WHA70/2017/REC/1

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

70.ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD

GINEBRA, 22-31 DE MAYO DE 2017

RESOLUCIONES Y DECISIONES
ANEXOS

GINEBRA
2017

SIGLAS

Entre las siglas empleadas en la documentación de la OMS figuran las siguientes:

ACNUR	- Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (Oficina)
CIIC	- Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer
FAO	- Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura
FIDA	- Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola
FMI	- Fondo Monetario Internacional
JIFE	- Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes
OACI	- Organización de Aviación Civil Internacional
OCDE	- Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos
OIE	- Organización Mundial de Sanidad Animal
OIEA	- Organismo Internacional de Energía Atómica
OIM	- Organización Internacional para las Migraciones
OIT	- Organización (Oficina) Internacional del Trabajo
OMC	- Organización Mundial del Comercio
OMI	- Organización Marítima Internacional
OMM	- Organización Meteorológica Mundial
OMPI	- Organización Mundial de la Propiedad Intelectual
ONUDI	- Organización de las Naciones Unidas para el Desarrollo Industrial
ONUSIDA	- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
OOPS	- Organismo de Obras Públicas y Socorro de las Naciones Unidas para los Refugiados de Palestina en el Cercano Oriente
OPS	- Organización Panamericana de la Salud
OSP	- Oficina Sanitaria Panamericana
PMA	- Programa Mundial de Alimentos
PNUD	- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PNUMA	- Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente
UIT	- Unión Internacional de Telecomunicaciones
UNCTAD	- Conferencia de las Naciones Unidas sobre Comercio y Desarrollo
UNESCO	- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
UNFPA	- Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNICEF	- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
UNODC	- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito

---

Las denominaciones empleadas en este volumen y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Mundial de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. La denominación «país o zona» que figura en los títulos de los cuadros abarca países, territorios, ciudades o zonas.

INTRODUCCIÓN

La 70.ª Asamblea Mundial de la Salud se celebró en el Palais des Nations, Ginebra, del 22 al 31 de mayo de 2017, de acuerdo con la decisión adoptada por el Consejo Ejecutivo en su 139.ª reunión.[1]

---

[1] Decisión EB139(11) (2016).

ÍNDICE

Página

Introducción iii

Orden del día ix

Lista de documentos xv

Mesa de la Asamblea de la Salud y composición de sus comisiones xxiii

RESOLUCIONES Y DECISIONES

Resoluciones

WHA70.1 Atrasos en el pago de contribuciones: Somalia 3

WHA70.2 Nombramiento de Director General 5

WHA70.3 Contrato del Director General 5

WHA70.4 Expresión de gratitud a la Dra. Margaret Chan 5

WHA70.5 Presupuesto por programas 2018-2019 6

WHA70.6 Recursos humanos para la salud y aplicación de los resultados de la Comisión de Alto Nivel sobre el Empleo en el Ámbito de la Salud y el Crecimiento Económico de las Naciones Unidas 8

WHA70.7 Mejora de la prevención, el diagnóstico y la atención clínica de la septicemia 12

WHA70.8 Estado de la recaudación de las contribuciones señaladas, y Estados Miembros con atrasos de contribuciones de importancia bastante para que esté justificado aplicar el Artículo 7 de la Constitución 15

WHA70.9 Escala de contribuciones para 2018-2019 16

WHA70.10 Remuneración de los titulares de puestos sin clasificar y del puesto de Director General 21

WHA70.11 Preparación para la Tercera Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles, que se celebrará en 2018 21

WHA70.12 Prevención y control del cáncer en el contexto de un enfoque integrado 23

Página

WHA70.13	Prevención de la sordera y la pérdida de audición	28
WHA70.14	Fortalecimiento de la inmunización para alcanzar los objetivos del Plan de acción mundial sobre vacunas	31
WHA70.15	Promoción de la salud de refugiados y migrantes	35
WHA70.16	Respuesta mundial para el control de vectores – enfoque integrado para el control de las enfermedades de transmisión vectorial	36

Decisiones

WHA70(1)	Composición de la Comisión de Credenciales	41
WHA70(2)	Elección del Presidente y de los Vicepresidentes de la 70.ª Asamblea Mundial de la Salud	41
WHA70(3)	Elección de la Mesa de las comisiones principales	41
WHA70(4)	Constitución de la Mesa de la Asamblea	42
WHA70(5)	Adopción del orden del día	42
WHA70(6)	Puesto de Director General	42
WHA70(7)	Verificación de credenciales	43
WHA70(8)	Elección de Miembros facultados para designar una persona que forme parte del Consejo Ejecutivo	43
WHA70(9)	Poliomielitis: planificación de la transición	44
WHA70(10)	Examen del Marco de Preparación para una Gripe Pandémica	46
WHA70(11)	Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005)	47
WHA70(12)	Situación sanitaria en el territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental, y en el Golán sirio ocupado	48
WHA70(13)	Informe programático y financiero de la OMS de mitad de periodo para 2016-2017, incluidos los estados financieros comprobados correspondientes a 2016	49
WHA70(14)	Informe del Comisario de Cuentas	49
WHA70(15)	Nombramiento de representantes en el Comité de la Caja de Pensiones del Personal de la OMS	49
WHA70(16)	Fondo para Infraestructura	50

Página

WHA70(17)	Plan de acción mundial sobre la respuesta de salud pública a la demencia ...	51
WHA70(18)	La dimensión de salud pública del problema mundial de las drogas	51
WHA70(19)	Informe de la Comisión para acabar con la obesidad infantil: plan de aplicación	52
WHA70(20)	Fortalecimiento de las sinergias entre la Asamblea Mundial de la Salud y la Conferencia de las Partes en el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco	53
WHA70(21)	Mecanismo de Estados Miembros sobre productos médicos de calidad subestándar y falsificados	53
WHA70(22)	Progresos en la aplicación de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible	54
WHA70(23)	Función del sector de la salud en el Enfoque Estratégico de la Gestión Internacional de los Productos Químicos de cara al objetivo fijado para 2020 y años posteriores	54
WHA70(24)	Selección del país en que se ha de reunir la 71.ª Asamblea Mundial de la Salud	55

ANEXOS

1.	Contrato del Director General	59
2.	Trabajar en pro de la salud: Plan de acción quinquenal para el empleo en el ámbito de la salud y el crecimiento económico inclusivo (2017-2021)	62
3.	Preparación para la Tercera Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles, que se celebrará en 2018 – Versión actualizada del apéndice 3 del plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020	80
4.	Marco de prioridades y principios rectores para promover la salud de los refugiados y los migrantes	102
5.	Respuesta mundial para el control de vectores 2017-2030	108
6.	Puesto de Director General – Propuestas para mejorar la eficiencia de la votación con papeletas en la Asamblea de la Salud, y necesidad consiguiente de modificar los procedimientos	115
7.	Poliomielitis: planificación de la transición: lista de medidas para la Secretaría entre el 1 de junio y el 31 de diciembre de 2017	117
8.	Informe del Grupo de Examen del Marco de PIP de 2016	119

Página

9. Proyecto de plan estratégico mundial quinquenal para mejorar la preparación y respuesta de salud pública 2018-2022: principios rectores 232

10. Plan de acción mundial sobre la respuesta de salud pública a la demencia 2017-2025 236

11. Plan de aplicación que oriente las acciones futuras en relación con las recomendaciones que figuran en el informe de la Comisión para acabar con la obesidad infantil 262

12. Quinta reunión del mecanismo de Estados Miembros sobre productos médicos de calidad subestándar y falsificados 291

13. Hoja de ruta para fortalecer la participación del sector de la salud en el Enfoque Estratégico de la Gestión Internacional de los Productos Químicos de cara al objetivo fijado para 2020 y años posteriores 295

14. Repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de las resoluciones adoptadas por la Asamblea de la Salud 300

ORDEN DEL DÍA[1]

SESIONES PLENARIAS

1. Apertura de la Asamblea de la Salud

   1.1 Establecimiento de la Comisión de Credenciales

   1.2 Elección de Presidente

   1.3 Elección de cinco Vicepresidentes y de Presidentes de las comisiones principales, y establecimiento de la Mesa de la Asamblea

   1.4 Adopción del orden del día y distribución de su contenido entre las comisiones principales

2. Informe del Consejo Ejecutivo sobre sus 139.ª y 140.ª reuniones

3. Alocución de la Dra. Margaret Chan, Directora General

4. Puesto de Director General

   4.1 Procedimientos para llevar a cabo la elección

   4.2 Nombramiento de Director General

   4.3 Contrato del Director General

5. [suprimido]

6. Consejo Ejecutivo: elección

7. Premios

8. Informes de las comisiones principales

9. Clausura de la Asamblea de la Salud

[1] Adoptado en la segunda sesión plenaria.

COMISIÓN A

10. Apertura de la Comisión[1]

11. Asuntos programáticos y presupuestarios

    11.1 Resumen de la situación financiera: presupuesto por programas 2016-2017

    11.2 Proyecto de presupuesto por programas 2018-2019

12. Preparación, vigilancia y respuesta

    12.1 Emergencias sanitarias

    - Comité Independiente de Asesoramiento y Supervisión para el Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS
    - Respuesta de la OMS a las emergencias graves a gran escala
    - Investigación y desarrollo para enfermedades potencialmente epidémicas
    - Coordinación del personal de salud en emergencias con consecuencias sanitarias

    12.2 Resistencia a los antimicrobianos

    12.3 Poliomielitis

    - Poliomielitis: actualización
    - Poliomielitis: planificación de la transición

    12.4 Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005)

    12.5 Examen del Marco de Preparación para una Gripe Pandémica

13. Sistemas de salud

    13.1 Recursos humanos para la salud y aplicación de los resultados de la Comisión de Alto Nivel sobre el Empleo en el Ámbito de la Salud y el Crecimiento Económico de las Naciones Unidas

    13.2 Principios relativos a la donación y la gestión de sangre, componentes sanguíneos y otros productos médicos de origen humano

    13.3 La escasez mundial de medicamentos y vacunas y el acceso a ellos

[1] Incluida la elección de Vicepresidentes y de Relator

13.4 Evaluación y examen de la estrategia mundial y plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual

13.5 Seguimiento del informe del Grupo consultivo de expertos en investigación y desarrollo: financiación y coordinación

13.6 Mecanismo de Estados Miembros sobre productos médicos de calidad subestándar, espurios, de etiquetado engañoso, falsificados o de imitación

13.7 Promoción de la salud de refugiados y migrantes

14. Enfermedades transmisibles

14.1 Plan de acción mundial sobre vacunas

14.2 Respuesta mundial para el control de vectores

15. Enfermedades no transmisibles

15.1 Preparación para la Tercera Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles, que se celebrará en 2018

15.2 Proyecto de plan de acción mundial sobre la respuesta de salud pública a la demencia

15.3 La dimensión de salud pública del problema mundial de las drogas

15.4 Resultados de la Segunda Conferencia Internacional sobre Nutrición

15.5 Informe de la Comisión para acabar con la obesidad infantil: plan de aplicación

15.6 Prevención y control del cáncer en el contexto de un enfoque integrado

15.7 Fortalecimiento de las sinergias entre la Asamblea Mundial de la Salud y la Conferencia de las Partes en el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco

15.8 Prevención de la sordera y la pérdida de audición

16. Promoción de la salud en el curso de la vida

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

16.2 Función del sector de la salud en el Enfoque Estratégico de la Gestión Internacional de los Productos Químicos de cara al objetivo fijado para 2020 y años posteriores

16.3 Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030): salud del adolescente

17. Informes sobre los progresos realizados

Enfermedades no transmisibles

A. Plan de acción mundial de la OMS sobre discapacidad 2014-2021: mejor salud para todas las personas con discapacidad (resolución WHA67.7 (2014))

B. Retos que plantea el Decenio de Acción de las Naciones Unidas para la Seguridad Vial (2011-2020): resultado de la Segunda Conferencia Mundial de Alto Nivel sobre Seguridad Vial: es hora de resultados (resolución WHA69.7 (2016))

C. Salud ocular universal: un plan de acción mundial 2014-2019 (resolución WHA66.4 (2013))

Enfermedades transmisibles

D. Erradicación de la dracunculosis (resolución WHA64.16 (2011))

E. Estrategia mundial y metas para la prevención, la atención y el control de la tuberculosis después de 2015 (resolución WHA67.1 (2014))

F. Estrategia y metas técnicas mundiales contra la malaria 2016-2030 (resolución WHA68.2 (2015))

Promoción de la salud en el curso de la vida

G. Repercusiones de la exposición al mercurio y a los compuestos mercuriales en la salud pública: la función de la OMS y de los ministerios de salud pública en la aplicación del Convenio de Minamata (resolución WHA67.11 (2014))

H. Estrategia para incorporar el análisis y las acciones de género en las actividades de la OMS (resolución WHA60.25 (2007))

Sistemas de salud

I. Progresos realizados en el uso racional de los medicamentos (resolución WHA60.16 (2007))

J. Fortalecimiento del sistema de reglamentación de los productos médicos (resolución WHA67.20 (2014))

K. Fortalecimiento de la atención quirúrgica esencial y de emergencia, y de la anestesia, como componentes de la cobertura sanitaria universal (resolución WHA68.15 (2015))

Preparación, vigilancia y respuesta

L. Erradicación de la viruela: destrucción de las reservas de Variola virus (resolución WHA60.1 (2007))

M. Reforzamiento de la bioseguridad en el laboratorio (resolución WHA58.29 (2005))

20.3 Arreglos especiales para la liquidación de atrasos

COMISIÓN B

18. Apertura de la Comisión[1]

19. Situación sanitaria en el territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental, y en el Golán sirio ocupado

20. Asuntos financieros

20.1 Informe programático y financiero de la OMS de mitad de periodo para 2016-2017, incluidos los estados financieros comprobados correspondientes a 2016

20.2 Estado de la recaudación de las contribuciones señaladas, y Estados Miembros con atrasos de contribuciones de importancia bastante para que esté justificado aplicar el Artículo 7 de la Constitución

20.3 [transferido a la Comisión A]

20.4 Escala de contribuciones para 2018-2019

20.5 [suprimido]

20.6 [suprimido]

21. Asuntos de auditoría y supervisión

21.1 Informe del Comisario de Cuentas

21.2 Informe del Auditor Interno

22. Asuntos de personal

22.1 Recursos humanos: informe anual

22.2 Informe de la Comisión de Administración Pública Internacional

22.3 Modificaciones del Estatuto del Personal y del Reglamento de Personal

[1] Incluida la elección de Vicepresidentes y de Relator.

22.4 Informe del Comité Mixto de Pensiones del Personal de las Naciones Unidas

22.5 Nombramiento de representantes en el Comité de la Caja de Pensiones del Personal

23. Asuntos administrativos, jurídicos y de gobernanza

23.1 Panorama general de la aplicación de la reforma de la OMS

23.2 Reforma de la gobernanza: aplicación de la decisión WHA69(8) (2016)

23.3 Colaboración con agentes no estatales

- Criterios y principios relativos a la cesión de personal de las organizaciones no gubernamentales, las fundaciones filantrópicas y las instituciones académicas

23.4 Propuesta de un Fondo para Infraestructura (resultante de la fusión del Fondo para la Gestión de Bienes Inmuebles y el Fondo para la Tecnología de la Información)

23.5 [suprimido]

24. Colaboración dentro del sistema de las Naciones Unidas y con otras organizaciones intergubernamentales

LISTA DE DOCUMENTOS

A70/1 Rev.2	Orden del día[1]
A70/2	Informe del Consejo Ejecutivo acerca de sus 139.ª y 140.ª reuniones
A70/3	Alocución de la Dra. Margaret Chan, Directora General, ante la 70.ª Asamblea Mundial de la Salud
A70/4	Puesto de Director General Nota del Asesor Jurídico[2]
A70/5	Puesto de Director General Contrato del Director General[3]
A70/6	Resumen de la situación financiera: Presupuesto por programas 2016-2017
A70/7	Proyecto de presupuesto por programas 2018-2019
A70/7 Add.1 Rev.1	Proyecto de resolución: Presupuesto por programas 2018-2019
A70/8	Informe del Comité Independiente de Asesoramiento y Supervisión para el Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS
A70/9	Emergencias sanitarias Respuesta de la OMS a las emergencias graves a gran escala
A70/10	Investigación y desarrollo para enfermedades potencialmente epidémicas
A70/11	Coordinación del personal de salud en emergencias con consecuencias sanitarias
A70/12	Resistencia a los antimicrobianos
A70/13	Mejora de la prevención, el diagnóstico y la atención clínica de la septicemia
A70/14	Poliomielitis
A70/14 Add.1	Poliomielitis: planificación de la transición[4]

[1] Véase p. ix.

[2] Véase el anexo 6.

[3] Véase el anexo 1.

[4] Véase el anexo 7.

