

Informes sobre los progresos realizados

Informe de la Secretaría

ÍNDICE

| | Página |
|---|---------------|
| Enfermedades no transmisibles | |
| A. Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020 (resolución WHA66.8) | 3 |
| B. Medidas integrales y coordinadas para gestionar los trastornos del espectro autista (resolución WHA67.8)..... | 4 |
| C. Pérdida de audición discapacitante (resolución WHA48.9) | 6 |
| Enfermedades transmisibles | |
| D. Erradicación de la dracunculiasis (resolución WHA64.16)..... | 8 |
| E. Eliminación de la esquistosomiasis (resolución WHA65.21)..... | 10 |
| F. Enfermedades tropicales desatendidas (resolución WHA66.12)..... | 12 |
| G. Prevención y control de las infecciones de transmisión sexual: estrategia mundial (resolución WHA59.19)..... | 15 |
| Promoción de la salud a lo largo del ciclo de vida | |
| H. Salud del Recién Nacido (resolución WHA67.10) | 17 |
| I. Hacia la cobertura universal en las intervenciones de salud materna, del recién nacido y del niño (resolución WHA58.31)..... | 19 |
| J. Aplicación de las recomendaciones de la Comisión de las Naciones Unidas sobre productos básicos de supervivencia para mujeres y niños (resolución WHA66.7) | 22 |

Sistemas de salud

| | | |
|----|--|----|
| K. | Determinantes sociales de la salud (resolución WHA65.8)..... | 24 |
| L. | Estructuras de financiación sostenible de la salud y cobertura universal (resolución WHA64.9)..... | 28 |
| M. | Estrategia para incorporar el análisis y las acciones de género en las actividades de la OMS (resolución WHA60.25)..... | 30 |
| N. | Progresos en el uso racional de los medicamentos (resolución WHA60.16)..... | 32 |

Preparación, vigilancia y respuesta

| | | |
|----|--|----|
| O. | Preparación para una gripe pandémica: intercambio de virus gripales y acceso a las vacunas y otros beneficios (resolución WHA64.5)..... | 34 |
| P. | Erradicación de la viruela: destrucción de las reservas de virus variólico (resolución WHA60.1)..... | 36 |

Enfermedades no transmisibles

A. PLAN DE ACCIÓN INTEGRAL SOBRE SALUD MENTAL 2013-2020 (resolución WHA66.8)

1. El plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020 fue adoptado por la 66.^a Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2013.¹ En el presente informe, tal como se pide en la resolución WHA66.8, se resumen los progresos realizados en la aplicación del plan de acción.

2. El plan de acción tiene seis metas mundiales y sus correspondientes indicadores para medir los progresos realizados en su aplicación. Tal como se pide en la resolución, la Secretaría preparó, como una de las primeras actividades relacionadas con la aplicación del plan, una serie más completa de indicadores que sirvan de base a los Estados Miembros para recopilar datos periódicamente y presentar informes a la OMS. En consecuencia, la Secretaría emprendió la identificación de indicadores para cada objetivo y área de acción, y, en función de los resultados de consultas con expertos y de estudios piloto en los países, seleccionó otros ocho indicadores básicos para complementar los ya presentes en el plan de acción, entre ellos el nivel de participación de las partes interesadas, las aportaciones de recursos humanos y económicos, la disponibilidad de servicios y el apoyo social. Todos los indicadores básicos se han incorporado a una versión actualizada del Atlas OMS de salud mental.²

3. Hasta febrero de 2015 se habían presentado 173 cuestionarios relativos al Atlas, lo cual representa una tasa de respuesta del 89%. Las tasas de respuesta fueron menores para determinados indicadores, entre ellos el apoyo social, la continuidad de la atención y el gasto en salud mental, hecho que refleja las limitaciones que tienen muchos países en relación con la disponibilidad de datos y sistemas de información. El 38% de los Estados Miembros preparan periódicamente un informe específico sobre las actividades relacionadas con la salud mental. De los 173 Estados Miembros que aportaron datos para el Atlas, el 76% refiere tener políticas independientes para la salud mental; el 57%, leyes o legislación pertinente sobre la salud mental; y el 15%, participación plena (y otro 39%, parcial) de las personas con discapacidades mentales y psicosociales en las políticas, planes, leyes y servicios. La disponibilidad de recursos y servicios para la salud mental es muy variable según los países y las regiones, y sigue siendo extremadamente limitada en muchos países de ingresos bajos. Más de la mitad de los Estados Miembros refieren tener en funcionamiento al menos dos programas de promoción y prevención en el campo de la salud mental, pero solo el 22% dispone de una estrategia nacional de prevención del suicidio.

4. Se han emprendido varias iniciativas para mejorar esta situación de partida. Los comités regionales han aprobado estrategias y marcos de acción regionales en materia de salud mental. Así, en octubre de 2014 el Comité Regional de la OMS para las Américas, en su 66.^a sesión, resolvió aprobar el Plan de acción sobre salud mental;³ en septiembre de 2013 el Comité Regional para Europa aprobó el Plan de acción europeo sobre salud mental;⁴ y en octubre de 2014 el Comité Regional para el

¹ Documento WHA66/2013/REC/1, anexo 3.

² El Atlas OMS de Salud Mental es un instrumento elaborado por la OMS para recopilar información de los países sobre los indicadores básicos de la salud mental. Esos indicadores fueron los propuestos para evaluar los progresos realizados en la aplicación del Plan de acción integral. Para más información, véase http://www.who.int/mental_health/evidence/atlasnmh/en/ (consultado el 26 de marzo de 2015).

³ Véase la resolución CD53.R7.

⁴ Véase la resolución EUR/RC63/R10.

Pacífico Occidental aprobó la Agenda regional para la aplicación del plan de acción sobre salud mental 2013-2020 en el Pacífico Occidental.¹ En la Oficina Regional para África se está negociando la revisión de la estrategia regional sobre salud mental.² También se están celebrando negociaciones en la Oficina Regional para el Mediterráneo Oriental.

5. Otra iniciativa es MiNDbank, una plataforma en línea lanzada por la OMS en diciembre de 2013, que ofrece a los planificadores de políticas, promotores e investigadores acceso a recursos internacionales y a políticas, estrategias, leyes y normas de servicios en relación con la salud mental, el abuso de sustancias, la discapacidad y los derechos humanos en más de 170 países.³

6. Entre otras iniciativas de la OMS se encuentra la publicación de varios informes: su primer informe mundial sobre el suicidio, titulado *Prevención del suicidio: un imperativo global*,⁴ se publicó en septiembre de 2014. Según las estimaciones de la Organización, en 2012 hubo 803 900 suicidios en el mundo (tasa normalizada por edades de 11,4 por 100 000 habitantes). En el área de la salud mental en las emergencias, la OMS publicó en 2013 el informe *Volver a construir mejor: atención de salud mental sostenible después de una emergencia*,⁵ y en 2014, un informe sobre los primeros socorros psicológicos durante el brote de enfermedad por el virus del Ebola.⁶

7. La Secretaría ofrece en 63 Estados Miembros apoyo técnico directo a 89 proyectos sobre temas como la salud mental y el abuso de sustancias, el desarrollo de servicios, la prevención del suicidio, el fortalecimiento de los sistemas y los servicios de salud mental (en particular tras las emergencias) o la evaluación y la promoción de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales. La guía de intervenciones del Programa de acción de la OMS para superar la brecha en salud mental (mhGAP) se está utilizando en 84 países, en 19 idiomas. La OMS y sus asociados internacionales (entre ellos los centros colaboradores) han emprendido una revisión de las directrices del mhGAP y están colaborando para establecer una Red de Innovación en Salud Mental que facilite el intercambio de prácticas óptimas y recursos para la salud mental. La Secretaría también lideró las actividades de promoción de la salud mental, en particular la organización del foro anual mhGAP en Ginebra, y participó en otros eventos mundiales, regionales y nacionales.

B. MEDIDAS INTEGRALES Y COORDINADAS PARA GESTIONAR LOS TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA (resolución WHA67.8)

8. En mayo de 2014, la 67.^a Asamblea Mundial de la Salud adoptó la resolución WHA67.8 sobre medidas integrales y coordinadas para gestionar los trastornos del espectro autista. En el presente informe se ofrece la actualización solicitada sobre los progresos realizados con respecto a los trastornos del

¹ Véase la resolución WPR/RC65.R3 sobre salud mental.

² En septiembre de 1999, el Comité Regional para África aprobó en su 49.^a reunión la Estrategia Regional de Salud Mental 2000-2010: documento AFR/RC49/9, disponible en <http://www.afro.who.int/en/clusters-a-programmes/dpc/mental-health-violence-and-injuries/mvi-publications.html> (consultado el 1 de abril de 2015).

³ Para más información sobre MiNDbank, véase http://www.who.int/mental_health/mindbank/en/ (consultado el 1 de abril de 2015).

⁴ Prevención del suicidio: un imperativo global, véase http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf?ua=1&ua=1 (consultado el 11 de marzo de 2015).

⁵ Volver a construir mejor: atención de salud mental sostenible después de una emergencia, véase http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85377/1/9789241564571_eng.pdf?ua=1 (consultado el 11 de marzo de 2015).

⁶ Psychological first aid during Ebola virus disease outbreak, véase http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131682/1/9789241548847_eng.pdf?ua=1 (consultado el 23 de marzo de 2015).

espectro autista. En particular, en la mencionada resolución se pedía a la Directora General que, entre otras cosas, aplique la resolución WHA66.8 relativa al plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020, así como la resolución WHA66.9 sobre discapacidad, a fin de ampliar la atención de salud a las personas con trastornos del espectro autista y otros trastornos del desarrollo, según proceda y como componente integrado de la ampliación de la atención para todas las necesidades de salud mental.

9. De conformidad con lo solicitado en la resolución, la Secretaría está llevando a cabo actividades y trabajando de forma integrada con la aplicación de las resoluciones WHA66.8 y WHA66.9.

10. Después de convocar la Reunión consultiva sobre los trastornos del espectro autista y otros trastornos del desarrollo: de la sensibilización a la creación de capacidad (Ginebra, 16 a 18 de septiembre de 2013),¹ la Secretaría facilitó el establecimiento de una red internacional de interesados, expertos y promotores para coordinar los esfuerzos destinados a mejorar la atención a las personas con trastornos del espectro autista y otros trastornos del desarrollo. Además, la Secretaría promovió, mediante una consulta con expertos, la definición por las instituciones académicas y de investigación de las acciones prioritarias para la sociedad civil, los gobiernos y la OMS en colaboración con los asociados. A nivel regional, prestó apoyo a las redes relacionadas con el autismo, como la Red de Europa Sudoriental sobre el Autismo, y facilitó la movilización de recursos y los mecanismos de coordinación para poner en marcha las acciones prioritarias destinadas a mejorar la atención a las personas con trastornos del espectro autista y otros trastornos del desarrollo.

11. La Secretaría ha contribuido a los esfuerzos internacionales de promoción y sensibilización organizando y participando en eventos celebrados con motivo del Día Mundial de Concienciación sobre el Autismo, de las Naciones Unidas, entre otros, en colaboración con las organizaciones de defensa y autodefensa de los autistas.

12. Con el fin de reforzar las capacidades de los países para establecer y ampliar servicios para las personas con trastornos del espectro autista y otros trastornos del desarrollo, se ha puesto a disposición de los planificadores de políticas y de los dispensadores de atención un paquete de materiales para la creación de capacidad y de directrices sobre la evaluación y la gestión de esos trastornos en el contexto del Programa de acción para superar la brecha en salud mental (mhGAP) de la OMS, que se está aplicando en 84 países.

13. Entre los instrumentos disponibles hay directrices actualizadas sobre la gestión de los trastornos del espectro autista en niños y adultos; materiales de formación para diversos prestadores de atención no especialistas, como los profesores y los agentes comunitarios; un programa de formación para mejorar las aptitudes de los padres de niños con trastornos del espectro autista y otros trastornos del desarrollo, y el borrador de una guía sobre el uso de instrumentos de detección, evaluación y seguimiento de las personas con trastornos del espectro autista y otros trastornos del desarrollo. Estos materiales se elaboraron tras un proceso consultivo riguroso y basado en evidencias con la participación de Centros Colaboradores de la OMS, investigadores expertos y usuarios. Para abril de 2015 está programado un taller de formación para mejorar las aptitudes de los padres.

14. La Secretaría está colaborando con los Estados Miembros y con organizaciones de la sociedad civil para movilizar recursos humanos y económicos destinados a los trastornos del espectro autista.

¹ El informe sobre la reunión consultiva está disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/103312/1/9789241506618_eng.pdf (consultado el 24 de marzo de 2015).

C. PÉRDIDA DE AUDICIÓN DISCAPACITANTE (resolución WHA48.9)

15. Según las estimaciones de la OMS, en el mundo hay 360 millones de personas con pérdida de audición discapacitante. De ellos, 32 millones son niños. Entre la población mayor de 65 años, cerca de una tercera parte padece pérdida de audición. La mayoría de los afectados viven en países de ingresos bajos y medianos, donde los recursos humanos, las opciones terapéuticas y el acceso a dispositivos auditivos son limitados. Análisis recientes revelan que cerca de 1000 millones de personas de 12 a 35 años de países de ingresos medianos y altos están en riesgo de padecer pérdida de audición debido a la exposición recreativa a sonidos intensos.

16. La pérdida de audición repercute en la capacidad de comunicación del individuo y en sus oportunidades educativas y laborales. Además, la pérdida de audición afecta al desarrollo social y económico de las comunidades y los países. Muchas de las causas de pérdida de audición, como las infecciones óticas, el ruido, los medicamentos ototóxicos, la rubéola o la meningitis, pueden prevenirse con medidas de salud pública. Una vez establecida la pérdida de audición, hay varias intervenciones que pueden ayudar a mejorar el funcionamiento, como los dispositivos auditivos. Sin embargo, en los países en desarrollo solo tiene acceso a audífonos el 3% de quienes los necesitan.

17. En los dos últimos decenios, muchos países de ingresos elevados y algunos de ingresos medianos han creado y puesto en práctica programas integrales de detección para identificar y tratar precozmente a los lactantes con pérdida de audición. Se han hecho progresos tecnológicos importantes, gracias a la disponibilidad de nuevas pruebas diagnósticas y de dispositivos auditivos avanzados, como los implantes cocleares.

18. Aunque muchos países ya han puesto en marcha programas de control del ruido en el trabajo, pocos han incluido también el control del ruido ambiental y recreativo.

19. A fin de ofrecer orientación técnica que respalde la aplicación de estrategias de atención audiológica por parte de los Estados Miembros, la OMS ha elaborado:

- Directrices sobre el suministro de audífonos en los países de ingresos bajos y medianos que se publicaron en 2001 y se revisaron en 2004.¹ Basándose en estas orientaciones, la OMS definió en 2013 las características de los productos preferidos en materia de audífonos y servicios.
- En 1999 se formularon directrices sobre el ruido en la comunidad.²
- En 2011 se definieron mediante un proceso consultivo los principios rectores del cribado audiológico en recién nacidos y lactantes.³

¹ Véase *Guidelines for hearing aids and services for developing countries*, 2.^a edición, septiembre de 2004, en http://www.who.int/pbd/deafness/en/hearing_aid_guide_en.pdf (consultado el 25 de marzo de 2015).

