 productos de la Sede en 54 idiomas (5 oficiales y 49 no oficiales).

133. Se siguen ofreciendo cursos gratuitos de idiomas a los funcionarios. En el bienio 2012-2013 las matriculaciones en los cursos de idiomas que se imparten en la Sede ascendieron a 1358, de las cuales 75 fueron para cursos de árabe, 35 de chino, 359 de español, 726 de francés, 128 de inglés y 35 de ruso. Desde septiembre de 2012, la OMS ofrece un programa de aprendizaje de lenguas extranjeras a distancia que, además de los idiomas oficiales de la Organización, incluye el alemán y el portugués. Los funcionarios de las oficinas regionales y de país han tenido prioridad en ese programa; durante el bienio 2012-2013 se matricularon 1788 funcionarios de todas las regiones de la OMS.

134. En 2012 y 2013 la OMS participó en un debate de mesa redonda sobre multilingüismo organizado por la Oficina de las Naciones Unidas en Ginebra y la Organisation internationale de la Francophonie.

135. La red ePORTUGUÊSe ha seguido reforzando la colaboración entre las instituciones sanitarias y los profesionales de la salud en los ocho Estados Miembros lusófonos. En 2012 y 2013 la red organizó, en colaboración con las unidades técnicas pertinentes de la Organización, varios cursos de formación, tanto en línea como presenciales, sobre seguridad del paciente, epidemiología y gestión de bibliotecas, que contaron con más de 16 000 participantes.

136. La OMS continúa trabajando con otras organizaciones del sistema de las Naciones Unidas e instituciones de la Unión Europea para lograr mejoras en materia de multilingüismo. La Secretaría dirige dos grupos de trabajo de la Reunión anual internacional sobre disposiciones en materia de idiomas, documentación y publicaciones, que se encargan de la optimización de las estructuras y métodos de los servicios de traducción e interpretación.

= = =