A70/15	Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005) Informe anual sobre la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005)
A70/16	Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005) Plan mundial de aplicación[1]
A70/17	Examen del Marco de Preparación para una Gripe Pandémica[2]
A70/18	Recursos humanos para la salud y aplicación de los resultados de la Comisión de Alto Nivel sobre el Empleo en el Ámbito de la Salud y el Crecimiento Económico de las Naciones Unidas[3]
A70/19	Principios sobre la donación y la gestión de sangre, componentes sanguíneos y otros productos médicos de origen humano
A70/20	La escasez mundial de medicamentos y vacunas y el acceso a ellos
A70/21	Evaluación y examen de la estrategia mundial y plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual
A70/22	Seguimiento del informe del Grupo consultivo de expertos en investigación y desarrollo: financiación y coordinación
A70/23	Mecanismo de Estados Miembros sobre productos médicos de calidad subestándar, espurios, de etiquetado engañoso, falsificados o de imitación[4]
A70/23 Add.1	Examen del mecanismo de Estados Miembros sobre productos médicos de calidad subestándar, espurios, de etiquetado engañoso, falsificados o de imitación
A70/23 Add.2	Repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de las decisiones cuya adopción se ha propuesto a la Asamblea de la Salud[5]
A70/24	Promoción de la salud de los refugiados y los migrantes[6]
A70/25	Plan de acción mundial sobre vacunas

[1] Véase el anexo 9.

[2] Véase el anexo 8.

[3] Véase el anexo 2.

[4] Véase el anexo 12.

[5] Véase el anexo 14.

[6] Véase el anexo 4.

A70/26 Rev.1 y A70/26 Rev.1 Add.1	Respuesta mundial para el control de vectores[1]
A70/26 Rev.1 Add.2	Repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de las resoluciones cuya adopción se ha propuesto a la Asamblea de la Salud[2]
A70/27	Preparación para la tercera Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles, que se celebrará en 2018[3]
A70/28	Proyecto de plan de acción mundial sobre la respuesta de salud pública a la demencia[4]
A70/29	La dimensión de salud pública del problema mundial de las drogas
A70/30	Resultados de la Segunda Conferencia Internacional sobre Nutrición
A70/31	Informe de la Comisión para acabar con la obesidad infantil: plan de aplicación[5]
A70/32	Prevención y control del cáncer en el contexto de un enfoque integrado
A70/33	Fortalecimiento de las sinergias entre la Asamblea Mundial dela Salud y la Conferencia de las Partes en el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco
A70/34	Prevención de la sordera y la pérdida de audición
A70/35	Progresos en la aplicación de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible
A70/36	Función del sector de la salud en el Enfoque Estratégico de la Gestión Internacional de los Productos Químicos de cara al objetivo fijado para 2020 y años posteriores[6]
A70/36 Add.1	Repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de las decisiones cuya adopción se ha propuesto a la Asamblea de la Salud[2]

[1] Véase el anexo 5.

[2] Véase el anexo 14.

[3] Véase el anexo 3.

[4] Véase el anexo 10.

[5] Véase el anexo 11.

[6] Véase el anexo 13.

A70/37	Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030): salud del adolescente
A70/38	Informes sobre los progresos realizados
A70/39	Situación sanitaria en el territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental, y en el Golán sirio ocupado
A70/40	Informe programático y financiero de la OMS de mitad de periodo para 2016-2017, incluidos los estados financieros comprobados correspondientes a 2016
A70/41	Estado de la recaudación de las contribuciones señaladas, y Estados Miembros con atrasos de contribuciones de importancia bastante para que esté justificado aplicar el Artículo 7 de la Constitución
A70/42	Escala de contribuciones para 2018-2019
A70/43	Informe del Comisario de Cuentas
A70/44	Informe del Auditor Interno
A70/45	Recursos humanos: informe anual
A70/46	Informe de la Comisión de Administración Pública Internacional
A70/47	Modificaciones del Estatuto del Personal y del Reglamento de Personal
A70/48	Informe del Comité Mixto de Pensiones del Personal de las Naciones Unidas
A70/49	Nombramiento de representantes en el Comité de la Caja de Pensiones del Personal de la OMS
A70/50	Panorama general de la aplicación de la reforma de la OMS
A70/50 Add.1	Panorama general de la aplicación de la reforma de la OMS Liderazgo y gestión en la OMS: la evaluación de la reforma de la OMS, tercera fase
A70/50 Add.2	Panorama general de la aplicación de la reforma de la OMS Desempeño de la OMS en los países
A70/51	Reforma de la gobernanza: aplicación de la decisión WHA69(8) (2016)

A70/51 Add.1	Repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de las decisiones cuya adopción se ha propuesto a la Asamblea de la Salud[1]
A70/52	Colaboración con agentes no estatales
A70/53	Colaboración con agentes no estatales Criterios y principios relativos a la cesión de personal de las organizaciones no gubernamentales, las fundaciones filantrópicas y las instituciones académicas
A70/54	Propuesta de un Fondo para Infraestructura (resultante de la fusión del Fondo para la Gestión de Bienes Inmuebles y el Fondo para la Tecnología de la Información)
A70/55	Colaboración dentro del sistema de las Naciones Unidas y con otras organizaciones intergubernamentales
A70/56	Recomendaciones de auditoría externa e interna: progresos realizados en la aplicación
A70/57	Examen del Marco de Preparación para una Gripe Pandémica Colaboración con la secretaría del Convenio sobre la Diversidad Biológica y otras organizaciones internacionales pertinentes
A70/58	Resumen de la situación financiera: presupuesto por programas 2016-2017 Informe programático y financiero de la OMS de mitad de periodo para 2016-2017, incluidos los estados financieros comprobados correspondientes a 2016 Informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 70.ª Asamblea Mundial de la Salud
A70/59	Proyecto de presupuesto por programas 2018-2019 Informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 70.ª Asamblea Mundial de la Salud
A70/60	Estado de la recaudación de las contribuciones señaladas, y Estados Miembros con atrasos de contribuciones de importancia bastante para que esté justificado aplicar el Artículo 7 de la Constitución Informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 70.ª Asamblea Mundial de la Salud
A70/61	Informe del Comisario de Cuentas Informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 70.ª Asamblea Mundial de la Salud

[1] Véase el anexo 14.

A70/62	Informe del Auditor Interno Informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 70.ª Asamblea Mundial de la Salud
A70/63	Recursos humanos: informe anual Informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 70.ª Asamblea Mundial de la Salud
A70/64	Panorama general de la aplicación de la reforma de la OMS Informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 70.ª Asamblea Mundial de la Salud
A70/65	Propuesta de un Fondo para Infraestructura (resultante de la fusión del Fondo para la Gestión de Bienes Inmuebles y el Fondo para la Tecnología de la Información) Informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 70.ª Asamblea Mundial de la Salud
A70/66	Comisión de credenciales
A70/67	Arreglos especiales para la liquidación de atrasos
A70/68	Primer informe de la Comisión A
A70/69	Segundo informe de la Comisión A
A70/70	Elección de Miembros facultados para designar una persona que forme parte del Consejo Ejecutivo
A70/71	Primer informe de la Comisión B
A70/72	Tercer informe de la Comisión A
A70/73	Cuarto informe de la Comisión A
A70/74	Segundo informe de la Comisión B
A70/75	Quinto informe de la Comisión A
A70/76	Tercer informe de la Comisión B
A70/77	Sexto informe de la Comisión A
A70/78	Cuarto informe de la Comisión B

Documentos de información

A70/INF./1	Premios
A70/INF./2	Proyecto de presupuesto por programas 2018-2019 Proyecto de aumento de las contribuciones señaladas
A70/INF./3	Presencia de la OMS en los países, territorios y zonas: informe de 2017
A70/INF./4	Contribuciones voluntarias, por fondo y por contribuidor, 2016
A70/INF./5	Financiación de la categoría 6 y mecanismos de recuperación de costos: prácticas actuales y medidas propuestas para el futuro
A70/INF./6	Buen aprovechamiento de los recursos, mejor salud Elaboración de una estrategia y un plan sobre el buen aprovechamiento de los recursos en la OMS

Documentos varios

A70/DIV./1 Rev.1	Lista de delegados y otros participantes
A70/DIV./2	Guía para los delegados en la Asamblea Mundial de la Salud
A70/DIV./3	Lista de decisiones y resoluciones
A70/DIV./4	Lista de documentos

MESA DE LA ASAMBLEA DE LA SALUD Y COMPOSICIÓN DE SUS COMISIONES

Presidenta
Profesora Veronika SKVORTSOVA (Federación de Rusia)

Vicepresidentes
Sr. Nandi Tuaine GLASSIE (Islas Cook)
Dr. Fawziya ABIKAR NUR (Somalia)
Dr. Arlindo NASCIMENTO DO ROSARIO (Cabo Verde)
Sr. Patrick PENGEL (Suriname)
Sr. CHOE Myong Nam (República Popular Democrática de Corea)

Secretaria
Dra. Margaret CHAN, Directora General

Comisión de Credenciales

La Comisión de Credenciales estuvo integrada por delegados de los Estados Miembros siguientes: Angola, Belarús, Italia, Japón, Lituania, Malí, Myanmar, Panamá, Paraguay, Sudán del Sur y Yemen.

Presidente: Sr. Hiroyuki YAMAYA (Japón)
Vicepresidente: Sr. Augusto Rosa NETO (Angola)
Secretario: Sr. Xavier DANEY, Asesor Jurídico Principal

Mesa de la Asamblea

La Mesa de la Asamblea estuvo integrada por el Presidente y los Vicepresidentes de la Asamblea de la Salud, los Presidentes de las comisiones principales y delegados de los Estados Miembros siguientes: China, Cuba, Djibouti, Estados Unidos de América, Filipinas, Francia, Guinea, Kirguistán, Malawi, Maldivas, Malta, Mozambique, Noruega, Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, República Dominicana, Rwanda y Togo.

Presidenta: Profesora Veronika SKVORTSOVA (Federación de Rusia)
Secretario: Dra. Margaret CHAN, Directora General

COMISIONES PRINCIPALES

En virtud de lo dispuesto en el artículo 33 del Reglamento Interior de la Asamblea Mundial de la Salud, cada delegación estuvo representada por uno de sus miembros en cada una de las comisiones principales.

Comisión A

Presidente: Dr. Hanan Mohamed AL-KUWARI (Qatar)
Vicepresidentes: Dr. Mohammad Anwar HUSNOO (Mauricio)[1] y Sr. Philip DAVIES (Fiji)
Relator: Sr. Ioannis BASKOZOS (Grecia)
Secretario: Sr. Ian ROBERTS, Coordinador, Biblioteca y Redes de Información para el Conocimiento

Comisión B

Presidente: Dr. Molwyn JOSEPH (Antigua y Barbuda)
Vicepresidentes: Dr. Mario MIKLOSI (Eslovaquia) y Dr. SLAMET (Indonesia)
Relator: Dr. NGUYEN MANH CUONG (Viet Nam)
Secretario: Dr. Clive ONDARI, Coordinador, Seguridad y Vigilancia

REPRESENTANTE DEL CONSEJO EJECUTIVO

Dr. Raymond BUSUTTIL (Malta)

---

[1] Sustituido por el Sr. Anandrao Hurree (Mauricio) al comienzo de la tercera sesión de la Comisión A.

RESOLUCIONES Y DECISIONES

RESOLUCIONES

WHA70.1 Atrasos en el pago de contribuciones: Somalia

La 70.ª Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo considerado la solicitud de Somalia (véase el anexo a la presente resolución) relativa a sus atrasos de contribuciones por valor de US$ 451 014, y observando que se ha efectuado un pago de US$ 4650 correspondiente a 2016 y que se ha manifestado el compromiso de efectuar un segundo pago de US$ 4650 correspondiente a 2017;

Habiendo considerado la solicitud de Somalia de reprogramar el pago de su saldo de US$ 446 364 a lo largo del periodo comprendido entre 2018 y 2037;

Habiendo considerado también que la solicitud no cumple en su totalidad los requisitos previstos en la resolución WHA54.6 (2001) en lo que se refiere al calendario y al procedimiento,

1. DECIDE restablecer los privilegios de voto de Somalia en la 70.ª Asamblea Mundial de la Salud con las condiciones siguientes:

Somalia liquidará sus atrasos de contribuciones, que ascienden a un total de US$ 446 364, durante 20 años, desde 2018 hasta 2037, según se expone a continuación, además de abonar la contribución anual señalada para el año en curso;

Año	US$
2018	22 318
2019	22 318
2020	22 318
2021	22 318
2022	22 318
2023	22 318
2024	22 318
2025	22 318
2026	22 318
2027	22 318
2028	22 318
2029	22 318
2030	22 318
2031	22 318
2032	22 318
2033	22 318
2034	22 318
2035	22 318
2036	22 318
2037	22 322
TOTAL	**446 364**

2. DECIDE ADEMÁS que, de conformidad con el Artículo 7 de la Constitución, los privilegios de voto de Somalia se suspenderán automáticamente si el país no cumple las condiciones establecidas en el párrafo 1 *supra*;

3. PIDE al Director General que informe a la 71.ª Asamblea Mundial de la Salud sobre la situación a ese respecto;

4. PIDE ADEMÁS al Director General que comunique la presente resolución al Gobierno de Somalia.

ANEXO

Jamhuuriyadda Federaalka Soomaaliya
Ergada Joogtada Soomaliyeed ee Qaramada
Midoobey ee Geneva

جمهورية الصومال الفيدرالية
البعثة الدائمة لجمهورية الصومال بمكتب الأمم
المتحدة بجنيف وبالوكالات المتخصصة بسويسرا

THE FEDERAL REPUBLIC OF SOMALIA

Permanent Mission of the Federal Republic of Somalia to the United Nations Office at Geneva and other International Organizations in Switzerland

Ref: SPM/UNOG/003479/17 Geneva May 22, 2017

The Permanent Mission of the Federal Republic of Somalia to the United Nations Office and Other international organizations in Switzerland presents its complements to the World Health organization and has the honor to acknowledge that due to the prolonged civil war the Federal Republic of Somalia owes membership fees arrears amounting USD 451,014.00 up to an including 2016 to WHO In order to settle the arrears we commit ourselves to pay at the present USD 9,300.00 being 2016 and 2017 and the balance in installments for the coming 20 years, as has been practice to other countries.

We call the member states and the WHO Secretariat to support our request.

The Permanent Mission of the Federal Republic of Somalia to the United Nations office and other International Organizations in Switzerland avails itself of this opportunity to renew to the World Health Organization in Geneva, The assurance of its highest and distinguished consideration.

Mrs. Margaret Chan
Director General
World Health Organization
Avenue Appia 20
1211 Geneva 27,
Switzerland

Permanent Mission of the Federal Republic of Somalia
Ergada Joogtada Jamhuuriyadda Federaalka Soomaaliya
Geneva

64, rue de Montbrillant 1201 Geneva ☎ +41(0)227315450 & +41(0)227315452 genevamission@mia.gov.so

(Cuarta sesión plenaria, 23 de mayo de 2017 –
Comisión A, primer informe)

WHA70.2 Nombramiento de Director General

La 70.ª Asamblea Mundial de la Salud,

A propuesta del Consejo Ejecutivo,

NOMBRA Director General de la Organización Mundial de la Salud al Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus.

(Quinta sesión plenaria, 23 de mayo de 2017)

WHA70.3 Contrato del Director General

La 70.ª Asamblea Mundial de la Salud,

I

En virtud del Artículo 31 de la Constitución y del artículo 107 del Reglamento Interior de la Asamblea Mundial de la Salud,

APRUEBA el contrato en que se fijan los términos y condiciones del nombramiento, el sueldo y los demás emolumentos correspondientes al cargo de Director General, en su forma enmendada;[1]

II

En virtud del artículo 110 del Reglamento Interior de la Asamblea Mundial de la Salud,

AUTORIZA a la Presidenta de la 70.ª Asamblea Mundial de la Salud a firmar dicho contrato en nombre de la Organización.

(Quinta sesión plenaria, 23 de mayo de 2017)

WHA70.4 Expresión de gratitud a la Dra. Margaret Chan

La 70.ª Asamblea Mundial de la Salud,

Expresando su profundo reconocimiento a la Dra. Margaret Chan por su extraordinaria capacidad de liderazgo de la Organización Mundial de la Salud en el periodo 2007-2017;

Encomiando su dedicación a los enfoques asociativos de la salud pública basados en datos científicos y su empeño por alcanzar la eficacia institucional y la transparencia y responsabilidad;

Rindiendo homenaje a sus inquebrantables esfuerzos y a su hábil gestión para garantizar que la salud ocupe un lugar prominente en las agendas políticas nacionales y mundiales;

[1] Véase el anexo 1.

Reconociendo su capacidad de resistencia para superar los problemas sin precedentes para la salud pública mundial que ha enfrentado durante su mandato;

Aclamando su incansable compromiso de mejorar la salud de todos los pueblos del mundo;

DECLARA a la Dra. Margaret Chan Directora General Emérita de la Organización Mundial de la Salud a partir de la fecha de su jubilación.