² Véase *Guidelines for community noise* en <http://whqlibdoc.who.int/hq/1999/a68672.pdf> (consultado el 25 de marzo de 2015).

³ Véase *Newborn and infant hearing screening: current issues and guiding principles for action* en http://www.who.int/blindness/publications/Newborn_and_Infant_Hearing_Screening_Report.pdf (consultado el 25 de marzo de 2015).

- En 2012 se publicaron directrices para fomentar la atención otológica y audiológica mediante programas de rehabilitación de base comunitaria.¹
20. En 1999, con el fin de lograr la uniformidad mundial de la vigilancia epidemiológica, se creó un protocolo de encuesta sobre la epidemiología de la pérdida de audición² que se ha utilizado en varios países para realizar estudios poblacionales sobre la prevalencia de la pérdida de audición.
21. En consonancia con la primacía de la atención otológica y audiológica primaria, se han redactado manuales de capacitación para profesionales sanitarios, funcionarios y médicos de atención otológica y audiológica primaria. Dichos manuales están ideados para tres niveles: básico, intermedio y avanzado. Se publicaron en 2006, han sido traducidos a muchos idiomas y se están utilizando en muchos países para fomentar la atención audiológica primaria.
22. Con el apoyo técnico de la OMS, se siguen creando y poniendo en práctica programas nacionales de atención audiológica en los siguientes Estados Miembros: Bangladesh, Guinea, Kenya, Malawi, Marruecos, Mongolia, Nicaragua, Sri Lanka, Zambia y Zimbabwe. A los países se les proporciona asistencia técnica para que puedan llevar a cabo análisis de la situación, poner en práctica programas, elaborar planes estratégicos, crear instrumentos de monitoreo y definir indicadores de los resultados.
23. Se ha establecido una red de centros colaboradores de la OMS que fortalece la alianza con los centros que trabajan en la prevención de la pérdida de audición, y entre ellos.³
24. Se han reforzado las alianzas de la OMS con organizaciones clave, como la Federación Internacional de Sociedades de Otolaringología, la Sociedad Internacional de Audiología, la Society for Sound Hearing International o Christian Blind Mission.
25. En 2013 se publicó una revisión de las estimaciones mundiales de la prevalencia de la pérdida de audición.
26. En marzo de 2014 la OMS publicó el informe *Multi-country assessment of national capacity to provide hearing care*,⁴ que se centra en la disponibilidad de recursos humanos para la atención audiológica en diferentes regiones y aporta un valor de partida del número de países que disponen de planes nacionales de atención audiológica.
27. La OMS ha llevado a cabo campañas mundiales de sensibilización sobre diferentes aspectos de la pérdida de audición. Con motivo del Día Internacional de la Atención Otológica (3 de marzo) se han realizado las campañas siguientes:

¹ Véase *Community-based rehabilitation: promoting ear and hearing care through CBR* en <http://www.who.int/pbd/deafness/news/CBREarHearingCare.pdf> (consultado el 27 de marzo de 2015).

² Para más información sobre el protocolo de encuesta, véase el sitio web de la OMS sobre epidemiología y análisis económico en http://www.who.int/pbd/deafness/activities/epidemiology_economic_analysis/en/ (consultado el 30 de marzo de 2015).

³ Para más información sobre la recién formada red de centros colaboradores de la OMS, véase <http://www.who.int/pbd/deafness/news/network/en/> (consultado el 30 de marzo de 2015).

⁴ El informe está disponible en http://www.who.int/pbd/publications/WHOReportHearingCare_Englishweb.pdf (consultado el 25 de marzo de 2015).

- En 2013 el tema fue «Audición saludable, vida feliz - atención sanitaria audiológica para las personas mayores», y la campaña se centró en las necesidades audiológicas de los mayores de 65 años.
- En 2014 el tema fue «La atención otológica puede evitar la pérdida de audición», y la campaña llamó la atención para la prevención de la otitis media mediante la atención otológica primaria.
- In 2015 el tema fue «Audición responsable y segura», y la campaña abordó el problema creciente de la pérdida de audición debida a la exposición recreativa a sonidos intensos.

28. En los próximos años la OMS tiene la intención de incrementar sus esfuerzos destinados a que los países pongan en marcha planes de atención audiológica para prevenir y tratar la pérdida de audición. Se crearán instrumentos de apoyo técnico a la creación de capacidades, a la sensibilización y a la implantación de servicios integrales de atención audiológica.

Enfermedades transmisibles

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

29. En mayo de 2011, en su resolución WHA64.16, la Asamblea de la Salud pidió que se intensificaran las actividades de erradicación y que la Directora General siguiera de cerca la aplicación de la resolución e informara anualmente de los progresos realizados hasta que se certifique la erradicación de la dracunculosis. En el presente informe se presenta la actualización solicitada relativa a 2014.

30. Desde los años ochenta, los programas nacionales de erradicación han logrado eliminar la dracunculosis en 17 países. La transmisión indígena está localizada en determinadas zonas de cuatro países en los que la enfermedad sigue siendo endémica: Chad, Etiopía, Malí y Sudán del Sur.¹

31. En 2014 se notificaron a la OMS 126 casos en 54 aldeas. En comparación con 2013, ello representa una reducción de los casos en un 15% y de las aldeas afectadas en un 48%. Los casos se notificaron en Sudán del Sur (70), Malí (40), Chad (13) y Etiopía (2). Sudán, que se encuentra en la fase de precertificación, no notificó casos en 2014 (en comparación con tres casos en 2013).² En 2014 se llevó a cabo una vigilancia activa en 8946 aldeas. El control de los copépodos mediante la utilización del larvicida temefós ha aumentado, y en la actualidad abarca a todas las localidades en que se notifican casos.

32. Después de que en abril de 2014 se introdujera en Sudán del Sur una recompensa en metálico (equivalente a US\$ 100) por cada caso de dracunculosis notificado voluntariamente, los seis países en los que la enfermedad es endémica o que se encuentran en la fase de precertificación³ están ofreciendo recompensas en metálico por la notificación voluntaria de casos. En general, aproximadamente

¹ Hasta que obtuvo la independencia el 9 de julio de 2011, Sudán del Sur formaba parte de Sudán; así pues, entre los años ochenta y 2011, había 20 países en los que la enfermedad era endémica.

² Se considera que la endemidad se ha restablecido en un país cuando: 1) no se hayan notificado casos indígenas confirmados de dracunculosis durante más de 3 años, y 2) posteriormente hay transmisión indígena de casos confirmados mediante pruebas de laboratorio durante 3 o más años civiles consecutivos (<http://www.who.int/wer/2012/wer8719.pdf?ua=1>, consultado el 13 de marzo de 2015).

³ Países con dracunculosis endémica: Chad, Etiopía, Malí y Sudán del Sur; países en fase de precertificación: Kenya y Sudán.

el 90% de los distritos informaron mensualmente durante 2014. Se comunicaron más de 14 000 rumores en los países endémicos y en fase de precertificación, y aproximadamente el 90% de ellos se investigaron en un plazo de 24 horas. Los países en fase de poscertificación siguieron presentando informes trimestrales a la OMS en 2014, y la investigación de 518 rumores en ocho de esos países¹ no confirmó caso alguno de dracunculosis.

33. La red de vigilancia de la poliomielitis ha seguido incluyendo búsquedas de casos de dracunculosis en sus días nacionales de inmunización en los países endémicos y en fase de precertificación.

34. La inseguridad y la inaccesibilidad relacionadas con los conflictos representan importantes obstáculos a la erradicación. Desde marzo de 2012, los problemas de seguridad en el norte de Malí han llevado a la interrupción de las actividades del programa nacional de erradicación de la dracunculosis, aunque los órganos de las Naciones Unidas encargados de la prestación de ayuda humanitaria han facilitado una vigilancia intermitente. La detección en Malí de más casos en 2014 que en 2013 se debe a la relativa mejoría de la seguridad. La vigilancia también se ha intensificado en los campos de refugiados malienses en Burkina Faso, Mauritania y Níger con el fin de detectar casos importados y prevenir la ulterior propagación de la enfermedad. En Sudán del Sur la agitación social ha dificultado la ejecución del programa debido a las limitaciones del acceso a las zonas endémicas y a los desplazamientos masivos de población en algunas de esas zonas.

35. Otro problema es el del Chad, donde se vienen observando desde 2010 casos humanos esporádicos y dispersos, y donde se ha documentado la existencia de perros infectados en la cuenca del río Chari. Dado lo inusual de este modo de transmisión, el Centro Carter y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades han iniciado un programa de investigación operativa destinado a encontrar formas apropiadas de acelerar la interrupción de la transmisión.

36. La Secretaría convocó una reunión científica (Ginebra, 12 y 13 de enero de 2015) con miras a determinar áreas prioritarias para la investigación operativa y examinar la epizootiología canina en el Chad y la transmisión continua de bajo nivel en Etiopía.

Certificación

37. Por recomendación de la Comisión Internacional para la Certificación de la Erradicación de la Dracunculosis en su 10.^a reunión (Ginebra, 14 y 15 de enero de 2015), la Directora General ha certificado que Ghana está libre de transmisión de la dracunculosis, con lo que el número de países, territorios y zonas certificados como libres de transmisión de la enfermedad se eleva a 198 (entre ellos 186 Estados Miembros de la OMS). Tras la certificación de Ghana, quedan ocho países por certificar: los cuatro endémicos (Chad, Etiopía, Malí y Sudán del Sur); los dos en fase de precertificación (Kenya y Sudán), y Angola y la República Democrática del Congo, en los que no hay antecedentes recientes de la enfermedad.

38. La Comisión ha aconsejado a la Secretaría que prepare un plan de acción para otorgar una recompensa mundial en cuanto se interrumpa la transmisión, como se hizo en la fase final de la campaña de erradicación de la viruela.

39. La Directora General efectúa un seguimiento mensual del programa de erradicación, y cada año se celebra una reunión para examinar los programas nacionales de erradicación de la dracunculosis.

¹ Benin, Burkina Faso, Camerún, Côte d'Ivoire, Níger, Nigeria, Togo y Uganda.

40. En paralelo a la 67.^a Asamblea Mundial de la Salud se celebró una reunión oficiosa de ministros de salud de los países en los que la dracunculosis es o fue endémica, a la que asistieron más de 100 participantes y a la que se dirigieron el ex Presidente de los Estados Unidos de América (Jimmy Carter, mediante vídeo), la Directora General y el Director Regional para África. Los ministros de salud de los cuatro países que siguen siendo endémicos, o sus representantes, a quienes se pidió que ejercieran su liderazgo promocionando personalmente los programas de erradicación, prometieron mantener su compromiso de lograr la interrupción de la transmisión de la enfermedad lo antes posible. Las visitas de los ministros de salud de Etiopía (2013) y Sudán del Sur (2014) a aldeas endémicas de sus respectivos países añadió una sensación de urgencia a la necesidad de acelerar las actividades de erradicación.

41. El Centro Carter sigue brindando apoyo operacional a las actividades de erradicación en los países endémicos. El UNICEF está apoyando el suministro de fuentes mejoradas de agua de bebida a las aldeas endémicas y en riesgo. La OMS está prestando apoyo al fortalecimiento de la vigilancia en los países en fase de precertificación y poscertificación y en las zonas libres de dracunculosis de los países endémicos, y ayudando a los países a prepararse para la certificación. Son necesarios más fondos para las actividades de erradicación en el periodo 2015-2020, tema que se examinó en una reunión de expertos celebrada en Atlanta (Estados Unidos de América) el 29 y el 30 de julio de 2014.

E. ELIMINACIÓN DE LA ESQUISTOSOMIASIS (resolución WHA65.21)

42. La esquistosomiasis sigue siendo un importante problema de salud pública, y la cifra estimada de personas que necesitaron quimioprofilaxis en 2013 fue de 261 millones.

43. Las actividades sostenidas de promoción de alto nivel en materia de enfermedades tropicales desatendidas y el aumento de los recursos en algunos países han mejorado la aplicación de los programas de control, incentivada especialmente por la hoja de ruta de la OMS para acelerar los trabajos en esta materia y la Declaración de Londres sobre las enfermedades tropicales desatendidas (2012). El control de la esquistosomiasis ha progresado: se ha notificado que en 2012 se trataron 42,1 millones de personas en 31 países, y en 2013, 40,5 millones en 23 países. Los informes de 2013 están incompletos, y es probable que las cifras aumenten una vez que se reciban los informes de más países. La disponibilidad mundial del prazicuantel aumentó a 282 millones de comprimidos en 2014, suficientes para atender el 51,2% de las necesidades; ese año, la donación por la empresa farmacéutica Merck había aumentado a 72,3 millones de comprimidos.

Región de África

44. De los 41 Estados Miembros con poblaciones que necesitan quimioprofilaxis frente a la esquistosomiasis, 36 (88%) estaban aplicándola en 2014, pero solo 14 tenían cubiertas todas las zonas endémicas. La cartografía de la esquistosomiasis ha mejorado: en 2014, 25 países estaban cartografiados totalmente (61%), y 15 parcialmente (37%). El número notificado de personas que recibieron quimioprofilaxis para la esquistosomiasis aumentó en cerca de un 25% desde 2011, hasta alcanzar 27,5 millones en 2013, pero la cobertura es muy inferior a la meta de la OMS, del 75% de los niños en edad escolar. En tres países (Burundi, Rwanda y República Unida de Tanzania (Zanzíbar)) se han iniciado proyectos de eliminación con enfoques integrados que combinan todas las estrategias necesarias: educación sanitaria, mejora del saneamiento, suministro de agua y control de los caracoles.

Región de las Américas

45. En esta Región hay poblaciones que necesitan quimioprofilaxis en dos países (Brasil y República Bolivariana de Venezuela). Otros dos (Suriname y Santa Lucía) tienen transmisión residual, mientras que en otros seis países o territorios (isla de Antigua, República Dominicana, Guadalupe, Martini-

ca, Montserrat y Puerto Rico) podría haberse interrumpido la transmisión, aunque son necesarias encuestas que lo confirmen. De acuerdo con las cifras más recientes (de 2012), más de 27 000 personas recibieron quimioprofilaxis.

Región de Asia Sudoriental

46. Solo Indonesia tiene poblaciones que necesitan quimioprofilaxis, y en 2013 la recibieron 10 392 personas (en comparación con 14 102 en 2011).

Región de Europa

47. En 2014 se notificaron 17 casos autóctonos de esquistosomiasis por *Schistosoma haematobium* en Córcega (Francia) entre 2011 y 2013, hecho que destaca la necesidad de vigilancia y de instrumentos sensibles para detectar y prevenir el establecimiento de la transmisión en nuevas zonas donde están presentes los huéspedes intermedios, los caracoles.