(Quinta sesión plenaria, 23 de mayo de 2017)

WHA70.5 Presupuesto por programas 2018-2019

La 70.ª Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el proyecto de presupuesto por programas 2018-2019;[1]

Habiendo tomado nota del informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 70.ª Asamblea Mundial de la Salud;[2]

Acogiendo con agrado la labor que se está llevando a cabo para determinar cómo mejorar la eficiencia en el ámbito de la gestión y la administración;

Considerando el aumento continuo del volumen de las tareas asignadas por los órganos deliberantes de la OMS al Director General, entre ellas la reciente creación del Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS;

Consciente de la necesidad de establecer prioridades y, en un contexto de limitación de los recursos, concentrar dichos recursos en aquellos programas que tengan mayor impacto en la salud pública, o allí donde la OMS tenga una importante ventaja comparativa, según lo acordado por los Estados Miembros;

Destacando que los aumentos propuestos que superen el nivel establecido en el Presupuesto por programas 2018-2019 aprobado solo se deben solicitar cuando sean necesarios para las actividades contempladas en el mandato de la Organización y después de que se haya hecho todo lo posible para financiarlos mediante medidas de ahorro, aumento de la eficiencia y priorización,

1. APRUEBA el programa de trabajo, consignado en el proyecto de presupuesto por programas 2018-2019;

2. APRUEBA el presupuesto para el ejercicio financiero 2018-2019, con cargo a fondos de todas las procedencias, esto es, contribuciones señaladas y contribuciones voluntarias, por valor de US$ 4421,5 millones;

[1] Documento A70/7.

[2] Documento A70/59.

3. DISTRIBUYE el presupuesto para el ejercicio financiero 2018-2019 entre las siguientes categorías y otras áreas:

1) Enfermedades transmisibles US$ 805,4 millones;

2) Enfermedades no transmisibles US$ 351,4 millones;

3) Promoción de la salud en el curso de la vida US$ 384,3 millones;

4) Sistemas de salud US$ 589,5 millones;

E) Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS US$ 554,2 millones;

6) Servicios corporativos/funciones instrumentales US$ 715,5 millones;

Otras áreas:

- Erradicación de la poliomielitis (US$ 902,8 millones), Investigaciones sobre enfermedades tropicales (US$ 50 millones) e Investigaciones sobre reproducción humana (US$ 68,4 millones), por un total de US$ 1021,2 millones; y

- Respuesta a brotes epidémicos y crisis y operaciones de escala variable, que por depender del carácter coyuntural de las actividades pertinentes no tienen necesidades presupuestarias definidas;

4. RESUELVE que el presupuesto se financiará del siguiente modo:

- mediante las contribuciones netas de los Estados Miembros ajustadas en función de los ingresos no señalados procedentes de los Estados Miembros, por un total de US$ 956,9 millones;

- mediante contribuciones voluntarias por un total de US$ 3464,6 millones;

5. RESUELVE ADEMÁS que del monto bruto de la contribución señalada para cada Estado Miembro se deducirán las cantidades abonadas en su favor en el Fondo de Iguala de Impuestos; que esa deducción se ajustará en el caso de los Miembros que gravan con impuestos los sueldos percibidos por los funcionarios de la OMS, impuestos que la Organización reembolsa a ese personal; y que el monto total de esos reembolsos se estima en US$ 31,8 millones, lo que eleva las contribuciones de los Miembros a un total de US$ 988,7 millones;

6. DECIDE que el Fondo de Operaciones se mantenga en su actual nivel de US$ 31 millones;

7. AUTORIZA al Director General a utilizar las contribuciones señaladas y las contribuciones voluntarias, con sujeción a la disponibilidad de recursos, para financiar el presupuesto según se ha distribuido en el párrafo 3, sin exceder las cantidades aprobadas;

8. AUTORIZA ADEMÁS al Director General a efectuar transferencias, cuando sea necesario, entre las seis categorías, hasta por un monto que no supere el 5% de la cantidad asignada a la categoría desde la que se haga la transferencia. Todas esas transferencias se consignarán en los informes reglamentarios a los órganos deliberantes correspondientes;

9. AUTORIZA ADEMÁS al Director General a realizar gastos, cuando sea necesario, con cargo al área de Respuesta a brotes epidémicos y crisis y operaciones de escala variable, con sujeción a la disponibilidad de recursos;

10. AUTORIZA ADEMÁS al Director General a realizar gastos, cuando sea necesario, con cargo a los componentes presupuestarios de Poliomielitis, Investigaciones sobre enfermedades tropicales e Investigaciones sobre reproducción humana por encima del monto asignado a dichos componentes, a resultas de otros mecanismos de gobernanza y de movilización de recursos, así como de su ciclo presupuestario, que informan los presupuestos anuales/bienales de estos programas especiales, y con sujeción a la disponibilidad de recursos;

11. PIDE al Director General que:

1) por conducto del Consejo Ejecutivo y de su Comité de Programa, Presupuesto y Administración, presente de forma periódica a la Asamblea Mundial de la Salud informes sobre la financiación y ejecución del presupuesto tal como se presenta en el documento A70/7, así como acerca del resultado del diálogo sobre la financiación, la asignación estratégica de recursos flexibles y los resultados de la estrategia de movilización coordinada de recursos;

2) presente de forma periódica informes sobre la disponibilidad de recursos y gastos con cargo a las áreas presupuestarias de Respuesta a brotes epidémicos y crisis y operaciones de escala variable, y Poliomielitis, y las áreas de los programas especiales de Investigaciones sobre enfermedades tropicales e Investigaciones sobre reproducción humana;

3) por conducto del Consejo Ejecutivo y de su Comité de Programa, Presupuesto y Administración, y con miras a la preparación del Decimotercer Programa General de Trabajo, presente a la 71.ª Asamblea Mundial de la Salud información adicional sobre el proceso de priorización y un plan que detalle las actividades que deberían suspenderse;

4) controle los costos, busque formas de aumentar la eficiencia y presente informes periódicos con información detallada sobre los ahorros y el aumento de la eficiencia, así como una estimación de los ahorros conseguidos.

(Octava sesión plenaria, 26 de mayo de 2017 –
Comisión A, segundo informe)

WHA70.6 Recursos humanos para la salud y aplicación de los resultados de la Comisión de Alto Nivel sobre el Empleo en el Ámbito de la Salud y el Crecimiento Económico de las Naciones Unidas[1]

La 70.ª Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe sobre recursos humanos para la salud y aplicación de los resultados de la Comisión de Alto Nivel sobre el Empleo en el Ámbito de la Salud y el Crecimiento Económico de las Naciones Unidas;[2]

[1] En el anexo 14 se exponen las repercusiones financieras y administrativas de esta resolución para la Secretaría.

[2] Documento A70/18.

Reafirmando la resolución WHA69.19 (2016) «Estrategia mundial de recursos humanos para la salud: personal sanitario 2030», en la que la Asamblea de la Salud adoptó la Estrategia mundial de recursos humanos para la salud: personal sanitario 2030, y el firme llamamiento que se hace en ella a los sectores público y privado y a las partes interesadas, en particular los gobiernos, las instituciones de enseñanza y capacitación, los empleadores y las organizaciones de personal sanitario, con el fin de que participen en la coordinación de un programa intersectorial del personal sanitario y social encaminado a la consecución de un personal de salud adaptado a la Agenda 2030;

Recordando la resolución WHA63.16 (2010) sobre el Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud, en la que se adoptó el Código de prácticas mundial, y el reconocimiento que se hace en el Código de que disponer de personal sanitario adecuado y accesible es fundamental para la integración y la eficacia de los sistemas de salud y la prestación de servicios de salud, teniendo presente la necesidad de mitigar los efectos negativos de la migración del personal sanitario en los sistemas de salud de los países en desarrollo;

Recordando asimismo las resoluciones precedentes de la Asamblea de la Salud encaminadas a fortalecer el personal sanitario;[1]

Recordando además las resoluciones aprobadas por las Naciones Unidas en 2015 (resolución 70/183) y 2016 (resolución 71/159) en las que se solicita el establecimiento de la Comisión de Alto Nivel sobre el Empleo en el Ámbito de la Salud y el Crecimiento Económico (en adelante «la Comisión») y se acoge con beneplácito el informe de la Comisión, respectivamente;

Subrayando que invertir en personal sanitario y social tiene un efecto multiplicador que mejora el crecimiento inclusivo, a escala local y mundial, y contribuye a la aspiración de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y a progresar hacia el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, en particular el Objetivo 1 (Poner fin a la pobreza en todas sus formas y en todo el mundo), el Objetivo 3 (Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades), el Objetivo 4 (Garantizar una educación inclusiva y equitativa de calidad y promover oportunidades de aprendizaje permanente para todos), el Objetivo 5 (Lograr la igualdad de género y empoderar a todas las mujeres y las niñas), el Objetivo 8 (Promover el crecimiento económico sostenido, inclusivo y sostenible, el empleo pleno y productivo y el trabajo decente para todos), y el Objetivo 10 (Reducir la desigualdad en los países y entre ellos), y aprovechar los vínculos entre los Objetivos y sus metas;

Reconociendo que los problemas sanitarios del siglo XXI relacionados con los cambios demográficos, socioeconómicos, medioambientales, epidemiológicos y tecnológicos exigirán que el personal sanitario y social esté adaptado a la provisión de servicios de salud y sociales integrados y centrados en las personas a todo lo largo del proceso asistencial;

Recordando la decisión EB140(3) (2017), en la que, entre otras cosas, se acoge con beneplácito el informe de la Comisión de Alto Nivel sobre el Empleo en el Ámbito de la Salud y el Crecimiento Económico, y su tarea de proporcionar el necesario impulso político, intersectorial y multipartito me-

[1] Resoluciones WHA64.6 (2011) sobre fortalecimiento del personal sanitario, WHA64.7 (2011) sobre fortalecimiento de la enfermería y la partería, WHA65.20 (2012) sobre respuesta de la OMS y función como organismo principal del grupo de acción sanitaria en la atención de las crecientes demandas en materia de salud en las emergencias humanitarias, WHA66.23 (2013) sobre transformar la formación de la fuerza de trabajo sanitaria para apoyar la cobertura sanitaria universal, WHA67.19 (2014) sobre fortalecimiento de los cuidados paliativos como parte del tratamiento integral a lo largo de la vida, WHA67.24 (2014) sobre seguimiento de la Declaración Política de Recife sobre Recursos Humanos para la Salud: un compromiso renovado en favor de la cobertura sanitaria universal, y WHA68.15 (2015) sobre fortalecimiento de la atención quirúrgica esencial y de emergencia, y de la anestesia, como componentes de la cobertura sanitaria universal.

diante la elaboración de 10 recomendaciones y la especificación de cinco medidas inmediatas para orientar y estimular la creación de empleo en el sector sanitario y social con miras a mejorar el crecimiento económico inclusivo y la cohesión social;

Subrayando que el personal sanitario y social competente y motivado es un elemento integral de la construcción de los sistemas de salud robustos y resilientes, y haciendo hincapié en la importancia de que se realicen inversiones adecuadas en la dotación de personal para atender las necesidades en lo que se refiere a la cobertura sanitaria universal y para desarrollar las capacidades básicas exigidas en el Reglamento Sanitario Internacional (2005), incluida la capacidad del personal sanitario nacional para garantizar la preparación y respuesta a las amenazas a la salud pública;

Reconociendo la necesidad de ampliar sustancialmente y transformar la financiación sanitaria y la contratación, el desarrollo, la formación y capacitación, la distribución y la fidelización del personal sanitario y social;

Reconociendo asimismo la necesidad de aumentar sustancialmente la protección y la seguridad del personal sanitario y social y de los establecimientos de salud en todos los entornos, en particular en las emergencias de salud pública agudas y prolongadas y los entornos humanitarios,

1. ADOPTA el plan de acción quinquenal de la OIT, la OCDE y la OMS «Trabajar en pro de la salud» para el empleo en el ámbito de la salud y el crecimiento económico inclusivo (2017-2021)[1] como mecanismo de coordinación y mejora de la aplicación intersectorial de las recomendaciones de la Comisión y las medidas inmediatas en apoyo de la Estrategia mundial de la OMS de recursos humanos para la salud: personal sanitario 2030;

2. INSTA a todos los Miembros de la OMS a actuar prontamente respecto de las recomendaciones de la Comisión y las medidas inmediatas, con el apoyo de la OMS, la OIT y la OCDE,[2] según proceda y en consonancia con los contextos, las prioridades y las especificidades nacionales;

3. INVITA a los asociados internacionales, regionales, nacionales y locales y a las partes interesadas en las cuestiones sanitarias, sociales y de género, y de las esferas de los asuntos exteriores, la educación, las finanzas y el trabajo, a que participen en la aplicación de las recomendaciones de la Comisión y el plan de acción quinquenal para el empleo en el ámbito de la salud y el crecimiento económico inclusivo (2017-2021) en su conjunto, y los respalden;

4. PIDE al Director General:

1) que colabore con los Estados Miembros que lo soliciten, con los organismos de otros sectores pertinentes y con los asociados en la aplicación de las recomendaciones de la Comisión y las medidas inmediatas expuestas en el plan de acción quinquenal para el empleo en el ámbito de la salud y el crecimiento económico inclusivo (2017-2021), en particular para lo siguiente:

a) reforzar el desarrollo progresivo y la aplicación de cuentas nacionales del personal de salud;

[1] Véase el anexo 2.

[2] Y, cuando proceda, a las organizaciones de integración económica regional.

b) reforzar la pertinencia, eficacia y aplicación del Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud, también fomentando continuamente el diálogo bilateral y multilateral y la cooperación para promover los beneficios mutuos resultantes de la movilidad internacional del personal sanitario;

c) catalizar la ampliación y transformación de la enseñanza y la capacitación técnica y profesional, incluida la educación interprofesional, especialmente en entornos comunitarios y basados en los sistemas de salud, y estimular las inversiones en la creación de empleos sanitarios y sociales decentes, con las competencias adecuadas, en número apropiado y en los lugares pertinentes, en particular en los países que afrontan los mayores problemas en la consecución de la cobertura sanitaria universal y la aplicación de la Estrategia mundial de recursos humanos para la salud: personal sanitario 2030;

2) que se coordine y colabore con la OIT, la OCDE y otros sectores, organismos y asociados pertinentes en el desarrollo de una capacidad conjunta de apoyo a los Estados Miembros que lo soliciten respecto de esta agenda, en particular en lo que se refiere a lo siguiente:

a) el establecimiento de una plataforma en línea de conocimientos e intercambio de datos entre organismos sobre el personal sanitario y social, que respete la intimidad personal y las leyes pertinentes de protección de los datos, que reúna progresivamente datos e información procedente de múltiples organismos, sectores y fuentes para mejorar los datos, análisis, rendición de cuentas, monitoreo y seguimiento relativos al mercado de trabajo sanitario y social, a modo de recurso de internet de acceso abierto, electrónico y en tiempo real, sobre la base de la aplicación progresiva y los informes de las cuentas nacionales del personal sanitario; y

b) el establecimiento de una plataforma internacional sobre movilidad del personal sanitario para el diálogo, el intercambio y la actuación colectiva transparentes en materia de políticas intersectoriales con el fin de lograr una fuerza de trabajo sanitaria y social sostenible, maximizar los beneficios mutuos, promover la contratación ética y mitigar los efectos adversos resultantes de esa movilidad;

3) que utilice la Red Mundial de Personal Sanitario a modo de mecanismo de participación de las partes interesadas en la aplicación del plan de acción quinquenal para el empleo en el ámbito de la salud y el crecimiento económico inclusivo (2017-2021);

4) que estudie mecanismos intersectoriales e innovadores de financiación necesarios para mejorar la aplicación del plan de acción quinquenal para el empleo en el ámbito de la salud y el crecimiento económico inclusivo (2017-2021);

5) que acelere los progresos en el monitoreo del personal sanitario con la aplicación de las cuentas nacionales del personal sanitario, y que garantice un número suficiente de trabajadores sanitarios con competencias adecuadas y su distribución equitativa; y

6) que presente un informe periódico a la Asamblea de la Salud sobre los progresos realizados en la aplicación del plan de acción quinquenal sobre el empleo en el ámbito de la salud y el crecimiento económico inclusivo (2017-2021), alineándolo con los informes sobre la Estrategia mundial de recursos humanos para la salud: personal sanitario 2030.