Región del Mediterráneo Oriental

48. Cuatro países (Egipto, Somalia, Sudán y Yemen) tienen poblaciones que necesitan quimioprofilaxis. El número notificado de personas que recibieron quimioprofilaxis en 2012 fue de 2,7 millones. En 2013, Egipto, Sudán y Yemen notificaron haber tratado a cerca de 12 millones de personas (de las cuales el 45,1% niños en edad escolar), lo cual representa un aumento considerable con respecto a 2012. El Yemen contribuyó con el 80,1% de esos casos tratados en 2013. En el Yemen el tratamiento se administró a hombres y mujeres de todos los grupos de edad, y los niños en edad escolar representaron el 56,6%; en 2013 se trataron cinco veces más personas que en 2012.

Región del Pacífico Occidental

49. Cuatro países (Camboya, China, Filipinas y República Democrática Popular Lao) tienen poblaciones que necesitan quimioprofilaxis, y en 2011 la recibieron 3,8 millones de personas, igual que en 2012. En 2013 se recibieron informes de Camboya, Filipinas y la República Democrática Popular Lao sobre el tratamiento de la esquistosomiasis; en total se trataron 1 014 529 de personas, en su mayoría adultas (77,8%). China todavía no ha presentado su informe.

50. El impacto de la quimioprofilaxis en la salud pública se ve limitado por la falta de inversiones significativas en medidas de salud pública complementarias necesarias para interrumpir la transmisión de la esquistosomiasis, tales como el control de los caracoles, el abastecimiento de agua, el saneamiento básico o la educación sobre la higiene.

51. La OMS ha clasificado a los países en función de la endemividad.¹ Varios países que no han notificado casos autóctonos durante varios años podrían haber conseguido interrumpir la transmisión, por lo que necesitan evaluaciones de la eliminación.

¹ Schistosomiasis: progress report 2001-2011 and strategic plan 2012-2020. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2012 (documento WHO/HTM/NTD/2012.7, http://www.google.ch/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&ved=OCB8QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.who.int%2Firis%2Fbitstream%2F10665%2F78074%2F1%2F9789241503174_eng.pdf&ei=YskCVZuMHdLfaqqXgMgP&usg=AFQjCNGLP01m6RZRZicNM9G6ENtRZw9CzA&sig2=P9GLfv3esEOe4KHOO7LVfA&bvm=bv.88198703,d.d2s, consultado el 13 de marzo de 2015).

52. A petición de la República Islámica del Irán, en marzo de 2013 se realizó una misión de expertos para evaluar la documentación sobre la situación de la esquistosomiasis. La misión recomendó que las autoridades nacionales compilaran un expediente sobre el éxito del programa de control. Sobre la base de ese expediente se podrían seleccionar zonas anteriormente endémicas para que fueran evaluadas con instrumentos validados en otros lugares. En 2013, una misión similar enviada a Santa Lucía comprobó que había pocos casos de esquistosomiasis al año. Se recomendó la realización de encuestas apropiadas para determinar la transmisión residual y respaldar el diseño de un programa de eliminación. En Suriname los resultados de una encuesta coprológica y serológica realizada en 2010 demostraron la existencia de niveles muy bajos de transmisión de la esquistosomiasis y que se deberían poner en marcha estrategias de eliminación. La Oficina Regional para las Américas/Organización Panamericana de la Salud y algunos asociados han prestado su apoyo a la realización de una encuesta similar en la República Dominicana en 2014 para evaluar la transmisión de la esquistosomiasis; sus resultados todavía no se han difundido.

53. La Secretaría ha redactado procedimientos para evaluar la eliminación de la transmisión, los cuales serán sometidos a las revisiones necesarias para cumplir los requisitos del Comité de Examen de Directrices tras un examen interno y por expertos. Las directrices sobre la evaluación de la eficacia de los molusquicidas en el control de los caracoles han sido actualizadas y están siendo examinadas por el Plan OMS de evaluación de plaguicidas. Se están examinando las oportunidades para integrar el control de los caracoles con otras prácticas de control vectorial o de gestión vectorial integrada en zonas donde son endémicas tanto la esquistosomiasis como otras enfermedades transmitidas por vectores. Se está examinando el uso de instrumentos innovadores para diagnosticar la esquistosomiasis, más adecuados para zonas con baja transmisión.

F. ENFERMEDADES TROPICALES DESATENDIDAS (resolución WHA66.12)

54. La Secretaría, con la orientación del Grupo Consultivo Técnico sobre Enfermedades Tropicales Desatendidas, está colaborando con los Estados Miembros para aplicar la resolución WHA66.12 mediante cinco intervenciones: *i*) quimioprofilaxis; *ii*) manejo innovador e intensificado de las enfermedades; *iii*) control de los vectores; *iv*) control de las enfermedades zoonóticas desatendidas con servicios veterinarios de salud pública adecuados; y *v*) suministro de agua salubre, saneamiento e higiene. Se han preparado planes nacionales en 74 países. En 2013, el Comité Regional para África adoptó un plan estratégico regional para 2014-2020 (resolución AFR/RC63/R6).

55. La Secretaría está actualizando las prácticas y procedimientos normalizados de recopilación de datos destinados a la notificación, validación y análisis apropiados. La Sede y las oficinas regionales están colaborando con algunos asociados en la prestación de apoyo al monitoreo y evaluación de las necesidades de los programas nacionales de control de las enfermedades tropicales desatendidas y al monitoreo de la eficacia de los medicamentos. Se está probando sobre el terreno un instrumento de valoración de la calidad de los datos, y los resultados preliminares son buenos. Con el fin de mejorar la coordinación e integración de diferentes programas, están disponibles en línea formularios que facilitan las solicitudes, los exámenes y la presentación de informes; se alienta a los programas nacionales a que los rellenen y presenten todos los años.

56. Para fortalecer la capacidad de los programas de control de las enfermedades tropicales desatendidas, la Secretaría ofreció en 2014 cursos de formación para los equipos nacionales que estén ejecutando programas de quimioprofilaxis en países populosos, como Etiopía o Nigeria; en ellos participaron aproximadamente 200 gestores de programas. También se realizaron talleres de formación similares para gestores de programas en las regiones del Mediterráneo Oriental y el Pacífico Occidental. La Secretaría también coordinó la preparación de un curso de formación para los gestores de nivel distrital, y está previsto que en los próximos meses se celebre un curso piloto. Con el apoyo de Centros Colaboradores de la OMS se han puesto en marcha nuevos cursos sobre la enfermedad de Chagas.

57. Aunque los instrumentos existentes pueden beneficiar a millones de personas que padecen o están en riesgo de padecer enfermedades tropicales desatendidas, la OMS alienta la realización de más actividades de investigación y desarrollo de medicamentos nuevos y mejorados, y de estudios sobre los trabajos destinados a maximizar la expansión de intervenciones y a intensificar el manejo de enfermedades complejas. Para algunas enfermedades se han encontrado estrategias innovadoras para integrar las actividades terapéuticas, de control y de eliminación, optimizando así la utilización de los recursos existentes. Mediante el consorcio de investigación de la OMPI, las empresas farmacéuticas han abierto sus quimiotecas a los investigadores externos, medida que mejora las perspectivas de que se desarrollen nuevos medicamentos.

58. La **dracunculosis** está a punto de ser erradicada (véase la sección D).

59. **Pian.** Estudios piloto realizados en Ghana, las Islas Salomón, Papua Nueva Guinea y Vanuatu muestran que el tratamiento oral con una dosis única de azitromicina es eficaz. En diciembre de 2014 la India presentó a la OMS un expediente que documentaba la ausencia de pian en el país y pidió a la Organización que haga una declaración oficial sobre su eliminación.

60. La Secretaría está reforzando la capacidad de los países para ampliar las intervenciones **quimioprofilácticas**. En 2014 coordinó la adquisición y el suministro de unos 1300 millones de tratamientos a 78 países. Asimismo, junto con los asociados, está efectuando previsiones e intercambios de información, además de prestar apoyo a la distribución de los medicamentos donados y de ampliar la cobertura. Mediante la quimioprofilaxis, más de 711 millones de personas recibieron tratamiento contra al menos una enfermedad en 2013, lo cual supone una cobertura mundial del 31,4% de las personas que lo necesitan.

61. La **oncocercosis** se eliminó en Colombia en 2013, y en Ecuador en 2014. En octubre de 2014, México presentó a la Secretaría un informe de eliminación. Guatemala ha finalizado la vigilancia pos-terapéutica y se está preparando para presentar un informe de eliminación este año. El Brasil y la República Bolivariana de Venezuela, en la zona transfronteriza Yanomami, son los dos últimos países de la Región de las Américas en las que prosigue la administración de medicamentos en masa.

62. También se han hecho progresos considerables en el manejo innovador e intensificado de las enfermedades. La reducción del número de casos notificados de **tripanosomiasis africana humana** es acorde con la meta de eliminación establecida en la hoja de ruta de la OMS para las enfermedades tropicales desatendidas. La población que vive en zonas de alto o muy alto riesgo se ha reducido mucho gracias al apoyo continuo prestado a los países endémicos por una alianza público-privada. Con el fin de coordinar las intervenciones, la OMS creó en 2014 una red para la eliminación de la tripanosomiasis africana humana.

63. Se han hecho progresos sin precedentes para eliminar la **leishmaniasis visceral** en el subcontinente indio. En Bangladesh, los conocimientos técnicos, el compromiso político y la movilización de la comunidad han contribuido a reducir en más de un 70% del número de nuevos casos notificados entre 2009 y 2013. En 2014, Bangladesh, Bhután, la India, Nepal y Tailandia firmaron un memorando de entendimiento para eliminar la leishmaniasis visceral, y los cinco países adoptaron el uso de dosis únicas de amfotericina B liposómica.

64. Con la inclusión de países de las regiones de África, Europa y el Mediterráneo Oriental, se ha ampliado una red de países donde la **leishmaniasis cutánea** es endémica.

65. El número de casos notificados de **úlceras de Buruli** sigue disminuyendo en muchos países. Se siguen incluyendo casos en un ensayo clínico comparativo entre una combinación de rifampicina y estreptomycinina y una combinación de rifampicina y claritromicina en Benin y Ghana; el objetivo es

validar un tratamiento antibiótico plenamente oral. Se ha progresado en el desarrollo de una prueba diagnóstica rápida para esta enfermedad. En 2014, la OMS prestó apoyo para que siete profesionales sanitarios de tres países endémicos se formaran en los Estados Unidos de América en la utilización de un método simple para detectar la micolactona en los tejidos. En colaboración con la Fundación para la Obtención de Medios de Diagnóstico Innovadores, se están equipando algunos centros sanitarios para que utilicen este método que puede proporcionar resultados en una hora.

66. Con respecto a la **enfermedad de Chagas**, se han hecho avances en la interrupción de la transmisión vectorial intradomiciliaria (especialmente en los principales focos que quedan, como el noroeste de la Argentina y el sur del Perú) y de la transmisión transfusional (en países endémicos y no endémicos), así como en la detección de los casos y su atención (desde los casos congénitos hasta los del adulto).

67. El **dengue** y la fiebre **chikungunya** siguen propagándose a un ritmo alarmante. La gran dependencia de una sola clase de insecticidas, los piretroides, es motivo de preocupación para la Secretaría; la detección de resistencia a estos compuestos requiere una gestión integral de la resistencia a los insecticidas. La Directora General ha establecido un Grupo Consultivo sobre Control de Vectores para que determine el valor que para la salud pública tienen las innovaciones en materia de control de los vectores y formule recomendaciones técnicas apropiadas. Se están fortaleciendo la capacidad y los recursos del Plan OMS de evaluación de plaguicidas para respaldar su función de puesta a prueba y evaluación de nuevos plaguicidas útiles para la salud pública y ayudar a los Estados Miembros a formular políticas, estrategias y directrices sobre el control racional de los plaguicidas. La OMS también está colaborando con sus asociados, entre ellos los del sector privado, en una iniciativa amplia para mejorar la innovación y la aplicación a gran escala de nuevos instrumentos y métodos de control de los vectores. La estrategia mundial de prevención y control del dengue 2012-2020 destaca la necesidad de medidas integradas y sostenidas de control de los vectores, de mejores productos diagnósticos y de un mejor manejo de los casos, de vigilancia integrada y de investigaciones focalizadas sobre medicamentos y vacunas, todo ello con miras a reducir para 2020 la tasa de morbilidad del dengue al menos en un 25%, y su tasa de mortalidad al menos en un 50%.

68. El control de las enfermedades zoonóticas desatendidas requiere intervenciones que rompan el ciclo de transmisión humanos–animales–medio ambiente. La OMS está colaborando con la FAO, la OIE, el sector privado, las organizaciones no gubernamentales y otros asociados para incrementar las actividades de promoción y las inversiones relacionadas con el control de enfermedades como la **equinocosis**, las **trematodiasis de origen alimentario**, la **rabia** o la **teniasis** y la **neurocisticercosis**.

69. La **rabia canina** y la **rabia humana** transmitida por el perro se han eliminado en muchos países en Latinoamérica. Entre 2010 y 2014, la rabia humana transmitida por el perro ha quedado confinada al Estado Plurinacional de Bolivia, Guatemala, Haití, Honduras, la República Dominicana y algunas zonas del Brasil y el Perú; la eliminación de la rabia humana transmitida por el perro está prevista para Latinoamérica a finales de 2015, y para las regiones de Asia Sudoriental y el Pacífico Occidental en 2020. Los estudios demostrativos preliminares realizados en Filipinas, la República Unida de Tanzania y Sudáfrica (provincia de KwaZulu-Natal) están progresando de forma notable para demostrar que es posible controlar la rabia mediante la vacunación y la gestión de las poblaciones caninas.

70. La OMS está fomentando el suministro de agua salubre, el saneamiento y la higiene como parte de los esfuerzos mundiales por reducir la transmisión de enfermedades. Con el apoyo del sector educativo, los programas escolares han contribuido a la realización de importantes progresos en la promoción de comportamientos saludables y a la ejecución de intervenciones en comunidades remotas. Las prácticas relacionadas con la inocuidad de los alimentos, en particular el lavado de las manos, han contribuido a sensibilizar a los manipuladores de alimentos, y la gestión adecuada de los productos alimentarios ha contribuido a prevenir la transmisión oral de algunas enfermedades.

71. La voluntad política y el compromiso político están en aumento y deben mantenerse para contrarrestar el impacto mundial de las enfermedades tropicales desatendidas. Es muy probable que los problemas de seguridad y los conflictos hayan influido profundamente en los sistemas de vigilancia e interrumpido los programas de eliminación. Las epidemias imprevisibles, como el actual brote de enfermedad por el virus del Ebola en África Occidental, y sus posibilidades de propagación pueden alejar la atención prestada a las enfermedades tropicales desatendidas y afectar negativamente los programas nacionales de control. Las crisis económicas pueden debilitar el impulso destinado a asegurar los recursos económicos necesarios para vencer estas enfermedades.

G. PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL: ESTRATEGIA MUNDIAL (resolución WHA59.19)

72. Las estimaciones de 2012¹ indican que hay un gran número de nuevos casos de cuatro infecciones de transmisión sexual curables en personas de 15 a 49 años: sífilis (5 millones) e infecciones por *Chlamydia trachomatis* (127 millones), *Neisseria gonorrhoea* (85 millones) y *Trichomonas vaginalis* (177 millones). La prevalencia de las infecciones por el virus del herpes simple de tipo 2 es igualmente elevada, con 417 millones de personas infectadas.

73. La Estrategia mundial de prevención y control de las infecciones de transmisión sexual, 2006-2015 se ha utilizado en todas las regiones de la OMS para elaborar estrategias o marcos regionales, y al menos el 88% de los países han actualizado políticas y directrices pertinentes con respecto a las infecciones de transmisión sexual. En particular, la mayoría de los países han recomendado la utilización del enfoque sindrómico del tratamiento de las infecciones de transmisión sexual. Todas las regiones han adaptado también la estrategia de la OMS para la eliminación mundial de la sífilis congénita.² La estrategia suele aplicarse conjuntamente con la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH. No obstante, siguen existiendo retos, como la disponibilidad de recursos humanos y económicos para que los programas incluyan los servicios relacionados con las enfermedades de transmisión en la cobertura sanitaria universal.

74. Se han hecho progresos que se pueden estimar a partir de la información obtenida a través del sistema de presentación de informes sobre los avances en la respuesta mundial al SIDA,³ el programa de vigilancia de la resistencia de los gonococos a los antimicrobianos⁴ y un cuestionario de evaluación rápida de los programas de infecciones de transmisión sexual en los Estados Miembros. La OMS y sus asociados han publicado orientaciones para dirigir el cribado a las poblaciones más vulnerables y con mayor riesgo,⁵ y la mayoría de los planes de acción nacionales contienen intervenciones dirigidas a los trabajadores del sexo, a los hombres que tienen relaciones homosexuales y a los adolescentes.

¹ Para más información sobre las estimaciones de la OMS relativas a las infecciones de transmisión sexual en 2012, véase <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/rtis/en/> (consultado el 27 de marzo de 2015).

² El documento *Eliminación mundial de la sífilis congénita: fundamentos y estrategia para la acción* está disponible en <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241595858/en/> (consultado el 11 de marzo de 2015).

³ Para más información acerca de la presentación de informes sobre los avances en la respuesta mundial al SIDA, véase <http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/globalaidsprogressreporting> (consultado el 11 de marzo de 2015).

⁴ Para más información sobre el Programa de vigilancia de la resistencia de los gonococos a los antimicrobianos, véase http://www.who.int/reproductivehealth/topics/rtis/gonococcal_resistance/en/ (consultado el 13 de marzo de 2015).

⁵ *Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations*. Disponible en <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/keypopulations/en/> (consultado el 13 de marzo de 2015).

75. El cribado de las infecciones de transmisión sexual es raro en entornos con escasos recursos; generalmente implica el análisis de la sangre obtenida en consultas prenatales o de donantes de sangre para detectar la sífilis y marcadores de las infecciones por el VIH y el virus de la hepatitis B.

76. Hay gran necesidad de fortalecer los sistemas regionales y mundiales de vigilancia y monitoreo. Se necesitan con urgencia estudios etiológicos más regulares para identificar los organismos causantes predominantes. En respuesta a esta necesidad, la OMS ha publicado orientaciones para reforzar los sistemas de vigilancia,¹ revisado el sistema de Presentación de informes sobre los avances en la respuesta mundial al SIDA para que incluya 10 indicadores, y publicado datos a través del Observatorio Mundial de la Salud. Los informes mundiales anuales de vigilancia² resumen datos sobre: el número de casos notificados de infecciones de transmisión sexual; la resistencia de los gonococos a los antimicrobianos; la carga de morbilidad, y los progresos hacia eliminación de la transmisión materno-infantil de la sífilis.³ Se están haciendo progresos hacia la consecución de este último objetivo: la proporción de embarazadas sometidas a pruebas de detección de la sífilis en consultas prenatales ha aumentado del 78% en 2008 al 84% en 2013, la tasa notificada de seropositividad para la sífilis ha disminuido en este grupo del 1,4% al 0,6%, y la cifra estimada de desenlaces adversos del embarazo atribuibles a la sífilis ha disminuido de 520 000 en 2008 a 370 000 en 2012. Aunque los progresos son alentadores, son necesarios más esfuerzos para alcanzar dos metas: que al menos el 95% de las embarazadas sean sometidas a cribado y que el 95% de los casos positivos sean tratados en todos los países.

77. La resistencia de *Neisseria gonorrhoeae* a las penicilinas y las quinolonas está generalizada, y está surgiendo resistencia a las cefalosporinas (el tratamiento de último recurso), aunque solo 67 países, sobre todo de las regiones de Europa y del Pacífico Occidental han presentado informes sobre la resistencia a los antimicrobianos. En respuesta a esta situación, la OMS ha publicado información y un plan de acción mundial para controlar la propagación y el impacto de la resistencia de los gonococos en el contexto del plan mundial de acción contra la resistencia a los antimicrobianos.^{4,5}

78. Para después de 2015 es necesaria una renovación de la estrategia mundial que, teniendo en cuenta los éxitos obtenidos y las enseñanzas adquiridas, incluya las siguientes medidas en el contexto de la cobertura sanitaria universal y de los objetivos de desarrollo sostenible:

- reforzamiento de los mecanismos de financiación de los servicios relacionados con las infecciones de transmisión sexual, y de los recursos humanos;

¹ *Estrategias y métodos de laboratorio para reforzar la vigilancia de las infecciones de transmisión sexual 2012*. Disponible en <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241504478/en/> (consultado el 11 de marzo de 2015).

² *Report on global sexually transmitted infection surveillance 2013*. Disponible en <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/stis-surveillance-2013/en/> (consultado el 17 de marzo de 2015).

³ Para más información sobre los progresos hacia la eliminación de la transmisión materno-infantil de la sífilis, véase http://www.who.int/reproductivehealth/topics/rtis/cs_global_updates/en/ (consultado el 13 de marzo de 2015).

⁴ Información adicional sobre la resistencia de los gonococos a los antimicrobianos y la publicación *Sexually transmitted infections* disponibles en <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/articles/en/> (consultado el 11 de marzo de 2015); la publicación *Global action plan to control the spread and impact of antimicrobial resistance in Neisseria gonorrhoeae* está disponible en <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241503501/en/> (consultado el 11 de marzo de 2015).

⁵ Véase el documento A68/20.

- aumento del acceso a los servicios mediante la integración de la prevención y el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual en programas más amplios, en particular los relacionados con la infección por el VIH y la salud reproductiva;
- prestación de orientación a los Estados Miembros sobre los mecanismos para expandir las intervenciones, en particular entre las poblaciones vulnerables clave, fortalecer la vigilancia, mejorar los conocimientos y aumentar el número de países que presentan informes sobre la prevalencia, la etiología y la resistencia a los antimicrobianos;
- aceleración del acceso a innovaciones mediante el desarrollo y la introducción de pruebas diagnósticas en el lugar de consulta y de nuevas intervenciones preventivas, como las vacunas, los microbicidas o los métodos de promoción de la salud.

Promoción de la salud a lo largo del ciclo de vida

H. SALUD DEL RECIÉN NACIDO (resolución WHA67.10)

79. Los avances logrados en la reducción de las tasas de mortinatalidad y mortalidad neonatal y en la ampliación de la cobertura de las intervenciones esenciales conexas a nivel de los países figuran descritos en los informes sobre monitoreo del logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud y sobre las medidas adoptadas para asegurar la cobertura universal de las intervenciones de salud de la madre, del recién nacido y del niño.¹ Existe asimismo un informe más detallado sobre los esfuerzos desplegados por los Estados Miembros, las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas y los agentes no estatales (se trata de un documento aparte sobre la intervención multipartita en este ámbito).²

80. Reconociendo la necesidad urgente de mejorar la salud neonatal, los Estados Miembros contrajeron, en el marco de las consultas sobre el Plan de acción para todos los recién nacidos, una serie de compromisos concretos; varios países decidieron alinear sus prioridades nacionales con las establecidas en el citado instrumento. Desde la adopción de la resolución WHA67.10, ha aumentado considerablemente el número de países que han finalizado planes de acción nacionales sobre salud neonatal o reforzado los componentes pertinentes dentro de planes de salud reproductiva, materna, neonatal e infantil ya en vigor; otros países están elaborando planes de acción nacionales de esta índole o revisando las estrategias y planes existentes (véase el cuadro 1). Por otro lado, al menos 10 países han patrocinado eventos nacionales en apoyo de la difusión del plan de acción³ o participado en eventos regionales.⁴ El cuadro que figura a continuación ofrece un resumen del estado de las estrategias y planes nacionales actualizados, al mes de marzo de 2015.

¹ Véanse, respectivamente, el documento A68/13 (*Monitoreo del logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud*) y la sección I del presente informe.

² UNICEF, *Every newborn action plan progress report 2015* (www.everynewborn.org).

³ Por ejemplo, China, Etiopía, Ghana, India, Nigeria, Pakistán, Rwanda, Sudáfrica, República Unida de Tanzania y Uganda.

⁴ En el África subsahariana, el Mediterráneo Oriental, América Latina y el Caribe, la Región del Pacífico Occidental y Asia Sudoriental. Véase también el sitio www.everynewborn.org para enlaces a información sobre los progresos realizados (consultado el 1 de abril de 2015).

Cuadro 1. Países con planes nacionales de acción sobre salud neonatal y países con componentes reforzados relativos a esta cuestión dentro de planes ya en vigor

| | |
|--|--|
| <p>Países que han contraído compromisos concretos para mejorar la salud neonatal, al mes de marzo de 2015</p> | <p>Afganistán, Bangladesh, Benin, Bolivia (Estado Plurinacional de), Camboya, Camerún, Chad, China, Etiopía, Filipinas, Ghana, Haití, India, Indonesia, Islas Salomón, Kenya, Malawi, Mongolia, Mozambique, Namibia, Omán, República Democrática del Congo, República Democrática Popular Lao, República Unida de Tanzania, Rwanda, Senegal, Sudáfrica, Swazilandia, Timor-Leste, Uganda, Viet Nam, Zambia y Zimbabwe.</p> |
| <p>Países que están preparando instrumentos de compromiso concretos para mejorar la salud neonatal</p> | <p>Botswana, Guinea-Bissau, Lesotho, Madagascar, Myanmar, Nepal, Nigeria, Pakistán, Sierra Leona y Tayikistán.</p> |

81. Diversas iniciativas regionales encabezadas por la OMS apoyan la aplicación del plan de acción sobre salud neonatal, entre ellas: la Estrategia y Plan de acción regionales sobre la salud del recién nacido en el contexto del proceso continuo de la atención de la madre del recién nacido y del niño (2008-2015) en la Región de las Américas; varias iniciativas para la mejora de la calidad de la atención materna y neonatal en las regiones de África y Europa; diversos planes para acelerar los avances en materia de salud materna e infantil en la Región del Mediterráneo Oriental; un grupo de asesoramiento técnico y una red regional para el fortalecimiento de la salud del recién nacido y la prevención de la mortinatalidad en la Región de Asia Sudoriental; y el Plan de acción para recién nacidos sanos (2014-2020) y la campaña conexas de atención neonatal «First Embrace» («El primer abrazo») en la Región del Pacífico Occidental.

82. La Secretaría continúa facilitando a los Estados Miembros orientación normativa y apoyo para mejorar la salud neonatal y prevenir la mortinatalidad¹. En relación con el objetivo estratégico 2 del plan de acción («mejorar la calidad de la atención materna y neonatal»), la Secretaría está preparando una estrategia para mejorar la calidad de la atención prestada a las madres y los recién nacidos, con énfasis particular en la calidad de la atención perinatal y la atención dispensada a los recién nacidos enfermos y de pequeño tamaño. Esta labor incluye la formulación de normas para la prestación de servicios basadas en datos probatorios. La OMS está coordinando asimismo un amplio programa de investigación sobre salud neonatal.²

83. Tras la puesta en marcha del plan de acción «Todos los recién nacidos», se establecieron tres grupos de trabajo para facilitar la coordinación de las intervenciones en sus respectivas esferas, a saber: la ejecución, la promoción y el proceso de seguimiento y evaluación.³ A través de este mecanismo, la OMS está elaborando un sistema para seguir de cerca la aplicación de los planes nacionales destina-

¹ Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño. *Essential interventions, commodities and guidelines for reproductive, maternal, newborn and child health: a global review of the key interventions related to reproductive, maternal, newborn and child health*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011 (disponible en inglés en http://www.who.int/pmnch/topics/part_publications/essential_interventions_18_01_2012.pdf, consultado el 9 de abril de 2015).

² Véase el documento A68/13.

³ <http://www.everynewborn.org/contact/> (consultado el 1 de abril de 2015).

dos a poner fin a las muertes maternas, neonatales y fetales prevenibles.¹ En ese contexto, tiene previsto llevar a cabo actividades de cartografía, definir y validar una serie de indicadores clave para el seguimiento de la calidad, la cobertura y el impacto de diversas intervenciones esenciales y promover la institucionalización e incorporación de estas dentro de plataformas nacionales de recopilación de datos.²

84. En respuesta a la petición del Consejo de Derechos Humanos,³ la Secretaría proporcionó asistencia técnica para la elaboración, por una parte, de un informe sobre la mortalidad de los niños menores de 5 años y los derechos humanos y, por otra, de orientaciones técnicas sobre la aplicación de un enfoque basado en los derechos humanos que contribuya a reducir y eliminar la mortalidad de los niños menores de 5 años, con énfasis particular en la integración de las normas y principios de derechos humanos en los esfuerzos encaminados a mejorar la salud del recién nacido.

85. Los asociados para el desarrollo, las organizaciones de profesionales de la salud, la sociedad civil y otros interesados directos siguen colaborando para ayudar a los dirigentes gubernamentales, las instancias normativas y los directores de programas a ejecutar las medidas previstas en el plan. En el Foro de Asociados convocado por la Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño,⁴ se anunciaron más de 40 nuevos compromisos de aplicación del plan de acción, muchos de ellos por parte de entidades del sector privado.

I. HACIA LA COBERTURA UNIVERSAL EN LAS INTERVENCIONES DE SALUD MATERNA, DEL RECIÉN NACIDO Y DEL NIÑO (resolución WHA58.31)

86. En el presente informe se remite la información actualizada bienal solicitada sobre los progresos realizados en la reducción de la exclusión y el logro del acceso y la cobertura universales en los programas de salud reproductiva, materna, del recién nacido y del niño. El informe recoge los datos correspondientes a los 75 países que registran el 95% de los casos de mortalidad materna, neonatal e infantil (véase el cuadro 2).