(Novena sesión plenaria, 29 de mayo de 2017 –
Comisión A, tercer informe)

WHA70.7 Mejora de la prevención, el diagnóstico y la atención clínica de la septicemia[1]

La 70.ª Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe sobre la mejora de la prevención, el diagnóstico y la atención clínica de la septicemia;[2]

Preocupada por que la septicemia sigue provocando aproximadamente seis millones de muertes al año en todo el mundo, la mayoría de las cuales se podrían evitar;

Reconociendo que la septicemia, en cuanto respuesta sindrómica a una infección, es la vía final hacia la muerte que comparten la mayoría de las enfermedades infecciosas en todo el mundo;

Considerando que la septicemia sigue un curso clínico singular y apremiante que, en sus primeras fases, es fácilmente tratable mediante un diagnóstico precoz y una atención clínica oportuna y apropiada;

Considerando también que las infecciones que pueden provocar septicemia se pueden evitar frecuentemente mediante una higiene adecuada de las manos, el acceso a programas de vacunación, la mejora de la calidad y disponibilidad de sistemas de saneamiento y abastecimiento de agua y la adopción de otras prácticas óptimas de prevención y control de infecciones, y que las formas de septicemia asociadas a infecciones nosocomiales son graves, difícilmente controlables y tienen elevadas tasas de letalidad;

Reconociendo que, aunque la septicemia propiamente dicha no siempre se puede prever, sus efectos nocivos en cuanto a mortalidad y morbilidad a largo plazo se pueden mitigar mediante el diagnóstico temprano y la atención clínica apropiada y oportuna;

Reconociendo también la necesidad de mejorar las medidas de prevención de las infecciones y de control de las consecuencias de la septicemia, debido a los deficientes programas de prevención y control de las infecciones, la insuficiencia de la formación sanitaria y del reconocimiento precoz de la septicemia, el acceso inadecuado a un tratamiento y a una atención asequibles, oportunos y apropiados, los insuficientes servicios de laboratorio y la falta de enfoques integrados de la prevención y la atención clínica de la septicemia;

Observando que las infecciones asociadas a la atención sanitaria representan una vía común a través de la cual la septicemia puede aumentar la carga sobre los recursos de la atención sanitaria;

Considerando la necesidad de adoptar un enfoque integrado de la septicemia que se centre en la prevención, el reconocimiento temprano mediante servicios clínicos y de laboratorio y el acceso oportuno a la atención sanitaria, incluidos los servicios de cuidados intensivos, así como la necesidad de que se presten de forma fiable los elementos que forman el núcleo de la atención sanitaria, tales como la administración intravenosa de líquidos y la administración oportuna de antimicrobianos cuando estén indicados;

---

[1] En el anexo 14 se exponen las repercusiones financieras y administrativas de esta resolución para la Secretaría.

[2] Documento A70/13.

Reconociendo que: *i*) el uso inapropiado y excesivo de antimicrobianos contribuye a la amenaza que representa la resistencia a los antimicrobianos; *ii*) en el plan de acción mundial sobre la resistencia a los antimicrobianos, adoptado en la resolución WHA68.7 (2015),[1] así como en la resolución WHA67.25 (2014), se insta a la OMS a acelerar los esfuerzos destinados a garantizar el acceso a antimicrobianos eficaces y promover su uso responsable y prudente; *iii*) la septicemia representa la indicación más vital del uso responsable de antimicrobianos eficaces para la salud humana; *iv*) en ausencia de una atención clínica apropiada y oportuna, especialmente antimicrobianos eficaces, la septicemia sería casi siempre letal; *v*) el tratamiento antimicrobiano ineficaz o incompleto de las infecciones, y en particular de la septicemia, puede contribuir de manera muy importante al aumento de la amenaza que representa la resistencia a los antimicrobianos; *vi*) la incidencia de algunos patógenos resistentes puede reducirse mediante el uso de vacunas apropiadas; y *vii*) los pacientes inmunodeprimidos corren mayor riesgo de sufrir formas muy graves de septicemia;

Reconociendo que muchas enfermedades prevenibles mediante vacunación contribuyen de manera muy importante a la septicemia, y reafirmando la resolución WHA45.17 (1992) sobre inmunización y calidad de las vacunas, en la que se insta a los Estados Miembros a que, entre otras cosas, incluyan nuevas vacunas costoeficaces y asequibles en los programas nacionales de inmunización en los países donde ello sea viable;

Reconociendo también la importancia de contar con sistemas sanitarios funcionales y sólidos que incluyan estrategias organizativas y terapéuticas para mejorar la seguridad de los pacientes y los resultados de la septicemia de origen bacteriano;

Reconociendo asimismo la necesidad de prevenir y controlar la septicemia, aumentar el acceso oportuno a un diagnóstico correcto y proporcionar programas terapéuticos apropiados;

Reconociendo también las labores de promoción de las partes interesadas, en particular las actividades que se celebran cada año el 13 de septiembre[2] en muchos países, para concienciar acerca de la septicemia,

1. INSTA a los Estados Miembros:[3]

1) a incluir la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la septicemia en los sistemas sanitarios, y a fortalecer dichos aspectos en la comunidad y en los entornos de atención de salud con arreglo a las directrices de la OMS;

2) a reforzar las estrategias existentes o a elaborar otras nuevas que tengan por objeto programas más sólidos de prevención y control de las infecciones, en particular mediante el refuerzo de la infraestructura para la higiene, la promoción de la higiene de las manos, y otras prácticas óptimas de prevención y control de las infecciones, prácticas limpias durante los partos, prácticas de prevención de las infecciones en cirugía, mejoras en el saneamiento, la nutrición y el suministro de agua limpia, acceso a programas de vacunación, suministro de equipo de protección personal eficaz a los profesionales de la salud y control de las infecciones en los entornos de atención de salud;

---

[1] Véase el documento WHA68/2015/REC/1, anexo 3.

[2] Véase el documento A70/13, párrafo 11: las organizaciones de la sociedad civil promocionan un «Día Mundial de la Sepsis» el 13 de septiembre.

[3] Y, cuando proceda, a las organizaciones de integración económica regional.

3) a proseguir en sus esfuerzos por reducir la resistencia a los antimicrobianos y promover el uso adecuado de los antimicrobianos con arreglo al Plan de acción mundial sobre la resistencia a los antimicrobianos[1] así como la elaboración y aplicación de actividades integrales de rectoría contra los antimicrobianos;

4) a establecer y aplicar una atención normalizada y óptima y fortalecer las contramedidas médicas para diagnosticar y tratar la septicemia en emergencias sanitarias, especialmente en los brotes, mediante directrices apropiadas que tengan un enfoque multisectorial;

5) a fomentar la concienciación pública acerca del riesgo de que una enfermedad infecciosa evolucione hasta provocar una septicemia, mediante la educación en el sector de la salud, en particular respecto de la seguridad de los pacientes, a fin de garantizar un pronto contacto inicial entre las personas afectadas y el sistema de atención sanitaria;

6) a elaborar material de formación dirigido a todos los profesionales de la salud en relación con la prevención de las infecciones y la seguridad del paciente y la importancia de reconocer la septicemia como una afección prevenible, en la que el factor tiempo es crucial y con necesidades terapéuticas urgentes, y de utilizar el término «septicemia» al comunicarse con los pacientes, los familiares y otras partes a fin de mejorar la concienciación pública;

7) a promover las investigaciones que tengan por objeto medios innovadores de diagnóstico y tratamiento de la septicemia en las diferentes etapas de la vida, en particular las investigaciones de nuevos antimicrobianos y medicamentos alternativos, pruebas diagnósticas rápidas, vacunas y otras tecnologías, intervenciones y tratamientos importantes;

8) a aplicar y mejorar el uso del sistema de Clasificación Internacional de Enfermedades para determinar la prevalencia y las características de la septicemia y de la resistencia a los antimicrobianos, y elaborar y aplicar herramientas de seguimiento y evaluación con objeto de centrar la atención en la mejora de los resultados en relación con la septicemia, y hacer un seguimiento de los progresos al respecto, en particular la elaboración y fomento de sistemas específicos de vigilancia epidemiológica, y orientar las estrategias basadas en datos científicos para la adopción de decisiones normativas relativas a actividades de prevención, diagnóstico y tratamiento y el acceso a atención sanitaria pertinente para los supervivientes;

9) a seguir participando en los esfuerzos de promoción para fomentar la concienciación acerca de la septicemia, en particular con el apoyo a las actividades que se celebran cada año el 13 de septiembre en los Estados Miembros;[2]

2. PIDE al Director General:

1) que elabore orientaciones de la OMS, en particular, según proceda, directrices sobre la prevención y el tratamiento de la septicemia;

2) que ponga en conocimiento del público los efectos de la septicemia en la salud, en particular mediante la publicación de un informe sobre la enfermedad en el que se describan su epidemiología mundial y efectos en la carga de morbilidad y se seleccionen enfoques eficaces para

[1] Véase el documento WHA68/2015/REC/1, anexo 3.

[2] Véase el documento A70/13, párrafo 11: las organizaciones de la sociedad civil promocionan un «Día Mundial de la Sepsis» el 13 de septiembre.

integrar el diagnóstico y tratamiento oportunos de la septicemia en los sistemas de salud actuales de aquí a finales de 2018;

3) que apoye a los Estados Miembros, según proceda, a definir normas y establecer las directrices, infraestructuras, capacidad de laboratorio, estrategias y herramientas necesarias para reducir la incidencia de la septicemia, y la mortalidad y complicaciones de largo plazo que provoca;

4) que colabore con otras organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, asociados, organizaciones internacionales y otras partes interesadas pertinentes para mejorar el acceso a tipos de tratamientos contra la septicemia que sean de calidad, seguros, eficaces y asequibles, así como la prevención y control de las infecciones, en particular la inmunización, en los países en desarrollo, teniendo en cuenta las iniciativas actuales pertinentes;

5) que informe a la 73.ª Asamblea Mundial de la Salud sobre la aplicación de la presente resolución.

(Novena sesión plenaria, 29 de mayo de 2017 –
Comisión A, cuarto informe)

WHA70.8 Estado de la recaudación de las contribuciones señaladas, y Estados Miembros con atrasos de contribuciones de importancia bastante para que esté justificado aplicar el Artículo 7 de la Constitución

La 70.ª Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe de la Secretaría sobre el estado de la recaudación de las contribuciones señaladas y sobre los Estados Miembros con atrasos de contribuciones de importancia bastante para que esté justificado aplicar el Artículo 7 de la Constitución, así como los arreglos especiales para el pago de los atrasos;[1]

Habiendo tomado nota del informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 70.ª Asamblea Mundial de la Salud;[2]

Observando que en el momento de la apertura de la 70.ª Asamblea Mundial de la Salud estaban suspendidos los derechos de voto de Comoras, Guinea-Bissau, República Centroafricana, Somalia y Ucrania, y que dicha suspensión seguirá vigente, en la actual Asamblea de la Salud o en otras futuras, hasta que los atrasos de los mencionados Estados Miembros se hayan reducido a un nivel inferior al que justifica la aplicación del Artículo 7 de la Constitución;

Observando que, en el momento de la apertura de la 70.ª Asamblea Mundial de la Salud Gambia, Granada, Guinea Ecuatorial y Sudán del Sur tenían atrasos de importancia bastante para que, según lo dispuesto en el Artículo 7 de la Constitución, la Asamblea de la Salud considerara examinar si procedía suspender los derechos de voto de esos países mencionados en la fecha de apertura de la 71.ª Asamblea Mundial de la Salud,

[1] Documento A70/41.

[2] Documento A70/60.

DECIDE:

1) que, de acuerdo con la declaración de principios adoptada en la resolución WHA41.7 (1988), si en la fecha de apertura de la 71.ª Asamblea Mundial de la Salud, Gambia, Granada, Guinea Ecuatorial y Sudán del Sur todavía tienen atrasos de contribuciones de importancia bastante para que esté justificada la aplicación del Artículo 7 de la Constitución, se les suspenderán los derechos de voto a partir de dicha apertura;

2) que toda suspensión que entre en vigor en virtud de lo dispuesto en el párrafo 1) *supra* se mantendrá en la 71.ª Asamblea Mundial de la Salud y en las Asambleas de la Salud subsiguientes hasta que los atrasos de Gambia, Granada, Guinea Ecuatorial y Sudán del Sur se hayan reducido a un nivel inferior al que justifica la aplicación el Artículo 7 de la Constitución;

3) que esta decisión se aplique sin perjuicio del derecho que asiste a todo Miembro de pedir el restablecimiento de su derecho de voto de conformidad con el Artículo 7 de la Constitución.

(Novena sesión plenaria, 29 de mayo de 2017 –
Comisión B, primer informe)

WHA70.9 Escala de contribuciones para 2018-2019

La 70.ª Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe del Director General,[1]

ADOPTA la escala de contribuciones de los Miembros y Miembros Asociados para el bienio 2018-2019 que figura a continuación.

Miembros y Miembros Asociados	Escala de la OMS para 2018-2019 %
Afganistán	0,0060
Albania	0,0080
Alemania	6,3892
Andorra	0,0060
Angola	0,0100
Antigua y Barbuda	0,0020
Arabia Saudita	1,1461
Argelia	0,1610
Argentina	0,8920
Armenia	0,0060
Australia	2,3371
Austria	0,7201
Azerbaiyán	0,0600

[1] Documento A70/42.

Miembros y Miembros Asociados	Escala de la OMS para 2018-2019 %
Bahamas	0,0140
Bahrein	0,0440
Bangladesh	0,0100
Barbados	0,0070
Belarús	0,0560
Bélgica	0,8851
Belice	0,0010
Benin	0,0030
Bhután	0,0010
Bolivia (Estado Plurinacional de)	0,0120
Bosnia y Herzegovina	0,0130
Botswana	0,0140
Brasil	3,8232
Brunei Darussalam	0,0290
Bulgaria	0,0450
Burkina Faso	0,0040
Burundi	0,0010
Cabo Verde	0,0010
Camboya	0,0040
Camerún	0,0100
Canadá	2,9211
Chad	0,0050
Chequia	0,3440
Chile	0,3990
China	7,9212
Chipre	0,0430
Colombia	0,3220
Comoras	0,0010
Congo	0,0060
Costa Rica	0,0470
Côte d'Ivoire	0,0090
Croacia	0,0990
Cuba	0,0650
Dinamarca	0,5840
Djibouti	0,0010
Dominica	0,0010
Ecuador	0,0670
Egipto	0,1520
El Salvador	0,0140
Emiratos Árabes Unidos	0,6040
Eritrea	0,0010
Eslovaquia	0,1600
Eslovenia	0,0840
España	2,4431
Estados Unidos de América	22,0000

Miembros y Miembros Asociados	Escala de la OMS para 2018-2019 %
Estonia	0,0380
Etiopía	0,0100
Ex República Yugoslava de Macedonia	0,0070
Federación de Rusia	3,0882
Fiji	0,0030
Filipinas	0,1650
Finlandia	0,4560
Francia	4,8592
Gabón	0,0170
Gambia	0,0010
Georgia	0,0080
Ghana	0,0160
Granada	0,0010
Grecia	0,4710
Guatemala	0,0280
Guinea	0,0020
Guinea Ecuatorial	0,0100
Guinea-Bissau	0,0010
Guyana	0,0020
Haití	0,0030
Honduras	0,0080
Hungría	0,1610
India	0,7370
Indonesia	0,5040
Irán (República Islámica del)	0,4710
Iraq	0,1290
Irlanda	0,3350
Islandia	0,0230
Islas Cook	0,0010
Islas Marshall	0,0010
Islas Salomón	0,0010
Israel	0,4300
Italia	3,7482
Jamaica	0,0090
Japón	9,6802
Jordania	0,0200
Kazajstán	0,1910
Kenya	0,0180
Kirguistán	0,0020
Kiribati	0,0010
Kuwait	0,2850
Lesotho	0,0010
Letonia	0,0500
Líbano	0,0460
Liberia	0,0010

Miembros y Miembros Asociados	Escala de la OMS para 2018-2019 %
Libia	0,1250
Lituania	0,0720
Luxemburgo	0,0640
Madagascar	0,0030
Malasia	0,3220
Malawi	0,0020
Maldivas	0,0020
Malí	0,0030
Malta	0,0160
Marruecos	0,0540
Mauricio	0,0120
Mauritania	0,0020
México	1,4351
Micronesia (Estados Federados de)	0,0010
Mónaco	0,0100
Mongolia	0,0050
Montenegro	0,0040
Mozambique	0,0040
Myanmar	0,0100
Namibia	0,0100
Nauru	0,0010
Nepal	0,0060
Nicaragua	0,0040
Níger	0,0020
Nigeria	0,2090
Niue	0,0010
Noruega	0,8491
Nueva Zelandia	0,2680
Omán	0,1130
Países Bajos	1,4821
Pakistán	0,0930
Palau	0,0010
Panamá	0,0340
Papua Nueva Guinea	0,0040
Paraguay	0,0140
Perú	0,1360
Polonia	0,8411
Portugal	0,3920
Puerto Rico	0,0010
Qatar	0,2690
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte	4,4632
República Árabe Siria	0,0240
República Centroafricana	0,0010
República de Corea	2,0391