87. Los progresos logrados desde 2010 en la reducción de la mortalidad materna, neonatal e infantil han sido alentadores,⁵ pues las tasas medias de reducción han sido superiores que en cualquier otro momento de los dos últimos decenios. Con todo, los progresos generales han sido insuficientes.

88. Las intervenciones esenciales de salud reproductiva, materna, del recién nacido y del niño han sido la base de inversiones estratégicas en los países.⁶ Si bien la cobertura general ha aumentado, las

¹ Véase <http://www.everynewborn.org/every-newborn-event-summary-enap-metrics-meeting/> (consultado el 1 de abril de 2015).

² Véase el documento EB137/4 (*Salud del recién nacido: proyecto de marco de rendición de cuentas*).

³ Resoluciones 22/32 y 24/11 del Consejo de Derechos Humanos.

⁴ Para más información sobre el Foro de Asociados de 2014, véase <http://www.who.int/pmnch/about/governance/partnersforum/pf2014/en/> (consultado el 30 de marzo de 2015).

⁵ Documento EB136/14.

⁶ La publicación conjunta (OMS, Universidad Aga Khan y Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño) titulada *Intervenciones, productos y directrices esenciales para la salud reproductiva, de la madre, el recién nacido y el niño*, puede consultarse en http://www.who.int/pmnch/knowledge/publications/201112_essential_interventions/es/ (consultado el 30 de marzo de 2015).

desigualdades están generalizadas y, en la mayoría de los países, el grado de cobertura poblacional entre los más ricos supera enormemente a la de los pobres.

89. La OMS colabora con los Estados Miembros y los asociados en una serie de iniciativas destinadas a mejorar los resultados en la salud reproductiva, materna, del recién nacido y del niño, en particular el Plan de acción mundial sobre vacunas.¹ Los donantes comprometieron US\$ 7539 millones en los próximos cinco años para hacer llegar vacunas y programas de inmunización a diferentes países con el apoyo de la Alianza GAVI.²

90. La OMS ha intensificado su colaboración con los Estados Miembros y los asociados para velar por la aplicación del plan de acción sobre la salud del recién nacido.³ La Secretaría proporcionó orientaciones adicionales, en particular la publicación titulada *Estrategias para poner fin a la mortalidad materna prevenible*.⁴ En consecuencia, se espera que la cobertura en las intervenciones esenciales, como la planificación familiar, la atención especializada en torno al momento del parto, y la atención postnatal integrada para la madre y el niño, mejore en los próximos años.⁵

91. En el plan de acción mundial para acabar con la mortalidad prevenible en la niñez por causa de la neumonía y la diarrea⁶ se reconoce la importancia crucial de adoptar medidas de protección, preventivas y curativas. Sin embargo, los progresos logrados en la aplicación del plan de acción son modestos y requieren de todas las partes interesadas pertinentes un mayor compromiso, inversión y coordinación.⁷

92. En la futura Estrategia mundial del Secretario General de las Naciones Unidas para la salud de la mujer, el niño y el adolescente,⁸ cuya publicación está prevista para septiembre de 2015, se tomarán en consideración las metas y objetivos de la agenda para poner fin a la mortalidad materna, neonatal e infantil y se potenciará la adopción de un enfoque multisectorial para mejorar la salud de las mujeres, los niños y los adolescentes a lo largo del ciclo vital, con una atención especial a las poblaciones que necesitan asistencia humanitaria. Se está constituyendo un fondo mundial de financiación para acelerar la aplicación de la Estrategia mundial en los países a través de estrategias de financiación sostenible y planes de inversión basados en pruebas científicas y adaptados a contextos específicos.

¹ Véase el documento EB136/25.

² <http://www.gavi.org> (consultado el 24 de abril de 2015).

³ Véase la sección H del informe sobre los progresos realizados (documento A68/36) y el documento WHA67/2014/REC/1, anexo 4.

⁴ La publicación titulada *Estrategias para poner fin a la mortalidad materna prevenible*, puede consultarse (en inglés) en http://who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/epmm/en/ (consultado el 30 de marzo de 2015).

⁵ Véase el documento EB136/18.

⁶ La publicación conjunta (UNICEF y OMS) titulada *Ending preventable child deaths from pneumonia and diarrhoea by 2025: the integrated Global Action Plan for Prevention and Control of Pneumonia and Diarrhoea (GAPPD)*, puede consultarse (en inglés) en http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/global_action_plan_pneumonia_diarrhoea/en/ (consultado el 30 de marzo de 2015).

⁷ Véase el documento EB136/14.

⁸ Véase (en inglés): <http://www.everywomaneverychild.org/news-events/news/1014-shaping-the-future-for-healthy-women-children-adolescents-learn-more-about-the-process-to-update-the-global-strategy> (consultado el 30 de marzo de 2015).

Cuadro 2. Cobertura en las intervenciones esenciales de salud reproductiva, materna, del recién nacido y del niño^{1,2} para los 75 países en cuenta regresiva

| Indicador | Número de países con datos | Mediana de la cobertura (%) | Intervalo (%) |
|--|-----------------------------------|------------------------------------|----------------------|
| Antes del embarazo | | | |
| Se ha satisfecho la demanda de planificación familiar | 54 | 64 | 13-95 |
| Embarazo | | | |
| Atención prenatal (al menos una visita) | 58 | 90 | 40-100 |
| Atención prenatal (al menos cuatro visitas) | 48 | 53 | 15-94 |
| Tratamiento preventivo intermitente contra el paludismo para mujeres embarazadas | 34 | 22 | 2-69 |
| Protección contra el tétanos neonatal | 67 | 84 | 43-94 |
| Parto | | | |
| Asistencia especializada durante el parto | 60 | 63 | 10-100 |
| Puerperio | | | |
| Iniciación temprana de la lactancia materna | 47 | 50 | 18-95 |
| Visita postnatal a la madre | 32 | 45 | 7-93 |
| Visita postnatal al bebé | 17 | 30 | 5-83 |
| Lactancia | | | |
| Lactancia materna exclusiva | 51 | 41 | 3-85 |
| Introducción de alimentos sólidos, semisólidos o papillas | 47 | 66 | 20-92 |
| Difteria-tétanos-tos ferina (tres dosis) | 75 | 85 | 33-99 |
| Inmunización contra el sarampión (primera dosis) | 75 | 84 | 42-99 |

¹ El grado de cobertura de los indicadores seleccionados para las intervenciones de salud reproductiva, materna, del recién nacido y del niño en los 75 países en cuenta regresiva se basa en la encuesta más reciente, de 2008 o posterior.

² La publicación titulada *Countdown to 2015: Fulfilling the health agenda for women and children: the 2014 report* está disponible (en inglés) en <http://www.countdown2015mch.org/reports-and-articles/2014-report> (consultado el 30 de marzo de 2015).

| Indicador | Número de países con datos | Mediana de la cobertura (%) | Intervalo (%) |
|---|-----------------------------------|------------------------------------|----------------------|
| Inmunización contra <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b (tres dosis) | 66 | 52 | 10-99 |
| Administración complementaria de vitamina A (dos dosis) | 55 | 78 | 0-99 |
| Infancia | | | |
| Niños que duermen bajo mosquiteros tratados con insecticidas | 36 | 38 | 10-77 |
| Búsqueda de atención para los síntomas de neumonía | 53 | 52 | 26-80 |
| Tratamiento antibiótico para los síntomas de neumonía | 40 | 46 | 7-88 |
| Tratamiento contra el paludismo (antipalúdicos de primera línea) | 35 | 32 | 3-97 |
| Terapia de rehidratación oral con alimentación continua | 45 | 47 | 12-76 |
| Sales de rehidratación oral | 55 | 37 | 11-78 |
| Fuentes de agua de bebida mejoradas (total) | 72 | 75 | 30-99 |
| Instalaciones de saneamiento mejoradas (total) | 72 | 38 | 9-100 |

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

93. En la resolución WHA66.7 se insta a los Estados Miembros a que pongan en práctica, según corresponda, el plan de aplicación sobre productos básicos de supervivencia para las mujeres y los niños; y se pide a la Directora General, entre otras cosas, que brinde apoyo al Grupo de Examen de Expertos independientes en información y rendición de cuentas sobre la salud de la mujer y el niño cuando evalúe los progresos realizados en la ejecución de la Estrategia Mundial del Secretario General de las Naciones Unidas para la Salud de la Mujer y el Niño, así como en la aplicación de las recomendaciones de la Comisión de las Naciones Unidas sobre Productos Básicos de Supervivencia para Mujeres y Niños. A continuación se ofrece la información actualizada anual solicitada sobre los progresos realizados en el seguimiento de las recomendaciones desde 2014.

94. Los ministerios de salud, la alianza H4+¹ y casi 100 organizaciones asociadas han emprendido actividades relacionadas con las recomendaciones. Cabe citar, por ejemplo, los nueve países pioneros que han aplicado planes específicos para tratar de salvar obstáculos: Etiopía, Malawi, el Níger, Nigeria, el Senegal, Sierra Leona, Uganda, la República Democrática del Congo y la República Unida de Tanzania. El Fondo de Depósito para la Salud Reproductiva, de la Madre, el Recién Nacido y el Niño,² al que se encomendó el apoyo de la aplicación de las recomendaciones, comprometió cerca de US\$ 112 millones en 2014 para dichos países, a través de UNFPA, UNICEF y la OMS. Se espera que todas las actividades previstas en esos países se completen a más tardar en 2015. Otro grupo de países está elaborando planes que contarán con el apoyo de la H4+ y ese mismo fondo en 2015.

95. Los países se han comprometido a la capacitación de personal sanitario y a la puesta en marcha de actividades en función de la demanda, en consonancia con lo que se pide en la resolución a los Estados Miembros, a saber, que pongan en práctica, según corresponda, el plan de aplicación sobre productos básicos de supervivencia para las mujeres y los niños, y que, en particular, entre otras cosas, implanten mecanismos e intervenciones de utilidad comprobada para que los prestadores de asistencia sanitaria conozcan bien las directrices nacionales más recientes sobre salud materno-infantil. Más de 3600 profesionales sanitarios de los nueve países mencionados, por ejemplo, han recibido capacitación en la administración de productos básicos de supervivencia, como la inserción de implantes de etonogestrel para la planificación familiar, y misoprostol para la prevención y el tratamiento de hemorragias durante el parto. En el Níger, las elevadas tasas de fertilidad en las adolescentes se abordaron mediante la adquisición y distribución de 60 000 implantes de etonogestrel en los puntos de prestación de servicio y las clínicas móviles. En el Senegal, más de 12 000 agentes comunitarios recibieron capacitación para reforzar la atención en el ámbito comunitario. Para facilitar el acceso a la anticoncepción de emergencia y a los preservativos femeninos se han efectuado reseñas de las mejores prácticas, la OMS ha elaborado, junto con la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional y UNFPA, un nuevo módulo sobre anticoncepción de emergencia para el lote de recursos de formación en planificación familiar, y se han llevado a cabo investigaciones operacionales en Malawi.

96. En Uganda, se elaboraron recomendaciones fundamentales para respaldar el fomento, puesta en marcha y evaluación de la utilización local de las directrices de la OMS sobre salud materna y perinatal. En la República Unida de Tanzania existen actividades similares en curso para incrementar el acceso a las directrices de la OMS sobre salud materna y su utilización eficaz. En Sierra Leona, se reprogramaron rápidamente fondos en julio de 2014 para responder al brote de la enfermedad por el virus del Ebola. Los fondos se utilizaron para capacitar a rastreadores de contactos y a sus supervisores, y para la adquisición y distribución de equipo y materiales fungibles para el tratamiento del ebola y para los centros de retención.

97. En el ámbito mundial, gracias a una red de equipos de recursos técnicos se han fomentado las asociaciones y se han eliminado barreras generales. Los 13 productos básicos de supervivencia, por ejemplo, figuran ahora en la Lista Modelo de la OMS de Medicamentos Esenciales, que sirve de guía en la adquisición y financiación. La actualización de las correspondientes directrices terapéuticas se ha realizado o está en curso. Los organismos de reglamentación de 22 países de la Región de África han acordado vías de reglamentación para productos pediátricos sanitarios. Seis países pioneros fir-

¹ La alianza H4+ está integrada por organismos de las Naciones Unidas (ONUSIDA, UNFPA, UNICEF, ONU Mujeres y la OMS) y por el Banco Mundial. Para más información, véase (en inglés) <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/reports/9789241506007/en/> (consultado el 17 de marzo de 2015).

² Para más información sobre el Fondo de Depósito para la Salud Reproductiva, de la Madre, el Recién Nacido y el Niño, véase <http://www.lifesavingcommodities.org/uk-contributes-to-rmnch-trust-fund-to-save-newborn-and-mothers-lives/> (consultado el 27 de marzo de 2015).

maron y comenzaron a utilizar un nuevo procedimiento acelerado de aprobación de productos de salud reproductiva y otros productos. En Nigeria, cuatro fabricantes consiguieron, gracias a la asistencia técnica, la certificación de la OMS en las buenas prácticas de fabricación vigentes —una primicia en la región. Además, está en marcha la armonización de las especificaciones de adquisición de productos básicos de supervivencia. Las organizaciones no gubernamentales desempeñan una función primordial en las iniciativas de promoción.

98. La mayoría de los países experimentaron retrasos en la aplicación de sus planes, muchas veces debido a cambios en los asociados en la aplicación o en la cesión de contratos. Hay una firme voluntad política de colaboración como medio de refuerzo, pero las complejidades operacionales y los costos con frecuencia siguen estando por encima de las posibilidades de la mayoría de los países. Una lección aprendida es que sería útil armonizar en el ámbito de país los requisitos administrativos de las organizaciones asociadas de las Naciones Unidas. Los países se han percatado de la constante dificultad de gestionar la dependencia de los medicamentos importados. La inestabilidad de la financiación y el suministro, por ejemplo, contribuye a elevar los costos de determinados medicamentos.

Sistemas de salud

K. DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD (resolución WHA65.8)

99. La 65.^a Asamblea Mundial de la Salud aprobó en mayo de 2012 la resolución WHA65.8, relativa al logro de avances en relación con los determinantes sociales de la salud y el programa en pro de la equidad sanitaria. El presente informe ofrece la actualización requerida del informe del que la 66.^a Asamblea Mundial de la Salud tomó nota en mayo de 2013.¹

100. La voluntad política y la adopción de medidas en relación con los determinantes sociales de la salud y la equidad sanitaria han ido aumentando de forma constante. En marzo de 2013 un total de 103 estrategias de cooperación en los países incluían solicitudes de apoyo técnico para la definición de un enfoque que tenga en cuenta los determinantes sociales o que integre la salud en todas las políticas. La necesidad, ampliamente reconocida, de integrar los determinantes sociales y la equidad sanitaria en los programas mundiales de salud y desarrollo es un elemento que reviste especial atención dentro de los objetivos de desarrollo sostenible y los procesos de cobertura sanitaria universal para después de 2015.