Miembros y Miembros Asociados	Escala de la OMS para 2018-2019 %
República Democrática del Congo	0,0080
República Democrática Popular Lao	0,0030
República de Moldova	0,0040
República Dominicana	0,0460
República Popular Democrática de Corea	0,0050
República Unida de Tanzanía	0,0100
Rumania	0,1840
Rwanda	0,0020
Saint Kitts y Nevis	0,0010
Samoa	0,0010
San Marino	0,0030
San Vicente y las Granadinas	0,0010
Santa Lucía	0,0010
Santo Tomé y Príncipe	0,0010
Senegal	0,0050
Serbia	0,0320
Seychelles	0,0010
Sierra Leona	0,0010
Singapur	0,4470
Somalia	0,0010
Sri Lanka	0,0310
Sudáfrica	0,3640
Sudán	0,0100
Sudán del Sur	0,0030
Suecia	0,9561
Suiza	1,1401
Suriname	0,0060
Swazilandia	0,0020
Tailandia	0,2910
Tayikistán	0,0040
Timor-Leste	0,0030
Togo	0,0010
Tokelau	0,0010
Tonga	0,0010
Trinidad y Tabago	0,0340
Túnez	0,0280
Turkmenistán	0,0260
Turquía	1,0181
Tuvalu	0,0010
Ucrania	0,1030
Uganda	0,0090
Uruguay	0,0790
Uzbekistán	0,0230
Vanuatu	0,0010
Venezuela (República Bolivariana de)	0,5710

Miembros y Miembros Asociados	Escala de la OMS para 2018-2019 %
Viet Nam	0,0580
Yemen	0,0100
Zambia	0,0070
Zimbabwe	0,0040
Total	**100,0000**

(Novena sesión plenaria, 29 de mayo de 2017 – Comisión B, primer informe)

WHA70.10 Remuneración de los titulares de puestos sin clasificar y del puesto de Director General

La 70.ª Asamblea Mundial de la Salud,

Tomando nota de las recomendaciones del Consejo Ejecutivo acerca de la remuneración de los titulares de puestos sin clasificar y del puesto de Director General,

1. FIJA en US$ 174 373 el sueldo bruto anual correspondiente a los cargos de Subdirector General y Directores Regionales, lo que resulta en un sueldo neto de US$ 130 586;

2. FIJA en US$ 192 236 el sueldo bruto anual correspondiente al cargo de Director General Adjunto, lo que resulta en un sueldo neto de US$ 142 376;

3. FIJA en US$ 241 276 el sueldo bruto anual correspondiente al puesto de Director General, lo que resulta en un sueldo neto de US$ 172 069;

4. DECIDE que esos ajustes salariales tengan efecto a partir del 1 de enero de 2017.

(Décima sesión plenaria, 31 de mayo de 2017 – Comisión B, segundo informe)

WHA70.11 Preparación para la Tercera Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles, que se celebrará en 2018[1]

La 70.ª Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe sobre la preparación para la Tercera Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles, que se celebrará en 2018;[2]

[1] En el anexo 14 se exponen las repercusiones financieras y administrativas de esta resolución para la Secretaría.

[2] Documento A70/27.

Recordando las resoluciones WHA66.10 (2013) sobre la Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles y WHA69.6 (2016) sobre las respuestas a tareas específicas en preparación para la Tercera Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles; las resoluciones de la Asamblea General de las Naciones Unidas 66/2 (2011) sobre la Declaración política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles, 68/300 (2014) sobre el documento final de la reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre el examen y la evaluación generales de los progresos realizados en la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, 69/313 (2015) sobre la Agenda de Acción de Addis Abeba, y 70/1 (2015) sobre la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible; y las resoluciones 2013/12, 2014/10, 2015/8 y 2016/5 del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas acerca del Equipo de Tareas Interinstitucional de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles,

1. REFRENDA la versión actualizada del apéndice 3 del Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020;[1]

2. TOMA NOTA del plan de trabajo del mecanismo de coordinación mundial sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles para el periodo 2018-2019;[1]

3. INSTA a los Estados Miembros:[2]

1) a seguir aplicando las resoluciones WHA66.10 (2013) sobre la Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles y WHA69.6 (2016) sobre las respuestas a tareas específicas en preparación para la Tercera reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles; las resoluciones de la Asamblea General de las Naciones Unidas 66/2 (2011) sobre la Declaración política de la Reunión de Alto Nivel, 68/300 (2014) acerca del documento final de la reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre el examen y la evaluación generales de los progresos realizados en la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, 69/313 (2015) sobre la Agenda de Acción de Addis Abeba, y 70/1 (2015) sobre la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible; y las resoluciones 2013/12, 2014/10, 2015/8 y 2016/5 del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas acerca del Equipo de Tareas Interinstitucional de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles, teniendo en cuenta la versión actualizada del apéndice 3 del Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020;

2) a apoyar la preparación, a nivel nacional, regional e internacional, de la tercera Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles, que se celebrará en 2018;

[1] Véase el anexo 3.

[2] Y, cuando proceda, a las organizaciones de integración económica regional.

4. PIDE a la Directora General que, por conducto del Consejo Ejecutivo, presente a la 71.ª Asamblea Mundial de la Salud de 2018 un informe sobre la preparación para la Tercera Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles, que se celebrará en 2018.

(Décima sesión plenaria, 31 de mayo de 2017 –
Comisión B, cuarto informe)

WHA70.12 Prevención y control del cáncer en el contexto de un enfoque integrado[1]

La 70.ª Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe sobre prevención y control del cáncer en el contexto de un enfoque integrado;[2]

Reconociendo que en 2012 el cáncer fue la segunda causa de muerte en el mundo, registrándose 8,2 millones de defunciones relacionadas con el cáncer, en su mayoría en países de ingresos bajos o medianos;

Reconociendo que el cáncer es una de las principales causas de morbilidad a escala mundial y un creciente problema de salud pública, habiéndose previsto que el número de casos de cáncer aumente de los 14,1 millones registrados en 2012 a 21,6 millones en 2030;

Consciente de que determinados grupos de población son víctimas de desigualdades en cuanto a su exposición a los factores de riesgo y en el acceso al cribado, al diagnóstico precoz y a tratamientos oportunos y apropiados, y que obtienen peores resultados en lo que se refiere al cáncer; y reconociendo que se precisan estrategias de control del cáncer diferenciadas para grupos específicos de enfermos de cáncer tales como los niños y los adolescentes;

Observando que la reducción del riesgo podría prevenir alrededor de la mitad de los casos de cáncer;

Consciente de que un diagnóstico precoz y un tratamiento pronto y adecuado, incluidos el alivio del dolor y los cuidados paliativos, pueden reducir la mortalidad y mejorar los resultados obtenidos y la calidad de vida de los enfermos de cáncer;

Reconociendo con satisfacción la introducción de nuevos productos farmacéuticos resultantes de inversiones en innovación destinadas al tratamiento del cáncer en años recientes, pero observando con gran preocupación el aumento de los costos que soportan los sistemas de salud y los enfermos;

Haciendo hincapié en la importancia de que se superen los obstáculos al acceso a medicamentos y productos médicos seguros, de calidad, eficaces y asequibles, y a tecnologías apropiadas para la prevención, la detección, el cribado, el diagnóstico y el tratamiento del cáncer, incluido el quirúrgico, fortaleciendo los sistemas nacionales de salud y la cooperación internacional, en particular los recursos

[1] En el anexo 14 se exponen las repercusiones financieras y administrativas de esta resolución para la Secretaría.

[2] Documento A70/32.

humanos, con la finalidad última de mejorar el acceso de los enfermos, especialmente aumentando la capacidad de los sistemas de salud para proporcionar ese acceso;

Recordando la resolución WHA58.22 (2005) sobre prevención y control del cáncer;

Recordando también la resolución 66/2 (2011) de la Asamblea General de las Naciones Unidas relativa a la Declaración política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles, en la cual los jefes de Estado y de gobierno suscribieron una serie de compromisos nacionales que configuraban la hoja de ruta para combatir el cáncer y otras enfermedades no transmisibles;

Recordando asimismo su resolución WHA66.10 (2013), en la cual hizo suyo el Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020, que guía a los Estados Miembros para que puedan cumplir los compromisos que suscribieron en la Declaración política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles, incluidos los relativos a la lucha contra el cáncer;

Recordando además la resolución 68/300 (2014) de la Asamblea General de las Naciones Unidas (2014) relativa al Documento final de la reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre el examen y la evaluación generales de los progresos realizados en la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, en la que se afirman y refuerzan los permanentes compromisos que son esenciales para seguir la hoja de ruta de lucha contra el cáncer y otras enfermedades no transmisibles trazada en la Declaración política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles, incluidos cuatro compromisos nacionales a plazo fijo para 2015 y 2016;

Teniendo presente que existe una herramienta de seguimiento que la OMS está utilizando para determinar en qué medida sus 194 Estados Miembros están haciendo realidad esos cuatro compromisos a plazo fijo para combatir el cáncer y otras enfermedades no transmisibles, conforme a la nota técnica[1] publicada por la OMS el 1 de mayo de 2015 en aplicación de la decisión EB136(13) (2015);

Teniendo presente también el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco;

Teniendo presentes además los Objetivos de Desarrollo Sostenible fijados en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, concretamente el Objetivo 3 (Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades), así como su meta 3.4, que apunta a reducir en un tercio, para 2030, la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles, y su meta 3.8, encaminada a lograr la cobertura sanitaria universal;

Valorando el trabajo realizado en los últimos años por los Estados Miembros[2] y los asociados internacionales para prevenir y controlar el cáncer, pero sabiendo que es necesario profundizar en ese quehacer;

Reafirmando la Estrategia mundial y plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual;

Reafirmando también los derechos de los Estados Miembros de utilizar plenamente las flexibilidades previstas en el Acuerdo de la OMC sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelec-

[1] Disponible en http://www.who.int/nmh/events/2015/technical-note-en.pdf?ua=1 (consultado el 19 de mayo de 2017).

[2] Y, cuando proceda, a las organizaciones de integración económica regional.

tual relacionados con el Comercio (ADPIC) con el fin de ampliar el acceso a medicamentos asequibles, seguros, eficaces y de buena calidad, tras observar que, entre otras cosas, los derechos de propiedad intelectual son un incentivo importante para el desarrollo de nuevos productos sanitarios,

1. INSTA a los Estados Miembros[1] a que, teniendo en cuenta sus contextos, sus marcos institucionales y jurídicos y sus prioridades nacionales:

1) continúen aplicando la hoja de ruta de compromisos nacionales para la prevención y el control del cáncer y otras enfermedades no transmisibles incluidas en las resoluciones de la Asamblea General de las Naciones Unidas 66/2 (2011) sobre la Declaración política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles y 68/300 (2014) relativa al Documento final de la reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre el examen y la evaluación generales de los progresos realizados en la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles;

2) apliquen también los cuatro compromisos nacionales a plazo fijo para 2015 y 2016 establecidos en el Documento final, en preparación de una tercera reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles que tendrá lugar en 2018, teniendo en cuenta para ello la nota técnica publicada por la OMS el 1 de mayo de 2015, en la que constan los indicadores de progreso que utilizará el Director General para informar en 2017 a la Asamblea General de las Naciones Unidas acerca de los progresos realizados en el cumplimiento de los compromisos nacionales, entre ellos los relativos a la lucha contra el cáncer, teniendo en cuenta los factores de riesgo específicos del cáncer;

3) integren las actividades nacionales de prevención y control del cáncer y amplíen su escala como parte de la respuesta nacional a las enfermedades no transmisibles, en consonancia con la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible;

4) elaboren, según proceda, y pongan en práctica, planes nacionales de control del cáncer que sean inclusivos para todos los grupos etarios; que estén dotados de recursos suficientes y de mecanismos de seguimiento y rendición de cuentas; y que propicien eficiencias en relación con los costos y sinergias con otras intervenciones sanitarias;

5) reúnan datos poblacionales de alta calidad sobre la incidencia del cáncer y la mortalidad conexa para todos los grupos etarios por tipo de cáncer, e incluyan mediciones de las desigualdades por medio de registros de casos de cáncer basados en información demográfica, encuestas domiciliarias y otros sistemas de información sanitaria, a fin de orientar las políticas y planes;

6) aceleren la aplicación, por los Estados Partes, del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco y alienten a los Estados Miembros que aún no lo hayan hecho, a considerar la posibilidad de adherirse al Convenio cuanto antes, toda vez que una reducción sustancial del consumo de tabaco supone una contribución importante a la prevención y el control del cáncer; y tomen medidas para impedir que la industria tabacalera interfiera en la política de salud pública, con el objetivo de reducir los factores de riesgo de enfermedades no transmisibles;

7) promuevan la prevención primaria de diferentes tipos de cáncer;

8) promuevan un mayor acceso a vacunaciones costoeficaces para prevenir las infecciones relacionadas con el cáncer, como parte de los programas nacionales de inmunización, sobre la

[1] Y, cuando proceda, a las organizaciones de integración económica regional.

base de los perfiles epidemiológicos y las capacidades de los sistemas de salud nacionales, y en consonancia con las metas de inmunización del Plan de acción mundial sobre vacunas;

9) elaboren, ejecuten y sigan de cerca, en función de los perfiles epidemiológicos nacionales, los programas de diagnóstico precoz y cribado de los tipos de cáncer más comunes, con arreglo a la evaluación de la viabilidad y la costoeficacia del cribado, y con la capacidad suficiente para evitar demoras en el diagnóstico y el tratamiento;

10) definan y apliquen protocolos científicamente contrastados para la gestión del cáncer en niños y adultos, en particular en lo que respecta a los cuidados paliativos;

11) colaboren potenciando, según proceda, las alianzas y redes regionales y subregionales a fin de crear centros de excelencia para la gestión de determinados tipos de cáncer;

12) promuevan recomendaciones para secundar la adopción de decisiones clínicas y la derivación de pacientes que privilegien un uso eficiente, seguro y costoeficaz de los servicios de diagnóstico y tratamiento oncológicos, tales como la cirugía, la radioterapia y la quimioterapia, y faciliten la cooperación intersectorial entre los profesionales de la salud, así como la capacitación del personal en todos los niveles de los sistemas de salud;

13) movilicen recursos humanos y financieros propios de forma sostenible y contemplen soluciones innovadoras y voluntarias de financiación para contribuir a la lucha contra el cáncer y promover así el acceso equitativo y asequible a la atención oncológica;

14) promuevan la investigación sobre el cáncer, en particular acerca de los desenlaces clínicos, la calidad de vida y la costoeficacia, a fin de mejorar la base científica de su prevención y tratamiento;

15) ofrezcan medidas de alivio del dolor y cuidados paliativos con arreglo a la resolución WHA67.19 (2014), relativa al fortalecimiento de los cuidados paliativos como parte del tratamiento integral a lo largo de la vida;

16) prevean con antelación y promuevan el seguimiento de quienes sobreviven a la enfermedad, así como la gestión de los efectos tardíos y la prevención terciaria, con la participación activa de los pacientes y sus familiares;

17) promuevan la detección temprana de las necesidades de los pacientes y su acceso a la rehabilitación, en particular en relación con los servicios de cuidados en el trabajo, psicosociales y paliativos;

18) promuevan y faciliten el asesoramiento psicosocial y la asistencia postratamiento a los enfermos de cáncer y sus familiares, habida cuenta de que la enfermedad es cada vez más crónica;

19) continúen promoviendo las alianzas entre los gobiernos y la sociedad civil, utilizando como base la contribución de las organizaciones no gubernamentales activas en el campo de la salud y las organizaciones de pacientes, a fin de apoyar, cuando proceda, los servicios de prevención y control, tratamiento y atención oncológicos, incluidos los cuidados paliativos;

20) se esfuercen por cumplir la meta 3.4 del Objetivo de Desarrollo Sostenible 3, reiterando el compromiso de reducir en un tercio, para 2030, la mortalidad prematura por cáncer y otras enfermedades no transmisibles;

21) promuevan la disponibilidad y asequibilidad de medicamentos (sobre todo, aunque no exclusivamente, los de la Lista Modelo OMS de Medicamentos Esenciales), vacunas y medios de diagnóstico del cáncer seguros, eficaces y de calidad;

22) promuevan el acceso a la prevención, el tratamiento y la atención amplios y costoeficaces para la gestión integrada del cáncer, mediante, entre otras cosas, un mayor acceso a medicamentos, medios de diagnóstico y demás tecnologías que sean asequibles, seguros, eficaces y de calidad;

2. PIDE al Director General:

1) que elabore o adapte orientaciones y conjuntos de herramientas graduales y estratificados con arreglo a los recursos para establecer y ejecutar programas integrales de prevención y control del cáncer, en particular en el ámbito de la gestión del cáncer en la niñez y la adolescencia, aprovechando para ello la labor de otras organizaciones;

2) que recopile, sintetice y difunda pruebas sobre las intervenciones más costoeficaces para todos los grupos de edad y ayude a los Estados Miembros[1] en la aplicación de estas intervenciones; y que elabore argumentos a favor de invertir en la prevención y el control del cáncer;

3) que refuerce la capacidad de la Secretaría para apoyar la aplicación de intervenciones costoeficaces y modelos de atención adaptados a los países y para colaborar con los asociados internacionales, incluido el OIEA, con el fin de armonizar la asistencia técnica proporcionada a los países a efectos de la prevención y el control del cáncer;

4) que colabore con los Estados Miembros[1] y con las organizaciones no gubernamentales, las entidades del sector privado, las fundaciones filantrópicas y las instituciones académicas, con arreglo al Marco para la colaboración con agentes no estatales, con el fin de establecer alianzas encaminadas a ampliar la prevención y el control del cáncer y mejorar la calidad de vida de los enfermos de cáncer, en consonancia con los Objetivos de Desarrollo Sostenible 3 (Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades) y 17 (Fortalecer los medios de implementación y revitalizar la Alianza Mundial para el Desarrollo Sostenible);

5) que refuerce la colaboración con las organizaciones no gubernamentales, las entidades del sector privado, las instituciones académicas y las fundaciones filantrópicas, con arreglo al Marco para la colaboración con agentes no estatales de la OMS, con el fin de promover el desarrollo de nuevos medicamentos contra el cáncer que sean eficaces y asequibles;

6) que proporcione asistencia técnica a las alianzas y redes regionales y subregionales que lo soliciten, y especialmente, cuando proceda, apoyo para el establecimiento de centros de excelencia con miras a reforzar la gestión del cáncer;

7) que elabore, antes de que finalice 2019 y en el contexto de un enfoque integrado, el primer informe periódico mundial sobre el cáncer desde la perspectiva de la salud pública y las políticas, a partir de la base científica y la experiencia internacional más reciente, en el cual se habrán de abordar los distintos aspectos de esta resolución, con la participación de todas las partes pertinentes de la OMS, incluido el CIIC, y en colaboración con todas las demás partes interesadas pertinentes, en particular quienes han sobrevivido al cáncer;

[1] Y, cuando proceda, a las organizaciones de integración económica regional.