101. La Octava Conferencia Mundial de Promoción de la Salud (Helsinki, 10 a 14 de junio de 2013) se centró en el criterio de la incorporación de la salud en todas las políticas. La Asamblea de la Salud pedía a este respecto, en su resolución WHA67.12, que se preparara un proyecto de marco para la actuación en los países. El manual de capacitación de la OMS para la incorporación de la salud en todas las políticas (*Health in All Policies Training Manual*) respalda diversas competencias y enfoques relacionados con este criterio.² En marzo de 2015 se organizó un curso de formación sobre el uso del citado manual, al que asistieron representantes de instituciones de todas las regiones.

102. **Los determinantes sociales ocupan un lugar prioritario dentro de los planes estratégicos de las oficinas regionales de la OMS.** En 2013 la Oficina Regional para África publicó una estrate-

¹ Documento A66/15.

² El manual de capacitación está disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/151788/1/9789241507981_eng.pdf?ua=1 (consultado el 13 de marzo de 2015).

gia para la promoción de la salud en la región (*Health promotion: strategy for the African Region*)¹ en la que se hace gran hincapié en la integración de la salud en todas las políticas.

103. En el caso de la Oficina Regional para las Américas, los determinantes sociales son parte integrante de su Plan estratégico para 2014-2019.² En 2014 el Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud aprobó, en su 53.^a reunión (66.^a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas), un plan de acción regional sobre la salud en todas las políticas;³ en marzo de 2015 se celebró una reunión de alto nivel para la aplicación del plan. Los determinantes sociales constituyen, por otro lado, una de las cinco prioridades previstas en el plan de acción para 2010-2015 de la Unión de Naciones Suramericanas (UNASUR).

104. En 2014 la Región de Asia Sudoriental publicó un marco regional sobre la integración de la salud en todas las políticas.⁴

105. En 2012 el Comité Regional para Europa aprobó el programa *Health2020*, que incluye un marco de política y una estrategia europeos para el siglo XXI, centrados en la actuación de los gobiernos y de la sociedad, cuya finalidad es reducir las inequidades sanitarias; el programa viene acompañado, y respaldado, por un examen de los determinantes sociales y las desigualdades en salud dentro de la Región de Europa.⁵ Todos los países de la región han adoptado políticas de salud nacionales en consonancia con el programa *Health2020*; en la reunión que el Comité Regional para Europa celebró en 2014, se debatió la integración del programa en el próximo Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo, así como la coordinación regional en relación con los determinantes sociales.

106. En una reunión celebrada en 2014 antes de la reunión del Comité Regional para el Mediterráneo Oriental, se presentó un examen de los principales determinantes sociales en la región. Se solicitó que se elaborara una estrategia regional para abordar los determinantes sociales y que se estableciera un grupo de trabajo específicamente encargado de esta cuestión.

107. En la Región del Pacífico Occidental, los ministros de salud renovaron su compromiso de actuación en relación con los determinantes sociales dentro de su iniciativa «islas sanas».⁶

108. La OMS hizo una presentación preliminar de una metodología destinada a **apoyar los programas nacionales de salud que tratan de mejorar los resultados en materia de equidad** (basada en los determinantes sociales, las cuestiones de género y los derechos humanos). Se está preparando una serie de estudios piloto sobre esta cuestión. En 2013 la Oficina Regional para Europa ultimó un pro-

¹ La estrategia está disponible en <http://www.afro.who.int/en/clusters-a-programmes/hpr/cluster.html> (consultado el 20 de marzo de 2015).

² El *Plan estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2019* está disponible en http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=8833:52nd-directing-council&Itemid=40033&lang=es (consultado el 13 de marzo de 2015).

³ Véase la resolución CD53.R2 de la OPS, relativa al plan de acción sobre la salud en todas las políticas.

⁴ Véase http://www.searo.who.int/nepal/mediacentre/searo_regional_framework_on_hiap.pdf (consultado el 13 de marzo de 2015).

⁵ *Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report*; disponible en http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/251878/Review-of-social-determinants-and-the-health-divide-in-the-WHO-European-Region-FINAL-REPORT.pdf (consultado el 13 de marzo de 2015).

⁶ Para más información sobre la iniciativa «islas sanas», véase el sitio web http://www.wpro.who.int/southpacific/programmes/pacific_initiatives/healthy_islands/en/ (consultado el 16 de marzo de 2015).

yecto basado en el empleo de esta metodología en cuatro países para analizar las estrategias y programas nacionales de salud materno-infantil, con énfasis en las poblaciones excluidas.

109. En 2014 la Oficina Regional para África estableció un grupo técnico para apoyar la labor relacionada con los determinantes sociales y llevó a cabo un análisis de la equidad sanitaria en cuatro pequeños Estados insulares. La Oficina Regional para Asia Sudoriental ha publicado bajo el título *Health Literacy Toolkits* una serie de herramientas didácticas cuya finalidad es reforzar la participación de los interesados directos en los sistemas de salud.

110. La Organización ha logrado avanzar en sus esfuerzos por abordar la equidad, los determinantes sociales, las cuestiones de género y los derechos humanos a través de su labor en relación con los procesos de formulación de directrices normativas, en particular por conducto de su Comité de Examen de Directrices.

111. Se han concebido nuevas actividades y proyectos diseñados para **alinearse estratégicamente los determinantes sociales y ambientales de la salud** dentro de la OMS. En la Sede, la unidad de Determinantes Sociales de la Salud se incorporó en 2013 al recién reformado Departamento de Salud Pública, Medio Ambiente y Determinantes Sociales de la Salud; entre las esferas identificadas como de máxima prioridad figuran la vivienda y la salud, el abastecimiento de agua y el saneamiento, y la calidad del aire.

112. Existen numerosos ejemplos de enfoques y formas de participación multisectoriales dentro la OMS: la Oficina Regional para Europa ha publicado conjuntamente con la Dirección de Salud Ambiental de Malta, un informe nacional sobre las inequidades en materia de salud medioambiental.¹ Otro ejemplo de contribución de la Oficina Regional a un proyecto en este ámbito es la financiación conjunta, en colaboración con la Comisión Europea, del proyecto *Networking for Physical Activity*, que se centra en la promoción de la creación de redes y la actuación en pro de ambientes saludables y equitativos para la actividad física, con especial hincapié en los niños y los grupos desfavorecidos.²

113. En la Región del Mediterráneo Oriental, la OMS apoyó la publicación, conjuntamente con Jordania, de un informe sobre las actividades de salud ambiental y los determinantes sociales; también se llevaron a cabo evaluaciones de zonas urbanas pobres.

114. El instrumento Urban HEART de evaluación y respuesta en materia de equidad sanitaria en los medios urbanos³ ha sido adaptado a las necesidades regionales; en concreto, la Oficina Regional para el Pacífico Occidental lo ha adaptado a los medios insulares y la Oficina Regional para Asia Sudoriental, a las necesidades de Indonesia, en particular las de sus islas.

¹ El informe está disponible en http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/243160/Environmental-Health-Inequalities-in-Malta.pdf?ua=1 (consultado el 17 de marzo de 2015).

² Véase también el folleto, que ofrece una visión general del proyecto *Networking for Physical Activity*; disponible en <http://www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/Transport-and-health/publications/2013/networking-for-physical-activity-brochure-for-download> (consultado el 16 de marzo 2015). Los principales informes e instrumentos relacionados con el proyecto están disponibles en <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/physical-activity/activities/promoting-networking-and-action-on-healthy-and-equitable-environments-for-physical-activity-phan> (consultado el 27 de marzo de 2015).

³ Para más información sobre *Urban HEART: instrumento de evaluación y respuesta en materia de equidad sanitaria en los medios urbanos*, véase el sitio web http://www.who.int/kobe_centre/measuring/urbanheart/en/ (consultado el 16 de marzo de 2015).

115. Se han reforzado las capacidades para **supervisar las tendencias y repercusiones de los determinantes sociales de la salud**. En 2013 se publicó la guía *Handbook on health inequality monitoring: with a special focus on low and middle-income countries* (manual para el seguimiento de las desigualdades en materia de salud, con énfasis particular en los países de ingresos bajos y medianos); en 2013, 2014 y 2015 se organizaron sesiones de capacitación sobre el uso del manual a nivel regional y nacional. Cabe destacar también el mecanismo de supervisión de la equidad sanitaria, mantenido por el Observatorio Mundial de la Salud de la OMS, que ofrece bases de datos, perfiles de país y gráficos que ilustran los indicadores desglosados correspondientes a 93 países.

116. El marco de la OMS para un análisis de los vínculos entre la salud y otros sectores orientado a la equidad (marco EQUAL), aún en fase de elaboración, permitirá hacer un seguimiento de las pautas y factores intersectoriales que influyen en la cobertura sanitaria universal y la salud, con énfasis en la equidad.

117. En la Sede prosiguen, en asociación con la Oficina Regional para las Américas, los esfuerzos destinados a apoyar el logro de avances en la elaboración de los pertinentes indicadores de proceso en relación con la integración de la equidad sanitaria en todas las políticas y la reorientación programática, junto con los pertinentes instrumentos de recopilación de datos.

118. En 2014 la Oficina Regional para Europa identificó una serie de indicadores para el seguimiento del programa *Health 2020*; la Oficina Regional para el Pacífico Occidental, por su parte, publicó una hoja informativa en la que se describen diversos indicadores para la medición de determinantes que repercuten en la equidad de género en materia de salud. En 2013 la Oficina Regional para el Mediterráneo Oriental publicó un informe titulado *Demographic, Social and Health Indicators for Countries of the Eastern Mediterranean* (indicadores demográficos, sociales y sanitarios para los países del Mediterráneo Oriental).¹

119. Se han emprendido varias iniciativas de alcance nacional relacionadas con el seguimiento de las tendencias y la evolución de los determinantes sociales, entre ellas la creación de un observatorio de la salud en la República Islámica del Irán y una evaluación de la calidad de la atención sanitaria para las poblaciones difícilmente alcanzables realizada en Bhután.

120. La Organización participa en numerosas actividades transversales, incluidas diversas iniciativas de **colaboración dentro del sistema de las Naciones Unidas y con otras organizaciones intergubernamentales** relacionadas con la promoción, la investigación, la creación de capacidad y la prestación de apoyo técnico directo en la esfera de los determinantes sociales de la salud. En 2013 la Alianza para Hacer Retroceder el Paludismo y el PNUD pusieron en marcha un marco de acción multisectorial para la lucha contra la malaria. Ese mismo año, el PNUD publicó un documento de debate para abordar los determinantes sociales de las enfermedades no transmisibles y organizó una serie de seminarios en línea. En 2014 se identificaron en el marco de una misión a Rwanda encargada de los preparativos para la labor conjunta de las Naciones Unidas sobre los determinantes sociales de la salud en ese país diversas cuestiones sanitarias prioritarias que requieren una actuación multisectorial.

¹ El informe está disponible en http://applications.emro.who.int/dsaf/EMROPUB_2013_EN_1537.pdf (consultado el 18 de marzo de 2015).

121. En 2014 se publicó un plan de acción elaborado bajo la dirección de la OMS y el UNICEF para poner fin a las muertes neonatales prevenibles,¹ en el que se hace especial hincapié en la equidad y los determinantes. La adopción de medidas en relación con los determinantes sociales también constituye un elemento clave dentro del proyecto revisado de estrategia mundial en pro de la salud de la mujer, el niño y el adolescente. Asimismo, se hace referencia explícita a la necesidad de abordar los determinantes sociales de la tuberculosis en la estrategia Alto a la Tuberculosis y los objetivos conexos elaborados en 2014.²

L. ESTRUCTURAS DE FINANCIACIÓN SOSTENIBLE DE LA SALUD Y COBERTURA UNIVERSAL (resolución WHA64.9)

122. En la resolución WHA64.9 se insta a los Estados Miembros, entre otras cosas, a que velen por que los sistemas de financiación de la salud evolucionen de forma que se eviten los pagos directos significativos en el punto de prestación de servicios y prevean un método de pago anticipado de las contribuciones financieras para los servicios de salud, así como un mecanismo de mancomunación de riesgos entre la población con el fin de evitar que las personas incurran en gastos catastróficos y caigan en la pobreza por haber requerido los servicios de salud que necesitaban.

123. Un número creciente de países de todas las regiones han adquirido un compromiso político más explícito con la cobertura sanitaria universal en sus políticas nacionales. En los últimos tres años, esta tendencia ha perdurado a nivel mundial, regional, subregional y nacional en la forma de resoluciones, declaraciones y conferencias de alto nivel. En muchos países se han intensificado los esfuerzos por recaudar más dinero para la salud y reducir los pagos directos realizados por los usuarios de los servicios. El Gabón y Filipinas son ejemplos de países que han creado o recaudado impuestos específicos destinados a financiar las primas del seguro de enfermedad para los pobres. Algunos países también han adoptado medidas para aumentar la eficiencia y la equidad en el uso de los recursos. En respuesta a la crisis económica, por ejemplo, 18 países de la Región de Europa aunaron la capacidad de los ministerios de salud, los organismos de salud pública y las cajas de seguros para reducir los costos administrativos. Muchos países también mejoraron los procesos de adquisición para reducir los gastos relacionados con los medicamentos. Como resultado de ello, en gran parte de los países del mundo se ha producido una reducción constante del grado de dependencia de los pagos directos para financiar los sistemas de salud.

124. Más de 80 países de todas las regiones y niveles de ingresos recibieron el apoyo de la OMS en este proceso, con frecuencia en colaboración con asociados del sistema de las Naciones Unidas, otras organizaciones multilaterales, organismos bilaterales de desarrollo, fundaciones, organizaciones de la sociedad civil e investigadores. Las medidas de apoyo incluían la colaboración política de alto nivel y un análisis técnico detallado de los sistemas de financiación existentes, lo que sentó las bases para la elaboración de estrategias de financiación de la salud y planes de aplicación y para el monitoreo de los progresos realizados en el marco de esos planes una vez ejecutados. Estos esfuerzos se beneficiaron enormemente de la generación de nuevos conocimientos y el intercambio de información sobre las experiencias de reforma entre los países, de una mayor atención al seguimiento de los recursos y a la rendición de cuentas, y de las medidas adoptadas con el fin de fortalecer la capacidad nacional para adoptar decisiones basadas en datos objetivos. Se establecieron fuertes vínculos entre la labor norma-

¹ *Every newborn: an action plan to end preventable deaths*; disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/127938/1/9789241507448_eng.pdf (consultado el 27 de marzo de 2015).

² Para más información sobre la estrategia y los objetivos conexos, véase http://www.who.int/tb/post2015_strategy/en/ (consultado el 27 de marzo de 2015).

tiva y la labor emprendida a nivel nacional; un buen ejemplo de ello es el establecimiento del marco conjunto de la OMS y el Banco Mundial para monitorear los progresos hacia la cobertura sanitaria universal.