8) que intensifique la coordinación entre el CIIC y otras partes de la OMS en lo que respecta a las evaluaciones de los peligros y los riesgos y a la comunicación de esas evaluaciones;

9) que prepare un informe técnico exhaustivo para su presentación al Consejo Ejecutivo en su 144.ª reunión en el que se examinen los enfoques de fijación de precios, en particular en lo que respecta a la transparencia, y sus repercusiones en la disponibilidad y asequibilidad de los medicamentos para la prevención y el tratamiento del cáncer, incluyéndose en él toda prueba de los beneficios o consecuencias negativas inesperadas, así como los incentivos para la inversión en actividades de investigación y desarrollo sobre el cáncer y en la innovación de estas medidas, la relación entre los insumos a lo largo de la cadena de valor y la fijación de precios, los déficits de financiación para las actividades de investigación y desarrollo sobre el cáncer y opciones que podrían mejorar la asequibilidad y accesibilidad de estos medicamentos;

10) que sincronice el informe periódico sobre los progresos realizados en la aplicación de esta resolución con el calendario de monitoreo de la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles y de presentación de informes al respecto, y que integre el informe en dicho calendario, establecido en la resolución WHA66.10 (2013).

(Décima sesión plenaria, 31 de mayo de 2017 –
Comisión B, cuarto informe)

WHA70.13 Prevención de la sordera y la pérdida de audición[1]

La 70.ª Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe sobre la prevención de la sordera y la pérdida de audición;[2]

Reconociendo que 360 millones de personas en todo el mundo padecen pérdida de audición discapacitante, incluidos 32 millones de niños y casi 180 millones de personas mayores;

Reconociendo que casi el 90% de las personas con pérdida de audición viven en países de ingresos bajos y medianos que suelen carecer de recursos y estrategias para hacer frente a la pérdida de audición;

Preocupada por la persistentemente alta prevalencia de enfermedades otológicas crónicas, entre ellas la otitis media supurativa crónica, causante de pérdida de audición y de posibles complicaciones que pueden poner en peligro la vida;

Reconociendo la importancia de la pérdida de audición provocada por el ruido en el lugar de trabajo, además de las cuestiones relacionadas con la pérdida de audición provocada por el ruido recreativo y ambiental;

Consciente de que la pérdida de audición no tratada está vinculada al declive cognitivo y contribuye a la carga de morbilidad por depresión y demencia, especialmente en personas mayores;

Observando las importantes consecuencias de las enfermedades otológicas y la pérdida de audición en el desarrollo, la capacidad para comunicarse, la educación, la subsistencia, el bienestar social y la independencia económica de las personas, así como de las comunidades y los países;

---

[1] En el anexo 14 se exponen las repercusiones financieras y administrativas de esta resolución para la Secretaría.

[2] Documento A70/34.

Consciente de que la mayoría de las causas de pérdida de audición son evitables mediante estrategias de prevención y que las intervenciones disponibles son eficaces y costoeficaces, a pesar de lo cual la mayor parte de las personas con enfermedades otológicas y pérdida de audición no tienen acceso a servicios apropiados;

Recordando la resolución WHA48.9 (1995) sobre prevención de los defectos de audición y la resolución WHA58.23 (2005) sobre discapacidad, incluidos la prevención, el tratamiento y la rehabilitación;

Recordando también el *Informe mundial sobre la discapacidad* de 2011, en el que se recomendaba invertir para mejorar el acceso a los servicios de salud, las técnicas de rehabilitación y apoyo, así como el Plan de acción mundial de la OMS sobre discapacidad 2014-2021,[1] basado en las recomendaciones de ese informe;

Consciente de los Objetivos de Desarrollo Sostenible recogidos en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, en particular el Objetivo 3 (Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades) y su meta 3.8 sobre el logro de la cobertura sanitaria universal, que reconoce implícitamente la necesidad de que las personas con discapacidad tengan acceso a servicios de salud de buena calidad, y reconociendo que las metas del Objetivo 4 (Garantizar una educación inclusiva y equitativa de calidad y promover oportunidades de aprendizaje permanente para todos) menciona explícitamente a las personas con discapacidades, y que la pérdida de audición no tratada dificulta enormemente la educación y los resultados académicos de esas personas;

Reconociendo también los esfuerzos realizados en los últimos años por los Estados Miembros y los asociados internacionales para prevenir la pérdida de audición, pero consciente de la necesidad de seguir trabajando,

1. INSTA a los Estados Miembros a que, teniendo en cuenta sus circunstancias nacionales:

1) incorporen estrategias de atención otológica y audiológica en sus sistemas de atención primaria de salud al amparo de la cobertura sanitaria universal, a través de medios tales como la sensibilización a todos los niveles y el fomento del compromiso político y la colaboración intersectorial;

2) a que recopilen datos demográficos de buena calidad relativos a enfermedades otológicas y pérdida de audición, a fin de desarrollar estrategias y políticas basadas en pruebas científicas;

3) a que establezcan programas de capacitación adecuados para el desarrollo de recursos humanos en la esfera de la atención otológica y audiológica;

4) a que velen por la máxima cobertura de vacunación posible contra la rubéola, el sarampión, la parotiditis y la meningitis, en consonancia con las metas de inmunización del plan de acción mundial sobre vacunas 2011-2020 y en función de las prioridades nacionales;

5) a que desarrollen, apliquen y supervisen programas de cribado orientados a detectar tempranamente enfermedades otológicas tales como la otitis media supurativa crónica y la pérdida de audición en las poblaciones de alto riesgo, especialmente lactantes y niños pequeños, personas mayores y personas expuestas al ruido en entornos laborales y recreativos;

[1] Véase el anexo 3 del documento WHA67/2014/REC/1.

6) a que mejoren el acceso a tecnologías y productos de apoyo auditivo asequibles, costoeficaces y de alta calidad, incluidos audífonos, implantes cocleares y otros dispositivos de apoyo, como parte de la cobertura sanitaria universal, teniendo en cuenta la capacidad de prestación de servicios de los sistemas sanitarios de manera equitativa y sostenible;

7) a que desarrollen y apliquen reglamentos destinados a controlar el ruido en entornos laborales, lugares de entretenimiento y sistemas de audio personales, y controlar también los medicamentos ototóxicos;

8) a que mejoren el acceso a diversas formas de comunicación mediante la promoción de métodos alternativos de comunicación tales como el lenguaje de señas y el subtitulado;

9) a que trabajen para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible 3 (Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades) y 4 (Garantizar una educación inclusiva y equitativa de calidad y promover oportunidades de aprendizaje permanente para todos) de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, referidos especialmente a personas que padecen pérdida de audición;

2. PIDE al Director General:

1) que prepare un informe mundial sobre atención otológica y audiológica basado en las mejores pruebas científicas disponibles;

2) que desarrolle un conjunto de instrumentos y proporcione la asistencia técnica necesaria a los Estados Miembros con miras a la recopilación de datos, la planificación de estrategias nacionales sobre atención otológica y audiológica en las que se especifique el modo en que la prevención de la pérdida auditiva puede integrarse en otros programas de atención de la salud, el fortalecimiento de la sensibilización, el cribado de enfermedades otológicas y pérdida de audición, la organización de cursos de capacitación sobre tecnologías de apoyo auditivo, y el suministro de dichas tecnologías;

3) que intensifique la colaboración con todas las partes interesadas, a fin de reducir el número de casos de pérdida de audición por exposición recreativa al ruido, mediante el desarrollo y la promoción de normas sobre audición sin riesgos, protocolos de cribado y aplicaciones informáticas que promuevan la audición sin riesgo y los productos de información;

4) que en el marco del Día Mundial de la Audición, que se celebra todos los años el 3 de marzo, realice actividades de sensibilización con un tema diferente cada año;

5) que informe a la Asamblea Mundial de la Salud acerca de los progresos en la aplicación de la presente resolución.[1]

(Décima sesión plenaria, 31 de mayo de 2017 –
Comisión B, cuarto informe)

[1] El Consejo Ejecutivo acordó que los requisitos en materia de presentación de informes a largo plazo con respecto a la presente resolución deberían incluirse en el programa prospectivo de planificación de los puntos del orden del día previstos establecido con arreglo a la decisión WHA69(8) (2016). Véase el documento EB139/2016/REC/1, donde figura el acta resumida de la segunda sesión de la 139.ª reunión del Consejo Ejecutivo.

WHA70.14 Fortalecimiento de la inmunización para alcanzar los objetivos del Plan de acción mundial sobre vacunas[1]

La 70.ª Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe acerca del Plan de acción mundial sobre vacunas;[2]

Recordando las resoluciones WHA65.17 (2012) y WHA68.6 (2015) acerca del Plan de acción mundial sobre vacunas; y la resolución WHA67.23 (2014) sobre la evaluación de las intervenciones y las tecnologías sanitarias;

Acogiendo con beneplácito la declaración del Comité Internacional de Expertos para la Documentación y Verificación de la Eliminación del Sarampión, la Rubéola y el Síndrome de Rubéola Congénita, en la que afirma que los Estados Miembros de la Región de las Américas han logrado interrumpir la transmisión endémica de los virus de la rubéola y el sarampión[3] en 2015 y 2016, respectivamente;

Acogiendo con agrado la validación de la eliminación del tétanos materno y neonatal en todos los distritos de los 11 Estados Miembros de la Región de Asia Sudoriental;

Habiendo considerado el informe de evaluación 2016 del Grupo de Expertos de la OMS en Asesoramiento Estratégico en materia de inmunización acerca de la aplicación del Plan de acción mundial sobre vacunas y de los progresos realizados hacia la consecución de las metas y objetivos estratégicos que en él se enuncian;[4]

Observando que, si bien muchos países han logrado las metas para 2015 del Plan de acción mundial sobre vacunas y que otros están haciendo progresos considerables, lo cual indica que, pese a ser ambiciosos, sus objetivos y metas son alcanzables, en el informe de evaluación 2016 del Grupo de Expertos de la OMS en Asesoramiento Estratégico en materia de inmunización se llegó a la conclusión de que no se estaba avanzando según lo previsto y de que solo se había alcanzado una de las seis metas de mitad de decenio del Plan de acción;

Tomando nota de los progresos realizados en la introducción de nuevas vacunas y de su impacto a nivel individual y, cuando se alcanzan altas tasas de vacunación, a nivel de la población, en la reducción de la morbilidad y/o mortalidad por enfermedades prevenibles mediante vacunación, como la neumonía, la diarrea y el cáncer cervicouterino;

Preocupada por el hecho de que, a mediados del Decenio de las Vacunas (2011-2020), los progresos hacia la consecución de los objetivos del Plan de acción mundial sobre vacunas relativos a la erradicación de la poliomielitis, la eliminación del sarampión y la rubéola, la eliminación del tétanos materno y neonatal y el aumento del acceso equitativo a vacunas asequibles capaces de salvar vidas

---

[1] En el anexo 14 se exponen las repercusiones financieras y administrativas de esta resolución para la Secretaría.

[2] Documento A70/25.

[3] Véase el documento CD55/INF./10 Rev.1.

[4] La versión íntegra del Examen 2016 a mitad de ejecución del Plan de acción mundial sobre vacunas realizado por el Grupo de Expertos de la OMS en Asesoramiento Estratégico en materia de inmunización está disponible en http://www.who.int/entity/immunization/global_vaccine_action_plan/SAGE_GVAP_Assessment_Report_2016_ES.pdf (consultado el 23 de enero de 2017).

humanas sean demasiado lentos; y reconociendo que los países de ingresos medianos en particular han hecho frente a desafíos específicos en relación con la introducción de nuevas vacunas;

Observando que, pese a que los Estados Miembros de las seis regiones de la OMS tienen objetivos con respecto a la eliminación del sarampión y tres regiones tienen objetivos con respecto a la eliminación de la rubéola, es necesario aumentar los esfuerzos por lograr la eliminación de estas dos enfermedades;

Reconociendo la importante contribución de las vacunas y la inmunización a: la mejora de la salud de las poblaciones; el logro de los ambiciosos Objetivos de Desarrollo Sostenible; la preparación y la respuesta efectivas ante los brotes, en particular los relacionados con patógenos emergentes, y la lucha contra la resistencia a los antimicrobianos;

Reconociendo que los sistemas de salud robustos y los programas integrados de inmunización sistemática bien coordinados en otros sectores pertinentes contribuyen al logro de los objetivos y metas en materia de inmunización y de la cobertura sanitaria universal;

Reconociendo los grandes progresos alcanzados en la erradicación de la poliomielitis y la notable contribución que pueden aportar los activos, los recursos humanos y la infraestructura de la lucha contra la poliomielitis, siempre que se transfieran con eficacia, al refuerzo de los sistemas de los sistemas de inmunización y de salud nacionales;

Reconociendo la necesidad de intensificar la cooperación internacional destinada a reforzar, de manera sostenible, la capacidad de los países en desarrollo para alcanzar los objetivos del Plan de acción mundial sobre vacunas,

1. INSTA a los Estados Miembros:[1]

1) a que den pruebas de un liderazgo y una gobernanza más robustos respecto de los programas nacionales de inmunización mediante lo siguiente:

a) mejorar la eficacia y la eficiencia de los programas nacionales de inmunización como componente integral del desarrollo de sistemas de atención de salud robustos y sostenibles;

b) asignar recursos humanos y financieros a los programas de inmunización en consonancia con las prioridades nacionales;

c) reforzar los procesos y órganos consultivos nacionales que proporcionan asesoramiento independiente, transparente y basado en pruebas científicas, entre otras cosas en relación con la seguridad y la eficacia de las vacunas, como las evaluaciones de las intervenciones y tecnologías sanitarias y/o los grupos nacionales de asesoramiento técnico sobre inmunización que trabajan en colaboración con los órganos de reglamentación nacionales;

d) reforzar los mecanismos necesarios para vigilar y gestionar eficientemente los fondos de los programas de vacunación en todos los niveles;

e) poner a disposición del público información actualizada y exacta sobre la eficacia y la seguridad de las vacunas;

[1] Y, cuando proceda, a las organizaciones de integración económica regional.

f) fortalecer los sistemas necesarios para vigilar y afrontar los eventos adversos posvacunales;

g) promover campañas de sensibilización sobre la inmunización, destacando los beneficios para la salud pública y la seguridad y la eficacia de las vacunas;

h) fortalecer los sistemas, los procedimientos y las políticas de inmunización necesarios para lograr y mantener una alta cobertura de inmunización;

i) examinar periódicamente, por conducto de los grupos nacionales de asesoramiento técnico sobre inmunización u otros grupos independientes equivalentes, los progresos realizados, incluso en lo que respecta a la cobertura de vacunación, las enseñanzas extraídas y las posibles soluciones para superar los problemas pendientes;

j) seguir informando de los progresos a los comités regionales, como se insta a hacer en la resolución WHA65.17 (2012);

2) a que garanticen el uso de datos actualizados, incluidos, cuando sea posible, datos desglosados por sexo sobre la cobertura de inmunización para orientar las decisiones estratégicas y programáticas dirigidas a proteger a las poblaciones expuestas y reducir la carga de morbilidad;

3) a que refuercen y mantengan la capacidad de vigilancia mediante la inversión en sistemas de detección y notificación de enfermedades y sistemas de análisis periódicos y comunicación de datos;