125. Se han extraído importantes enseñanzas que refuerzan y amplían las señaladas en el *Informe sobre la salud en el mundo 2010*. No existe una única solución para todas las situaciones, pero de la experiencia reciente con las reformas de la financiación de la salud se pueden extraer orientaciones prácticas acerca de las prometedoras opciones que tienen ante sí los países que intentan avanzar hacia la cobertura sanitaria universal.

126. La experiencia de los países pone de manifiesto que existe un margen limitado para generar recursos sustanciales y estables mediante los seguros de enfermedad voluntarios. El gasto público con cargo a varios tipos de impuestos, incluidas las contribuciones al seguro social de enfermedad cuando proceda, debe constituir el principal método de financiación. Esto constituye un desafío para los países en los que una proporción considerable de la fuerza de trabajo está fuera del empleo asalariado regular, lo que limita la recaudación de ingresos. Con todo, numerosos países han superado esta dificultad. En la Región del Pacífico Occidental, por ejemplo, 14 países han dado en los últimos años una mayor prioridad al sector de la salud a la hora de asignar los recursos presupuestarios. Otros países han introducido nuevos tipos de impuestos o mejorado los mecanismos de recaudación para aumentar el gasto público en el sector de la salud.

127. Una importante medida adoptada por muchos países para aumentar la eficiencia es reducir la fragmentación. Más de 50 países han reunido los ingresos presupuestarios generales y las contribuciones al seguro social de enfermedad en un fondo mancomunado, lo que permite que la capacidad redistributiva de la totalidad de los fondos disponibles sea mayor que la que existiría si los países mantuvieran sistemas separados para los distintos grupos de población en función del origen de los fondos. Esta unificación también reduce los costos administrativos y refuerza el poder adquisitivo, lo que posibilita una mayor eficiencia en el sistema.

128. Los países han reconocido que no pueden simplemente invertir todos sus recursos en el logro de la cobertura sanitaria universal, y están recurriendo a incentivos financieros explícitos para promover la eficiencia y garantizar la prestación de los servicios de salud prioritarios. Aunque los mecanismos específicos difieren entre sí, todos ellos contemplan un vínculo entre, por un lado, la asignación de los recursos y, por otro, la información sobre las necesidades sanitarias de la población, el desempeño de los proveedores de los servicios o ambos aspectos.

129. La experiencia también demuestra que, aunque la financiación sanitaria desempeña una función esencial, no basta para garantizar el avance hacia la cobertura sanitaria universal. En particular, se está prestando una mayor atención al vínculo entre la financiación y la prestación de servicios, reconociéndose la importancia de armonizar las normas para velar por que los proveedores tengan autonomía para responder a los nuevos incentivos de pago y, al mismo tiempo, sean responsables de prestar servicios de salud de buena calidad.

130. De cara al futuro sigue habiendo muchos desafíos, aunque la inclusión de la cobertura sanitaria universal en la agenda para el desarrollo después de 2015 daría un impulso adicional a los países que avanzan en esa dirección. La movilización de recursos supone un desafío para los países de ingresos bajos; seguirá siendo importante obtener financiación externa suficiente, canalizada a través de mecanismos que no tengan efectos distorsionadores y estén en consonancia con los principios de la eficacia de la ayuda. La experiencia de los últimos años también refuerza la importancia del fortalecimiento de la colaboración productiva entre las autoridades sanitarias y financieras a nivel nacional e internacio-

nal para aumentar la sostenibilidad de los mecanismos de financiación y garantizar al mismo tiempo la transparencia y la responsabilidad en el uso de los recursos públicos.

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

131. Como se pide en la resolución WHA60.25, el presente informe se centra en los progresos realizados en la aplicación de la estrategia para incorporar el análisis y las acciones de género en las actividades de la OMS.¹ En el informe se proponen recomendaciones y se presenta información sobre lo siguiente: la creación de capacidad en la OMS para el análisis y la planificación de las cuestiones de género; la integración de las cuestiones de género en la gestión de la OMS; el fomento de la utilización de datos desglosados por sexo y del análisis de género; y la adopción de medidas sobre la rendición de cuentas.

132. La capacidad de la OMS para el análisis y la planificación de las cuestiones de género en el lugar de trabajo ha avanzado en los dos últimos años. Se han llevado a cabo talleres de capacitación para el análisis de género y la integración de las cuestiones de género, equidad y derechos humanos en la planificación destinados a personal del cuadro orgánico nacional y regional procedente de diversas áreas programáticas. La orientación inicial obligatoria para los nuevos funcionarios de la Sede incluye ahora creación de capacidad en cuestiones de género, equidad y derechos humanos.

133. El avance ha sido constante desde la adopción de la resolución WHA60.25; sin embargo, persisten ciertas dificultades con personal en toda la Organización que utiliza el análisis de género en su trabajo sin el apoyo especializado de expertos en el asunto. A fin de abordar esas dificultades convendría encontrar medios innovadores para trasladar las aptitudes a la práctica en el seno de la Organización, así como mecanismos eficaces de apoyo y supervisión de la utilización del análisis de género, habida cuenta de que los recursos humanos tienen conocimientos especializados limitados en las cuestiones de género.

134. Se han logrado avances considerables con respecto a la capacidad para el análisis de género en el ámbito de los países, lo que ha desembocado en medidas concretas y sensibles a las cuestiones de género en las políticas y programas sanitarios nacionales. Las capacidades en materia de salud pública para la integración de las cuestiones de género se han incrementado en 69 países en cinco regiones (concretamente la Región de África, la Región de las Américas, la Región de Asia Sudoriental, la Región del Mediterráneo Oriental y la Región del Pacífico Occidental).

135. La OMS ha reforzado sus mecanismos institucionales para la integración de las cuestiones de género, así como la equidad y los derechos humanos. El Manual de la OMS para la Elaboración de Directrices (*WHO handbook for guideline development*) (segunda edición), por ejemplo, incluye un capítulo sobre la forma de incorporar la equidad, los derechos humanos, las cuestiones de género y los determinantes sociales en las directrices de la OMS.² Además, tanto el programa de perfeccionamiento del personal directivo como el manual de prácticas de evaluación de la OMS (*WHO evaluation practice handbook*) tratan las cuestiones de género, equidad y derechos humanos.³ En el ámbito regional, el nuevo manual para elaborar el programa bienal de trabajo de la Oficina Regional para

¹ Véase el documento WHASS1/2006-WHA60/2007/REC/1, anexo 2.

² WHO handbook for guideline development, 2.^a edición, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2014.

³ WHO evaluation practice handbook. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2013.

las Américas incluye directrices claras para la integración de las cuestiones de género, equidad, derechos humanos y etnia.¹

136. Convendría determinar los obstáculos que impiden que la integración tenga continuidad y se amplíe en las funciones de planificación, presentación de informes y gestión en toda la Organización. Podrían elaborarse estrategias para ampliar la integración a partir de los resultados del seguimiento.

137. En todos los niveles de la Organización, se registra una demanda cada vez mayor de orientaciones técnicas sobre la integración de las cuestiones de género y la incorporación de la equidad y los derechos humanos en las actividades de la OMS. Cabe citar, por ejemplo, los documentos de Salud 2020, así como los planes de acción regionales sobre las enfermedades no transmisibles y el envejecimiento en la Oficina Regional para Europa, las estrategias de los sistemas de salud y el Marco de acción regional del Pacífico Occidental sobre envejecimiento y salud (2014-2019),² y el manual sobre el análisis de la situación sanitaria en la Oficina Regional para las Américas.

138. En el ámbito de país se registra también una demanda cada vez mayor de apoyo técnico para integrar las cuestiones de género, equidad y derechos humanos en los programas y políticas de salud. En la Región de las Américas, 31 países están aplicando planes para fomentar la integración de las cuestiones de género en el sector de la salud. La OMS ha prestado apoyo a 18 países en diferentes regiones (entre las que cabe citar la Región de África, la Región de Asia Sudoriental, la Región de Europa, la Región del Mediterráneo Oriental y la Región del Pacífico Occidental) en la integración de las cuestiones de género, equidad y derechos humanos en los planes, estrategias y políticas nacionales.

139. La OMS ha prestado un apoyo decidido a los países en la compilación de más datos desglosados y en su utilización para analizar la equidad en la salud. Siete países de la Región de Europa y tres de la Región de las Américas contaron con apoyo en la elaboración o revisión de perfiles sanitarios y planes de salud; además, 46 países de la Región de África elaboraron perfiles nacionales desde una perspectiva de género y sobre la salud de la mujer. Cinco países de la Región de Asia Sudoriental, tres de la Región del Mediterráneo Oriental, seis de la Región de las Américas y seis de la Región del Pacífico Occidental recibieron apoyo técnico para fortalecer sus sistemas de información de salud a fin de que los datos sanitarios puedan desglosarse y analizarse desde el punto de vista de la equidad. En los informes sobre la salud en la OMS y los países se utilizan cada vez con mayor frecuencia datos desglosados por sexo. El monitor de equidad de salud desglosa los datos por sexo, lugar de residencia, quintiles de riqueza y nivel educativo en 91 países.

140. La rendición de cuentas de la Secretaría en la integración y análisis de las cuestiones de género ha avanzado. El instrumento electrónico mejorado que utiliza la OMS para evaluar la actuación profesional (ePMDS+), por ejemplo, incluye la evaluación del personal y los supervisores en el respeto y el fomento de las diferencias personales y culturales; en el apartado sobre objetivos de supervisión se exige a los supervisores establecer metas que contribuyan a la paridad entre los géneros y al equilibrio geográfico en las prácticas de contratación. El pacto sobre la actuación profesional del personal directivo superior incluye un indicador sobre la adopción de medidas para subsanar las disparidades de género en la plantilla. Finalmente, la OMS ha avanzado en el logro de los requisitos en un 50% de

¹ Manual de planificación operativa AMRO-OPS para los planes de trabajo bienales (PTB) y el seguimiento y evaluación del desempeño (SED) 2014-2015.

² El Marco de acción regional del Pacífico Occidental sobre envejecimiento y salud (2014-2019) puede consultarse (solamente en inglés) en http://www.wpro.who.int/topics/ageing/regional_framework_final.pdf (consultado el 19 de marzo de 2015).

los 15 indicadores de rendimiento del plan de acción de todo el sistema de las Naciones Unidas en materia de igualdad de género y empoderamiento de la mujer en 2014. En 2012 el porcentaje era del 20%.

N. PROGRESOS EN EL USO RACIONAL DE LOS MEDICAMENTOS (resolución WHA60.16)

141. En respuesta a la resolución WHA60.16, los Estados Miembros, en colaboración con la Secretaría y asociados internacionales, regionales y nacionales, fomentan el uso racional de los medicamentos con el objetivo de minimizar su uso excesivo, insuficiente o indebido, que genera malos resultados sanitarios y desperdicia recursos escasos. Un número cada vez mayor de países de todas las regiones han asumido el compromiso político explícito de mejorar el acceso a los medicamentos y su uso racional para contribuir a la cobertura sanitaria universal y al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud.

142. Un análisis de los datos mundiales de la OMS sobre el uso de los medicamentos y las políticas farmacéuticas en los países de ingresos bajos y medianos muestra claramente que dicho uso en la atención primaria¹ es significativamente mejor en aquellos países que aplican más políticas destinadas a fomentar su uso racional.²

143. En la Región de Europa, 13 países han iniciado labores relacionadas con la elaboración, aplicación, monitoreo y evaluación de las políticas nacionales sobre el acceso a los medicamentos y su uso.³

144. En la Región del Mediterráneo Oriental, el Líbano ha fomentado el uso racional mediante prácticas farmacéuticas óptimas. Jordania ha actualizado su lista nacional de medicamentos esenciales y ha organizado reuniones regionales sobre el fortalecimiento de los planes de seguro social de enfermedad para lograr la cobertura sanitaria universal y ha celebrado un curso breve sobre farmacoeconomía y selección racional de los medicamentos (Amán, 20 a 25 de septiembre de 2014) para sensibilizar a los profesionales sanitarios y mejorar sus capacidades.

145. En la Región del Pacífico Occidental, algunos países insulares del Pacífico han publicado directrices terapéuticas normalizadas para reforzar el uso racional de los medicamentos. Viet Nam ha establecido un comité nacional de selección para mejorar la aplicación, monitoreo y evaluación de las políticas sobre el uso de los medicamentos. La República Democrática Popular Lao ha emprendido actividades de capacitación para formuladores de políticas y profesionales sanitarios.

146. En la Región de África, 17 países⁴ han llevado a cabo labores destinadas a mejorar la selección, la prescripción, la dispensación y el uso de los medicamentos. Entre dichas actividades se encuentran la revisión de las listas nacionales de medicamentos esenciales o de las directrices terapéuticas normalizadas, y la realización de encuestas para evaluar la prescripción y el uso de los medicamentos. En la Región se ha formado a los profesionales sanitarios y a los dispensadores para que velen por el

¹ Holloway KA, Henry D. WHO essential medicines policies and use in developing and transitional countries: an analysis of reported policy implementation and medicines use surveys. *PLOS Medicine*, Sept 2014; 11(9): e1001724.

² OMS. Promoción del uso racional de medicamentos: componentes centrales. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2002.

³ Albania, Armenia, Bosnia y Herzegovina, Chipre, Croacia, Estonia, Federación de Rusia, Grecia, Hungría, Kirguistán, República de Moldova, Tayikistán y Ucrania.

⁴ Benin, Burkina Faso, Burundi, Camerún, Congo, Côte d'Ivoire, Etiopía, Ghana, Guinea, Malí, Níger, República Democrática del Congo, República Unida de Tanzania, Senegal, Togo, Zambia y Zimbabwe.

uso racional de los medicamentos esenciales de conformidad con las directrices terapéuticas normalizadas nacionales. En Burkina Faso y Ghana se han celebrado talleres regionales destinados, respectivamente, a proporcionar a los países información actualizada sobre la metodología basada en evidencias utilizada para seleccionar los medicamentos que figuran en la Lista Modelo OMS de Medicamentos Esenciales y para orientar a los países acerca de cómo elaborar, revisar y aplicar las listas nacionales de medicamentos esenciales.

147. En la Región de Asia Sudoriental se está emprendiendo un enfoque coordinado del fomento del uso racional de los medicamentos mediante la realización de análisis cuatrienales de la situación de la gestión de los medicamentos en la prestación de la atención sanitaria y la publicación de los informes correspondientes en el sitio web,¹ de conformidad con lo requerido por los Estados Miembros.² Dichos análisis suponen la recopilación de datos sobre el uso de los medicamentos (en particular los antibióticos), su disponibilidad y la ejecución de políticas destinadas a fomentar un mejor uso de los medicamentos; los datos son recopilados por un equipo gubernamental multidisciplinario durante un periodo de dos semanas, utilizando para ello un instrumento diseñado de antemano, y el proceso culmina con un taller nacional para planificar las acciones futuras.