4) a que amplíen los servicios de inmunización más allá de la infancia para que abarquen el ciclo de vida entero, cuando corresponda, guiándose por evidencias como las relativas a la carga de morbilidad, la costoeficacia, la evaluación de las repercusiones presupuestarias y la capacidad de los sistemas, y utilizando los medios más adecuados y eficaces para proporcionar servicios de inmunización y de salud integrados a los demás grupos de edad de las poblaciones muy expuestas;

5) a que refuercen la puesta en práctica de medidas internacionales y nacionales que garanticen la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005), que tiene la finalidad de prevenir la propagación internacional de enfermedades, proteger contra esa propagación, controlarla y darle una respuesta de salud pública proporcionada;

6) a que movilicen fondos internos, según proceda, con el fin de mantener los beneficios de la inmunización logrados con apoyo de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis y la Alianza Gavi para las Vacunas;

7) a que sigan reforzando la cooperación internacional para lograr los objetivos del Plan de acción mundial sobre vacunas, por ejemplo mediante la mejora de la capacidad nacional y regional para fabricar vacunas y tecnologías asequibles de manera sostenida por medio de la colaboración y el intercambio, según proceda;

2. PIDE al Director General:

1) que siga apoyando a los países para que alcancen los objetivos regionales y mundiales en materia de vacunación;

2) que abogue en foros nacionales e internacionales a favor de la urgencia y las ventajas de acelerar el ritmo de los progresos hacia el logro de los objetivos del Plan de acción mundial sobre vacunas de aquí a 2020, abordando en particular las nueve recomendaciones formuladas por el Grupo de Expertos de Asesoramiento Estratégico en materia de inmunización en su Examen 2016 a mitad de ejecución del Plan de acción mundial sobre vacunas;

3) que vele por que se apliquen plenamente los mecanismos de rendición de cuentas con respecto al seguimiento de los planes de acción mundiales y regionales sobre vacunas;

4) que preste apoyo a los Estados Miembros en el fortalecimiento de los Comités Consultivos Nacionales sobre Inmunización u otros mecanismos equivalentes que colaboran con los organismos de reglamentación para adoptar decisiones nacionales fundamentadas que tengan en cuenta el contexto y las evidencias nacionales con objeto de alcanzar los objetivos de inmunización nacionales;

5) que colabore con todos los asociados importantes, especialmente las organizaciones de la sociedad civil, con objeto de evaluar de qué modo su labor complementa los sistemas nacionales de inmunización sistemática y la aplicación de planes y metas nacionales de inmunización para los que se han fijado costos;

6) que siga trabajando con todos los asociados para apoyar la investigación, desarrollo y producción de vacunas contra patógenos nuevos y reemergentes;

7) que siga reforzando el programa de precalificación de la OMS y prestando asistencia técnica para apoyar a los países en desarrollo en el fortalecimiento de sus capacidades en materia de investigación y desarrollo, transferencia de tecnología y otras estrategias preliminares y derivadas de desarrollo y fabricación de vacunas que promuevan una competencia efectiva en pro de un mercado de vacunas saludable;

8) que siga trabajando con todas las partes para impulsar la utilización de adquisiciones conjuntas y otros mecanismos a fin de mejorar la eficiencia, la costoeficacia y la sostenibilidad del suministro de vacunas;

9) que siga trabajando con todas las partes para apoyar la investigación y desarrollo, sobre todo en los países en desarrollo, en relación con el uso de innovaciones en la cadena de suministro y las tecnologías para la administración de vacunas, a fin de mejorar la eficiencia de la distribución de vacunas, cuando proceda;

10) que coopere, según proceda, con organismos internacionales, en función de sus respectivos mandatos, con donantes, fabricantes de vacunas y gobiernos nacionales[1] a fin de vencer los obstáculos al acceso oportuno y adecuado de todos a vacunas asequibles de calidad garantizada, y de aplicar medidas de prevención eficaces para la protección de los trabajadores de la salud, en particular en emergencias de salud pública de importancia internacional y en el contexto específico de las crisis humanitarias;

11) que informe a la 73.ª Asamblea Mundial de la Salud, por conducto del Consejo Ejecutivo, sobre los aspectos epidemiológicos y la viabilidad de la erradicación del sarampión y la rubéola, y los posibles recursos necesarios, teniendo en cuenta el examen del Grupo de Expertos de Asesoramiento Estratégico en material de inmunización;

[1] Y, cuando proceda, a las organizaciones de integración económica regional.

12) que siga haciendo un seguimiento anual de los progresos y presente un informe a la Asamblea de la Salud, por conducto del Consejo Ejecutivo, como punto sustantivo del orden del día en 2020 y 2022, sobre los logros alcanzados en relación con los objetivos y metas del Plan de acción mundial sobre vacunas para 2020.

(Décima sesión plenaria, 31 de mayo de 2017 –
Comisión A, quinto informe)

WHA70.15 Promoción de la salud de refugiados y migrantes[1]

La 70.ª Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe sobre la promoción de la salud de los refugiados y los migrantes,[2] y en seguimiento de la decisión EB140(9) (2017);

Recordando la resolución WHA61.17 (2008) sobre la salud de los migrantes y reafirmando los compromisos relacionados con la salud adquiridos en virtud de la Declaración de Nueva York para los Refugiados y los Migrantes;[3]

Recordando la necesidad de que se coopere a escala internacional para apoyar a los países que acogen refugiados y reconociendo los esfuerzos que despliegan los países que acogen y reciben grandes poblaciones de refugiados y migrantes,

1. TOMA NOTA CON RECONOCIMIENTO del marco de prioridades y principios rectores para promover la salud de los refugiados y los migrantes;[4]

2. INSTA a los Estados Miembros,[5] de conformidad con sus contextos, prioridades y marcos jurídicos nacionales:

1) a considerar la posibilidad de promover el marco de prioridades y principios rectores para promover la salud de los refugiados y los migrantes, según proceda, a nivel mundial, regional y nacional y, en particular, a utilizarlo para orientar los debates de los Estados Miembros y los asociados que participan en la formulación del pacto mundial sobre los refugiados y el pacto mundial para una migración segura, ordenada y regular;

2) a identificar y recabar información basada en la evidencia, prácticas óptimas y las enseñanzas extraídas de la atención de las necesidades sanitarias de los refugiados y los migrantes, con el fin de contribuir a la formulación de un proyecto de plan de acción mundial para la promoción de la salud de los refugiados y los migrantes;

---

[1] En el anexo 14 se exponen las repercusiones financieras y administrativas de esta resolución para la Secretaría.

[2] Documento A70/24.

[3] Véase la resolución 71/1 (2016) de la Asamblea General de las Naciones Unidas.

[4] Véase el anexo 4.

[5] Y, cuando proceda, a las organizaciones de integración económica regional.

3) a reforzar la cooperación internacional en el ámbito de la salud de los refugiados y los migrantes, en consonancia con los párrafos 11 y 68 y otros párrafos pertinentes de la Declaración de Nueva York para los Refugiados y los Migrantes;

4) a considerar la posibilidad de proporcionar la necesaria asistencia relacionada con la salud por conducto de la cooperación bilateral e internacional a los países que acogen y reciben grandes poblaciones de refugiados y migrantes;

3. PIDE al Director General:

1) que utilice el marco de prioridades y principios rectores para promover la salud de los refugiados y los migrantes para concienciar en todos los niveles acerca de la necesidad de promover la salud de los refugiados y los migrantes, según proceda;

2) que desarrolle, refuerce y mantenga las capacidades necesarias para ejercer liderazgo en el ámbito sanitario y que ayude a los Estados Miembros y los asociados a promover la salud de los refugiados y los migrantes en estrecha colaboración con la Organización Internacional para las Migraciones, el ACNUR, otras organizaciones internacionales y las partes interesadas pertinentes, evitando duplicidades;

3) que identifique las prácticas óptimas, las experiencias y enseñanzas adquiridas sobre la salud de los refugiados y los migrantes en cada región, con el fin de contribuir a la formulación de un proyecto de plan de acción mundial sobre la salud de los refugiados y los migrantes que se someterá a la consideración de la 72.ª Asamblea Mundial de la Salud para su adopción, y que informe al respecto a la Asamblea de la Salud;

4) que presente un informe en las 71.ª y 72.ª Asambleas Mundiales de la Salud sobre los progresos realizados en la aplicación de esta resolución.

(Décima sesión plenaria, 31 de mayo de 2017 –
Comisión A, quinto informe)

WHA70.16 Respuesta mundial para el control de vectores – enfoque integrado para el control de las enfermedades de transmisión vectorial[1]

Habiendo examinado el informe sobre la respuesta mundial para el control de vectores;[2]

Agradeciendo la labor de la Secretaría en la elaboración, mediante una amplia consulta con los Estados Miembros y los miembros de la comunidad sanitaria mundial, de un proyecto de respuesta integral mundial para el control de vectores 2017-2030, que ha servido de base para el informe;[2]

Plenamente consciente de la carga y la amenaza que las enfermedades de transmisión vectorial suponen para las personas, las familias y las sociedades en todo el mundo, y de la influencia de los factores sociales, demográficos y ambientales, en particular el cambio climático y otros factores relacionados con el clima y las condiciones meteorológicas, y la creciente resistencia de los vectores a los insecticidas y la propagación de mosquitos y otros vectores a zonas no afectadas;

[1] En el anexo 14 se exponen las repercusiones financieras y administrativas de esta resolución para la Secretaría.

[2] Documento A70/26 Rev.1.

Reconociendo la necesidad de que se coopere para prevenir, detectar, notificar y responder a los brotes de enfermedades de transmisión vectorial, para evitar que se produzcan las emergencias de salud pública de importancia internacional que se definen en el Reglamento Sanitario Internacional (2005);

Observando los avances registrados recientemente contra la malaria, la oncocercosis, la filariasis linfática y la enfermedad de Chagas, entre otras, así como los fracasos precedentes y los problemas que persisten, y que las enseñanzas extraídas podrían utilizarse en el caso de otras enfermedades de transmisión vectorial;

Reconociendo la necesidad de un enfoque integrado del control de los vectores que permita establecer y alcanzar objetivos nacionales y mundiales con respecto a enfermedades específicas y contribuir a la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, a atajar los determinantes sociales de la salud y a luchar contra las desigualdades sanitarias;

Profundamente preocupada por la falta de capacidad y competencias en todo el mundo para el control de vectores, y en particular la grave escasez en los programas de salud pública y desarrollo de personal con aptitudes en entomología aplicada a la salud pública,

1. ACOGE CON AGRADO el enfoque estratégico del control de vectores y la respuesta mundial que se articula en el informe[1] y su anexo;[2]

2. INSTA a los Estados Miembros:[3]

1) a elaborar estrategias y planes operacionales nacionales de control de vectores, o a adaptar los existentes, según proceda, para alinearlos con el enfoque estratégico del control integrado de vectores y la respuesta mundial resumido en el informe,[1] y en consonancia con el Reglamento Sanitario Internacional (2005);

2) a impulsar y sostener, según proceda, la capacidad y las competencias adecuadas de los recursos humanos (en particular en entomología aplicada a la salud pública), las infraestructuras y las instituciones en todos los niveles de gobierno y todos los sectores pertinentes, a partir de una evaluación de las necesidades en materia de control de vectores;

3) a promover investigaciones básicas sobre los vectores y la forma en que transmiten los patógenos, e investigaciones aplicadas sobre instrumentos de control antivectorial, en particular tecnologías y enfoques de instrumentos biológicos para evaluar sus efectos en la enfermedad, el desarrollo socioeconómico, las poblaciones humanas y el medio ambiente, y a evaluar la forma de integrarlos en las vacunas, medicamentos y otras intervenciones;

4) a promover una colaboración acorde con el enfoque de «Una Salud» y el enfoque integrado para el control de los vectores y las enfermedades transmisibles, según proceda, en todos los niveles y sectores gubernamentales, en particular las estructuras administrativas municipales y locales, y mediante la participación y movilización de las comunidades a través de grupos organizados de partes interesadas;

---

[1] Documento A70/26 Rev.1.

[2] Véase el anexo 5.

[3] Y, cuando proceda, a las organizaciones de integración económica regional.

5) a fortalecer la capacidad nacional y subnacional, según proceda, para la vigilancia y la previsión de los vectores, y el seguimiento de las intervenciones, en particular con respecto a la resistencia de los vectores a los plaguicidas, y el impacto de los plaguicidas en el medio ambiente y la salud humana, y a integrar en los sistemas de vigilancia de la salud pública la información obtenida;

6) a entablar e intensificar una colaboración regional y transfronteriza por medios que incluyan redes en consonancia con el Reglamento Sanitario Internacional (2005), con el fin de crear una capacidad adecuada en los ámbitos de la prevención, la vigilancia y el control de las enfermedades transmitidas por vectores y la respuesta a estas;

7) a colaborar, según proceda, con las instituciones y los agentes no estatales internacionales, regionales, nacionales y locales de sectores pertinentes para apoyar y contribuir a la aplicación del enfoque estratégico de la OMS para el control integrado de los vectores y la respuesta mundial;

3. PIDE al Director General:

1) que siga elaborando y difundiendo orientaciones normativas, proporcionando asesoramiento sobre políticas y formulando orientaciones en materia de aplicación con miras a ayudar a los Estados Miembros[1] a reducir la carga y la amenaza que representan las enfermedades transmitidas por vectores y, en particular, a reforzar la capacidad y los medios de los recursos humanos para llevar a cabo controles antivectoriales que sean eficaces, localmente adaptados, sostenibles y apropiados desde el punto de vista ético;

2) que siga promoviendo la investigación sobre las enfermedades de transmisión vectorial y el desarrollo de productos, métodos, instrumentos, tecnologías y enfoques innovadores y apoyando la generación de conocimientos basados en la evidencia acerca de su seguridad, eficacia e impacto sobre las enfermedades, el desarrollo socioeconómico, las poblaciones humanas y el medio ambiente natural;

3) que examine las cuestiones y los aspectos éticos asociados a la aplicación de nuevos enfoques al control de los vectores con el fin de elaborar estrategias y soluciones de mitigación, y que proporcione orientaciones técnicas al respecto;

4) que emprenda un examen de los aspectos éticos y las cuestiones conexas asociados a la aplicación del control de vectores, en el que se abordarán los determinantes sociales de la salud, con el fin de diseñar estrategias de mitigación y soluciones para atajar las desigualdades sanitarias;

5) que difunda ampliamente y actualice de manera apropiada las orientaciones técnicas sobre el control integrado de vectores respecto de todas las enfermedades de transmisión vectorial pertinentes, especialmente a medida que se disponga de nuevos conocimientos basados en la evidencia respecto de productos, herramientas, tecnologías y enfoques mejorados y novedosos;

6) que refuerce las capacidades y los medios de la Secretaría a nivel mundial, regional y nacional y vele por que todas las partes pertinentes de los tres niveles de la Organización participen activamente en la dirección de un esfuerzo mundial coordinado que incluya la colaboración

[1] Véase el anexo 5.

con otros órganos del sistema de las Naciones Unidas y otros organismos intergubernamentales para una mejor aplicación del control de vectores;

7) que elabore, en consulta con los Estados Miembros y a través de los comités regionales, según proceda, planes regionales de acción alineados con las orientaciones técnicas de la OMS sobre el control de vectores, incluidas las actividades prioritarias descritas en el informe;[1]

8) que proporcione apoyo a los países en la elaboración y/o actualización de estrategias nacionales de control de vectores y de las enfermedades de transmisión vectorial alineadas con el enfoque estratégico del control integrado de vectores y la respuesta mundial y, según proceda, con otras estrategias en curso de lucha contra las enfermedades transmisibles y las respuestas de emergencia a los brotes epidémicos.

9) que haga un seguimiento de la aplicación del enfoque estratégico del control integrado de vectores y la respuesta mundial, e informe a las 75.ª, 80.ª y 85.ª Asambleas Mundiales de la Salud sobre su impacto y sobre los progresos realizados en el cumplimiento de los hitos y metas.

(Décima sesión plenaria, 31 de mayo de 2017 –
Comisión A, sexto informe)

[1] Documento A70/26 Rev.1.

DECISIONES

WHA70(1) Composición de la Comisión de Credenciales

La 70.ª Asamblea Mundial de la Salud estableció una Comisión de Credenciales integrada por delegados de los Estados Miembros siguientes: Angola, Belarús, Camboya, Italia, Japón, Lituania, Malí, Myanmar, Panamá, Paraguay, Sudán del Sur y Yemen.