148. Con respecto a los compromisos con el uso responsable de los antimicrobianos en el ser humano, una reunión internacional (Oslo, 13 a 14 de noviembre de 2014)³ contribuyó al proceso consultivo para redactar un plan de acción mundial sobre la resistencia a los antimicrobianos.⁴ Los participantes, de más de 20 países, acordaron una serie de estrategias e intervenciones para fomentar un mejor uso de los antibióticos, destinadas a ser incluidas en el proyecto de plan. Se realizó un estudio sobre el consumo de antibióticos en 17 países de la Región de Europa, y en el segundo semestre de 2014 se celebraron en Eslovenia y Uzbekistán dos talleres nacionales sobre investigación cualitativa acerca de los medicamentos con el fin de fomentar la formulación de nuevos enfoques del uso prudente de los antimicrobianos. En la Región del Pacífico Occidental, el hecho de que el Comité Regional aprobara en 2014, en su resolución WPR/RC65.R4, el programa regional de acción en materia de resistencia a los antimicrobianos ha renovado el mandato de los países para que actúen de forma urgente para corregir el uso irracional de los antimicrobianos y respondan a la amenaza que representa la resistencia a estos fármacos.

149. En una reunión sobre «Cobertura sanitaria universal: consideraciones acerca del diseño de políticas y programas sobre prestaciones relacionadas con los medicamentos» (Ciudad del Cabo, 28 a 30 de septiembre de 2014), representantes de ocho países de la Región de África⁵ y organismos de ayuda internacionales debatieron los enfoques prácticos y las prácticas óptimas para diseñar y gestionar las prestaciones relacionadas con los medicamentos en el contexto de las iniciativas para lograr la cobertura sanitaria universal.

150. En el Tercer Simposio Mundial de Investigaciones sobre Sistemas de Salud (Ciudad del Cabo, 30 de septiembre a 3 de octubre de 2014), la Alianza para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud y la OMS presentaron conjuntamente el informe sobre la potenciación del acceso, la asequi-

¹ Análisis de la situación en los países, disponibles en http://www.searo.who.int/entity/medicines/country_situational_analysis/en/ (consultado el 10 de abril de 2015).

² Resoluciones del Comité Regional SEA/RC64/R5 sobre políticas nacionales de medicamentos esenciales, incluido su uso racional, de 2011, y SEA/RC66 sobre gestión eficaz de los medicamentos, de 2013.

³ Más información sobre la reunión en <http://www.who.int/drugresistance/events/Oslomeeting/en/> (consultado el 3 de marzo de 2015).

⁴ Véanse también los documentos A68/19 y A68/20.

⁵ Botswana, Lesotho, Malawi, Namibia, Sudáfrica, Swazilandia, Zambia y Zimbabwe.

bilidad y el uso apropiado de los medicamentos en los sistemas de salud,¹ que se centra en: el papel de los medicamentos en la consecución de la cobertura sanitaria universal; la innovación para mejorar el acceso a los medicamentos, y la utilización de un planteamiento sintético para mejorar dicho acceso.

151. La Lista Modelo OMS de Medicamentos Esenciales se revisó en 2013 en el contexto del ciclo bienal, con la consiguiente publicación de la 18.^a Lista Modelo y la 4.^a Lista Modelo OMS de Medicamentos Pediátricos Esenciales. Los puntos fundamentales del orden del día para la próxima revisión, que llevará a cabo el Comité de Expertos en Selección y Uso de Medicamentos Esenciales en su 20.^a reunión, programada del 20 al 24 de abril de 2015, serán los exámenes de los medicamentos esenciales contra el cáncer y de las solicitudes de inclusión de nuevos medicamentos contra la hepatitis C.

Preparación, vigilancia y respuesta

O. PREPARACIÓN PARA UNA GRIPE PANDÉMICA: INTERCAMBIO DE VIRUS GRIPALES Y ACCESO A LAS VACUNAS Y OTROS BENEFICIOS (resolución WHA64.5)

152. En la resolución WHA64.5, la Asamblea Mundial de la Salud adoptó el Marco de preparación para una gripe pandémica (el «Marco de PIP»),² cuya finalidad es mejorar y reforzar el intercambio de virus gripales potencialmente pandémicos para el hombre mediante una red de laboratorios coordinada por la OMS, denominada Sistema Mundial de Vigilancia y Respuesta a la Gripe, así como promover el acceso justo y equitativo a los beneficios derivados de dicho intercambio por parte de los países en desarrollo.

153. En la sección 7.4.1 del Marco se establece que el Director General informará con carácter bienal a la Asamblea Mundial de la Salud acerca de la situación de la aplicación del Marco y los progresos realizados al respecto.³ En el presente documento se describen los progresos realizados desde el informe bienal presentado a la 66.^a Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2013.⁴

154. **Capacidad de laboratorio y vigilancia:** En septiembre de 2014, los laboratorios del Sistema Mundial de Vigilancia y Respuesta a la Gripe llevaron a cabo una evaluación en la que se constató que el sistema constituye una red sólida apoyada en cimientos técnicos y conocimientos especializados consistentes que puede ampliarse potencialmente a algunos otros agentes patógenos infecciosos. No obstante, sigue habiendo considerables lagunas geográficas en África, Oriente Medio y Europa oriental. Para muchos Centros Nacionales de la Gripe, dos de los principales problemas son la financiación y el compromiso gubernamental. El fortalecimiento de las capacidades de laboratorio y vigi-

¹ Bigdeli M, Peters DH, Wagner AK, Eds. Medicines in health systems: advancing access, affordability and appropriate use. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2014 (http://www.who.int/alliance-hpsr/resources/FR_webfinal_v1.pdf, consultado el 30 de marzo de 2015).

² Documento WHA64/2011/REC/1, anexo 2.

³ En la sección 7.4.1 se especifican cinco esferas de examen: capacidad de laboratorio y vigilancia; capacidad de producción mundial de vacuna antigripal; situación de los acuerdos concertados con la industria, incluida información sobre el acceso a las vacunas, los antivirales y otros materiales contra la pandemia; informe financiero sobre la utilización de la contribución de partenariado; experiencia derivada del uso de la definición de los Materiales biológicos PIP.

⁴ Documento WHA66/17. Para obtener información adicional sobre los progresos realizados se pueden consultar los informes de las reuniones del Grupo Asesor del Marco de Preparación para una Gripe Pandémica y los informes anuales presentados por el Grupo Asesor a la Directora General en 2013 y 2014 en http://www.who.int/influenza/pip/pip_meetings_consultations/en/ (consultado el 4 de marzo de 2015).

lancia relacionadas con la gripe es un componente importante de las actividades de fortalecimiento de la capacidad de preparación para una gripe pandémica respaldadas por la contribución de partenariado.¹

155. Capacidad de producción mundial de vacuna antigripal: De 2006 a 2013, el Plan de Acción Mundial para las Vacunas Antigripales ha permitido aumentar la capacidad de producción mundial de vacuna de 500 millones a 1500 millones de dosis; se prevé que la capacidad de fabricación alcance los 5000 millones de dosis de aquí a 2016.²

156. Acuerdos con la industria:³ El Acuerdo Modelo de Transferencia de Material 2 concertado con GlaxoSmithKline y Serum Institute of India proporcionará a la OMS acceso en tiempo real al 10% de su producción de vacuna contra la gripe pandémica, mientras que el Acuerdo Modelo de Transferencia de Material 2 concertado con Sanofi Pasteur proporcionará a la OMS acceso en tiempo real al 15% de su producción de vacuna antipandémica. GlaxoSmithKline también se ha comprometido a proporcionar acceso a medicamentos antivíricos en cantidad suficiente para proporcionar 10 millones de tratamientos. Se han suscrito varios acuerdos con instituciones académicas y científicas, y se han emprendido negociaciones para suscribir acuerdos adicionales.

157. Utilización de la contribución de partenariado:⁴ En 2013, las contribuciones de fabricantes recibidas por la OMS ascendieron a más de \$27,2 millones; al 31 de diciembre de 2014 se habían recibido casi US \$15 millones en concepto de contribuciones correspondientes a 2014. En enero de 2014 se finalizaron varios planes detallados de aplicación basados en el Plan de alto nivel de aplicación de la contribución de partenariado 2013-2016⁵ y se llevaron a cabo análisis de deficiencias⁶ respecto de las cinco esferas siguientes de la labor de preparación: fortalecimiento de la capacidad de laboratorio y vigilancia; carga de morbilidad; fortalecimiento de la capacidad normativa; comunicación de riesgos; y planificación de la distribución. El desembolso de los fondos y la aplicación de las actividades comenzaron en el segundo trimestre de 2014. La respuesta a nivel de toda la Organización al brote de enfermedad por el virus del Ebola ha influido en la aplicación, especialmente en la Región de África.

158. En noviembre de 2014, la Directora General aprobó los Principios rectores sobre el uso de los fondos de las contribuciones de partenariado para la respuesta a una gripe pandémica,⁷ presentados por el Grupo Asesor del Marco de PIP previa consulta con la industria y otras partes interesadas. Los Principios proporcionan orientaciones sobre el uso de los fondos de contribuciones de partenariado reservados para la respuesta a pandemias.

¹ Véase la sección 1 del Plan de aplicación de la contribución de partenariado 2013-2016: http://www.who.int/influenza/pip/pip_pcimpplan_17jan2014.pdf?ua=1 (consultado el 4 de marzo de 2015).

² Véase http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112307/1/9789241507011_eng.pdf?ua=1 (consultado el 4 de marzo de 2015).

³ Véase http://www.who.int/influenza/pip/benefit_sharing/smta2/en/ (consultado el 4 de marzo de 2015).

⁴ Véase la sección 6.14.3 del Marco de PIP. La contribución de partenariado es un pago anual a la OMS por parte de los fabricantes de vacunas, medios de diagnóstico y productos farmacéuticos contra la gripe que utilizan el Sistema Mundial de Vigilancia y Respuesta a la Gripe. En el periodo 2012-2016, el 70% de los fondos procedentes de la contribución de partenariado se destinarán a medidas de preparación, y el 30% a respuesta antipandémica.

⁵ Véase http://www.who.int/influenza/pip/pip_pcimpplan_17jan2014.pdf?ua=1 (consultado el 4 de marzo de 2015).

⁶ Véase http://www.who.int/influenza/pip/pip_pc_ga.pdf?ua=1 (consultado el 4 de marzo de 2015).

⁷ Véase el anexo 5, http://www.who.int/influenza/pip/pip_ag_oct2014_meetingreport_final_7nov2014.pdf?ua=1 (consultado el 4 de marzo de 2015).

159. Se creó un Portal de Aplicación de la Contribución de Parteneriado¹ para aumentar la transparencia y la rendición de cuentas respecto del uso de los fondos procedentes de las contribuciones de partenariado.

160. **Datos sobre secuencias génicas:** El Grupo Asesor creó un Grupo de Trabajo de Expertos Técnicos² para que ayudara en el examen de los problemas relacionados con el manejo de datos sobre secuencias génicas como parte del Marco de PIP.³ En octubre de 2014, el Grupo Asesor celebró una consulta técnica con representantes de bases de datos sobre secuencias génicas. La labor del Grupo Asesor continuará en 2015, y se centrará en el examen e identificación de las características óptimas de un sistema acorde con el Marco de PIP para el manejo de datos sobre secuencias génicas de virus gripales potencialmente pandémicos para el hombre.

P. ERRADICACIÓN DE LA VIRUELA: DESTRUCCIÓN DE LAS RESERVAS DE VIRUS VARIÓLICO (resolución WHA60.1)

161. El presente informe ofrece un panorama general de la labor realizada por la Secretaría desde la 67.^a Asamblea Mundial de la Salud. Se resumen las conclusiones de la 16.^a reunión del Comité Asesor de la OMS en Investigaciones sobre el Virus Variólico (Ginebra, 20 a 21 de octubre de 2014) y la labor consultiva emprendida con respecto a las repercusiones que en la preparación ante la viruela y su control puedan tener el uso de las tecnologías de biosíntesis y su potencial.

162. El Comité Asesor de la OMS en Investigaciones sobre el Virus Variólico confirmó en su 16.^a reunión que había supervisado los trabajos del programa autorizado de investigación con virus de la viruela. En 2014, el subcomité científico del Comité Asesor evaluó, y la Secretaría aprobó, ocho proyectos que eran ampliaciones de propuestas aprobadas con anterioridad. No se aprobaron nuevas propuestas de investigación con virus variólicos vivos.

163. El Comité Asesor recibió informes sobre las colecciones de virus mantenidas en los dos Centros Colaboradores de la OMS que son repositorios autorizados de virus de la viruela.⁴ El Comité Asesor también examinó la información más reciente sobre el uso de virus variólicos vivos en el desarrollo de pruebas diagnósticas, de dos modelos animales, de vacunas contra la viruela y de agentes antivíricos y terapéuticos. Los representantes de dos empresas farmacéuticas describieron los progresos realizados para registrar dos antivíricos potenciales. Se han hecho progresos hacia la puesta a prueba y el registro de nuevas vacunas antivariólicas no replicantes que podrían ser adecuadas para personas inmunodeprimidas.

164. En 2014, un equipo de inspección de bioseguridad de la OMS visitó el repositorio de virus variólicos en la Federación de Rusia e inspeccionó las instalaciones de biocontención. Para mayo de 2015 está programada una visita de inspección a los Estados Unidos de América. El protocolo utilizado se ajustó a la norma de gestión de riesgos biológicos de laboratorio CWA 15793 del Comité Europeo de Normaliza-

¹ Véase <https://extranet.who.int/pip-pc-implementation/> (consultado el 4 de marzo de 2015).

² Véase http://www.who.int/influenza/pip/advisory_group/PIP_AG_Rev_Final_TEWG_Report_10_Oct_2014.pdf?ua=1 (consultado el 4 de marzo de 2015).

³ Véase la sección 5.2.4 del Marco de PIP.

⁴ Uno de los repositorios mencionados es el Centro Estatal de Investigaciones Viroológicas y Biotecnológicas de Koltsovo, región de Novosibirsk (Federación de Rusia), y el otro los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Atlanta (Estados Unidos de América).

ción, que abarca 16 elementos de la gestión de los riesgos biológicos en el laboratorio.

165. En una de las instalaciones de los Institutos Nacionales de la Salud de los Estados Unidos de América se encontraron ampollas de vidrio con muestras de virus de la viruela guardadas a mediados de los años cincuenta. Las ampollas fueron trasladadas al Centro Colaborador de la OMS en los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, y en febrero de 2015 fueron destruidas bajo supervisión de la OMS.

166. En la 67.^a Asamblea Mundial de la Salud, en mayo de 2014, se pidió a la OMS que llevara a cabo un proceso consultivo sobre el uso y el potencial de las tecnologías de biosíntesis en la preparación ante la viruela y su control, con el fin de informar las deliberaciones de la Asamblea de la Salud sobre la cronología de la destrucción de la reservas actuales de virus de la viruela. Este proceso consultivo está en curso y se ha convocado un grupo de expertos para que a finales de junio presente una evaluación a la Directora General.

= = =