(Primera sesión plenaria, 22 de mayo de 2017)

WHA70(2) Elección del Presidente y de los Vicepresidentes de la 70.ª Asamblea Mundial de la Salud

La 70.ª Asamblea Mundial de la Salud eligió al Presidente y a los Vicepresidentes:

Presidente: Profesora Veronika Skvortsova (Federación de Rusia)

Vicepresidentes: Sr. Nandi Tuaine Glassie (Islas Cook)
Dr. Fawziya Abikar Nur (Somalia)
Dr. Arlindo Nascimento do Rosario (Cabo Verde)
Sr. Patrick Pengel (Suriname)
Sr. Choe Myong Nam (República Popular Democrática de Corea)

(Primera sesión plenaria, 22 de mayo de 2017)

WHA70(3) Elección de la Mesa de las comisiones principales

La 70.ª Asamblea Mundial de la Salud eligió a los Presidentes de las comisiones principales:

Comisión A:	**Presidente**	Dra. Hanan Mohamed Al-Kuwari (Qatar)
Comisión B:	**Presidente**	Dr. Molwyn Joseph (Antigua y Barbuda)

(Primera sesión plenaria, 22 de mayo de 2017)

Las comisiones principales eligieron después a los Vicepresidentes y Relatores:

Comisión A:	**Vicepresidentes**	Dr. Mohammad Anwar Husnoo[1] (Mauricio) Sr. Philip Davies (Fiji)
	Relator	Sr. Ioannis Baskozos (Grecia)

[1] Sustituido por el Sr. Anandrao Hurree (Mauricio) al comienzo de la tercera sesión de la Comisión A.

Comisión B:	**Vicepresidentes**	Sr. Mario Miklosi (Eslovaquia) Dr. Slamet (Indonesia)
	Relator	Dr. Nguyen Manh Cuong (Viet Nam)

(Primeras sesiones de las Comisiones A y B, 22 y 25 de mayo de 2017, respectivamente)

WHA70(4) Constitución de la Mesa de la Asamblea

Tras examinar las recomendaciones de la Comisión de Candidaturas, la 70.ª Asamblea Mundial de la Salud eligió a los delegados de los 17 países siguientes para formar parte de la Mesa de la Asamblea: China, Cuba, Djibouti, Estados Unidos de América, Filipinas, Francia, Guinea, Kirguistán, Malawi, Maldivas, Malta, Mozambique, Noruega, Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, República Dominicana, Rwanda y Togo.

(Primera sesión plenaria, 22 de mayo de 2017)

WHA70(5) Adopción del orden del día

La 70.ª Asamblea Mundial de la Salud adoptó el orden del día provisional preparado por el Consejo Ejecutivo en su 140.ª reunión, después de suprimir cuatro puntos y excluir un punto suplementario y de transferir un punto de la Comisión B a la Comisión A.

(Segunda sesión plenaria, 22 de mayo de 2017)

WHA70(6) Puesto de Director General

La 70.ª Asamblea Mundial de la Salud, habiendo examinado el informe sobre el puesto de Director General contenido en el documento A70/4, decidió:

1) utilizar un sistema de votación mediante papeletas para nombrar al Director General;

2) aplicar las propuestas esbozadas en el cuadro del documento A70/4;

3) adoptar las modificaciones al Reglamento Interior de la Asamblea Mundial de la Salud que figuran en el anexo 4 del documento A70/4 de conformidad con el artículo 119 del Reglamento Interior de la Asamblea Mundial de la Salud.[1]

(Segunda sesión plenaria, 22 de mayo de 2017)

[1] Véase el anexo 6.

WHA70(7) Verificación de credenciales

La 70.ª Asamblea Mundial de la Salud consideró válidas las credenciales de las delegaciones siguientes: Afganistán; Albania; Alemania; Andorra; Angola; Antigua y Barbuda; Arabia Saudita; Argelia; Argentina; Armenia; Australia; Austria; Azerbaiyán; Bahamas; Bahrein; Bangladesh; Barbados; Belarús; Bélgica; Belice; Benin; Bhután; Bolivia (Estado Plurinacional de); Bosnia y Herzegovina; Botswana; Brasil; Brunei Darussalam; Bulgaria; Burkina Faso; Burundi; Cabo Verde; Camboya; Camerún; Canadá; Colombia; Comoras; Congo; Costa Rica; Côte d'Ivoire; Croacia; Cuba; Chad; Chile; China; Chipre; Dinamarca; Djibouti; Dominica; Ecuador; Egipto; El Salvador; Emiratos Árabes Unidos; Eritrea; Eslovaquia; Eslovenia; España; Estados Unidos de América; Estonia; Etiopía; Ex República Yugoslava de Macedonia; Federación de Rusia; Fiji; Finlandia; Filipinas; Francia; Gabón; Gambia; Georgia; Ghana; Granada; Grecia; Guatemala; Guinea; Guinea-Bissau; Guinea Ecuatorial; Guyana; Haití; Honduras; Hungría; India; Indonesia; Irán (República Islámica del); Iraq; Irlanda; Islandia; Islas Cook; Islas Marshall; Islas Salomón; Israel; Italia; Jamaica; Japón; Jordania; Kazajstán; Kenya; Kiribati; Kirguistán; Kuwait; Lesotho; Letonia; Líbano; Liberia; Libia; Lituania; Luxemburgo; Madagascar; Malasia; Malawi; Maldivas; Malí; Malta; Marruecos; Mauricio; Mauritania; México; Mónaco; Mongolia; Montenegro; Mozambique; Myanmar; Namibia; Nauru; Nepal; Nicaragua; Níger; Nigeria; Noruega; Nueva Zelandia; Omán; Países Bajos; Pakistán; Palau (República de); Panamá; Paraguay; Perú; Polonia; Portugal; Qatar; Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte; República Árabe Siria; República Centroafricana; República Checa; República de Corea; República Democrática del Congo; República Democrática Popular Lao; República de Moldova; República Dominicana; República Popular Democrática de Corea; República Unida de Tanzanía; Rumania; Rwanda; Samoa; San Kitts y Nevis; San Marino; Santo Tomé y Príncipe; San Vicente y las Granadinas; Senegal; Serbia; Seychelles; Sierra Leona; Singapur; Somalia; Sri Lanka; Sudáfrica; Sudán; Sudán del Sur; Suecia; Suiza; Suriname; Swazilandia; Tailandia; Tayikistán; Timor-Leste; Togo; Tonga; Trinidad y Tabago; Túnez; Turkmenistán; Turquía; Tuvalu; Ucrania; Uganda; Uruguay; Uzbekistán; Vanuatu; Venezuela (República Bolivariana de); Viet Nam; Yemen; Zambia, y Zimbabwe.

(Tercera sesión plenaria, 22 de mayo de 2017, y
séptima sesión plenaria, 24 de mayo de 2017)

WHA70(8) Elección de Miembros facultados para designar una persona que forme parte del Consejo Ejecutivo

La 70.ª Asamblea Mundial de la Salud, tras examinar las recomendaciones de la Mesa de la Asamblea, eligió a los siguientes países como Miembros facultados para designar una persona que forme parte del Consejo Ejecutivo: Benin, Brasil, Georgia, Iraq, Italia, Japón, Sri Lanka, Swazilandia, República Unida de Tanzanía, Zambia.

(Novena sesión plenaria, 29 de mayo de 2017)

WHA70(9) Poliomielitis: planificación de la transición[1]

La 70.ª Asamblea Mundial de la Salud, habiendo examinado el informe actualizado sobre Poliomielitis: planificación de la transición,[2] decidió:

1) reconocer que el papel activo asumido por la Oficina de la Directora General en la dirección y orientación de este proceso es de suma importancia;

2) destacar la necesidad crítica y urgente de mantener y proseguir los esfuerzos destinados a lograr la erradicación en los países en los que la poliomielitis es endémica y de mantener la vigilancia en los países a través de la certificación de la erradicación de la poliomielitis, así como la importancia de velar por que la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis pueda cumplir su cometido, con niveles adecuados de personal cualificado;

3) reconocer que ha comenzado el desmantelamiento gradual de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis y señalar la necesidad de que la OMS gestione estratégicamente el impacto que ello tenga en los recursos humanos y otros activos de la Organización;

4) tomar nota del proceso en curso de elaboración de una estrategia de poscertificación que definirá las funciones esenciales relacionadas con la poliomielitis que sean necesarias para mantener la erradicación y un mundo libre de poliomielitis;

5) hacer hincapié en la necesidad de que la OMS colabore con todas las partes interesadas pertinentes con miras a garantizar en la estrategia de poscertificación una rendición de cuentas y una supervisión eficaces tras la erradicación;

6) tomar nota con gran preocupación de la dependencia que tiene la OMS de la financiación de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis, que afecta a los niveles mundial, regional y de país de la Organización y a muchas de sus actividades programáticas, así como de los riesgos financieros, institucionales y programáticos que dicha dependencia entraña para la Organización, y en particular los riesgos para la sostenibilidad de la capacidad de la OMS de garantizar prestaciones eficaces en áreas programáticas clave y mantener funciones esenciales;

7) tomar nota asimismo de la lista de medidas de la Secretaría para ser aplicadas de aquí al final de 2017, tal como se exponen en el documento A70/14 Add.1, en particular en relación con la elaboración de un plan de acción estratégico e integral para la transición;[3]

8) instar al Director General:

a) a que haga de la transición una prioridad esencial de la Organización en sus tres niveles;

b) a que vele por que la formulación del plan de acción estratégico de la OMS sobre la transición se guíe por el principio general de dar respuesta a las necesidades y prioridades de los países, en particular mediante la participación y prestación de apoyo a la planificación de la transición de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis en los países;

---

[1] En el anexo 14 se exponen las repercusiones financieras y administrativas de esta decisión para la Secretaría.

[2] Documento A70/14 Add.1.

[3] Véase el anexo 7.

c) a que incorpore las prácticas óptimas de la erradicación de la poliomielitis en todas las intervenciones sanitarias pertinentes y cree capacidades y responsabilidades relativas a las funciones persistentes de erradicación de la poliomielitis y los activos de los programas nacionales, al mismo tiempo que se mantiene la capacidad de la OMS para proporcionar normas y criterios para la planificación y supervisión de la erradicación;

d) a que explore formas innovadoras de movilizar financiación adicional para el periodo 2017-2019, con miras a mitigar las posibles repercusiones del desmantelamiento gradual de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis, en particular la sostenibilidad a largo plazo de activos esenciales que en la actualidad son financiados por la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis, y a que proporcione a los Estados Miembros información actualizada sobre esta labor mediante una sesión dedicada expresamente a esta cuestión en el próximo diálogo sobre financiación;

9) pedir al Director General:

a) que, para el final de 2017, elabore un plan de acción estratégico para la transición que se presentará a la consideración de la 71.ª Asamblea Mundial de la Salud, por conducto del Consejo Ejecutivo en su 142.ª reunión, en el que:

i) se determinen claramente las capacidades y los activos, especialmente a escala de país y, cuando proceda, de comunidad, necesarios para:

– sostener los progresos realizados en otras áreas programáticas, como la vigilancia de enfermedades; la inmunización y el fortalecimiento de los sistemas de salud; la alerta temprana y la respuesta a las emergencias y los brotes epidémicos, incluidos el fortalecimiento y el mantenimiento de las capacidades básicas exigidas en el Reglamento Sanitario Internacional (2005);

– mantener al mundo exento de poliomielitis después de la erradicación;

ii) se proporcione una estimación detallada de los costos de esas capacidades y activos;

b) que presente a la 71.ª Asamblea Mundial de la Salud un informe sobre los esfuerzos desplegados para movilizar fondos destinados a trasladar al presupuesto por programas las capacidades y activos que en la actualidad se financian con cargo a la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis, de modo que la 71.ª Asamblea Mundial de la Salud pueda formular orientaciones para la elaboración del presupuesto por programas para el bienio 2020-2021 y el Decimotercer Programa General de Trabajo sobre una base realista;

c) que informe periódicamente a la Asamblea de la Salud, por conducto de los Comités Regionales y el Consejo Ejecutivo, sobre la planificación y la aplicación del proceso de transición.

(Novena sesión plenaria, 29 de mayo de 2017 -
Comisión A, tercer informe)

WHA70(10) Examen del Marco de Preparación para una Gripe Pandémica[1]

La 70.ª Asamblea Mundial de la Salud, habiendo examinado el informe del Grupo de Examen del Marco de Preparación para una Gripe Pandémica (PIP) de 2016 y el informe de la Secretaría sobre la colaboración con la Secretaría del Convenio sobre la Diversidad Biológica y otras organizaciones internacionales pertinentes,[2] decidió:

1) recordar el mandato de la OMS de actuar como autoridad directiva y coordinadora en asuntos de sanidad internacional, y la función que con respecto a las crisis de salud pública le otorga el Reglamento Sanitario Internacional (2005) en la alerta y respuesta mundiales ante brotes epidémicos;

2) reafirmar la importancia del Marco de PIP para abordar las amenazas presentes o inminentes para la salud humana que plantean los virus gripales con potencial pandémico, y hacer hincapié en su función crítica como instrumento internacional especializado que facilita el acceso rápido a los virus gripales con potencial pandémico, el análisis de los riesgos y el acceso rápido, justo y equitativo a las vacunas y otros beneficios;

3) destacar la importancia de la priorización y el apoyo a la preparación y la respuesta mundiales ante una gripe pandémica, en particular mediante el fortalecimiento de la vigilancia nacional de los virus gripales estacionales, de las capacidades de fabricación y reglamentación, y de la coordinación y la colaboración internacionales a través del Sistema Mundial OMS de Vigilancia y Respuesta a la Gripe para identificar y compartir rápidamente virus gripales con potencial pandémico;

4) reconocer la función crítica del Sistema Mundial de Vigilancia y Respuesta a la Gripe en la identificación, análisis de riesgos e intercambio de virus gripales con potencial pandémico a fin de permitir el desarrollo rápido de productos diagnósticos, vacunas y medicamentos;

5) reconocer los importantes progresos realizados en relación con la firma de Acuerdos Modelo de Transferencia de Material 2 y con la recaudación de contribuciones de partenariado y la necesidad de mantener los progresos, así como la constante necesidad de que los fabricantes de vacunas antigripales, medios diagnósticos y productos farmacéuticos que utilizan el Sistema Mundial de Vigilancia y Respuesta a la Gripe efectúen sus pagos en tiempo oportuno;

6) reconocer las consultas y la colaboración en curso entre la OMS y la secretaría del Convenio sobre la Diversidad Biológica y otras organizaciones internacionales pertinentes;

7) alabar las útiles recomendaciones del Grupo de Examen del Marco de PIP de 2016;[3]

8) pedir al Director General:

a) que lleve adelante rápidamente las recomendaciones que figuran en el informe del Grupo de Examen del Marco de PIP de 2016;

---

[1] En el anexo 14 se exponen las repercusiones financieras y administrativas de esta decisión para la Secretaría.

[2] Documentos A70/17 (anexo) y A70/57.

[3] Véase el anexo 8.

b) que, con respecto a las recomendaciones del Grupo de Examen del Marco de PIP de 2016 acerca de la gripe estacional y los datos de secuenciación genética, lleve a cabo un análisis exhaustivo y deliberativo de las cuestiones planteadas, incluidas las implicaciones que tendría el adoptar o no los posibles enfoques, basándose en el Examen del Marco de PIP de 2016 y los conocimientos especializados del Grupo Asesor PIP, así como consultas transparentes con los Estados Miembros y las partes interesadas pertinentes, incluido el Sistema Mundial de Vigilancia y Respuesta a la Gripe;

c) que siga apoyando el fortalecimiento de las capacidades normativas y realizando estudios sobre la carga de la enfermedad, que son los cimientos fundamentales para la preparación frente a pandemias;

d) que siga alentando a los fabricantes y a otras partes interesadas pertinentes a que participen en los esfuerzos del Marco de PIP, incluso, cuando proceda, firmando Acuerdos Modelo de Transferencia de Material 2 y pagando puntualmente las contribuciones de partenariado del PIP anuales;

e) que solicite al Comisario de Cuentas que lleve a cabo una auditoría de los fondos del mecanismo de contribución de partenariado del PIP de conformidad con la recomendación del Grupo de Examen para proporcionar: 1) garantías de que el Reglamento Financiero de la Organización Mundial de la Salud se ha aplicado adecuadamente en el uso de los fondos y de que la información financiera notificada es exacta y fiable, y 2) recomendaciones para seguir incrementando la transparencia en la presentación de informes sobre los vínculos entre los gastos y el impacto técnico;

f) que prosiga las consultas con la secretaría del Convenio sobre la Diversidad Biológica y otras organizaciones internacionales pertinentes, según proceda;

g) que informe a la 71.ª Asamblea Mundial de la Salud de los progresos realizados en la aplicación de la presente decisión, indicando en particular el estado de la respuesta a las recomendaciones que figuran en el informe del Grupo de Examen del Marco de PIP de 2016, y que haga recomendaciones sobre ulteriores medidas.

(Novena sesión plenaria, 29 de mayo de 2017 -
Comisión A, tercer informe)

WHA70(11) Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005)

La 70.ª Asamblea Mundial de la Salud, habiendo examinado el informe sobre la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005): plan mundial de aplicación,[1] teniendo presente la naturaleza jurídicamente vinculante del Reglamento Sanitario Internacional (2005), recordando la adhesión de los países y el liderazgo de la OMS en la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005), y consciente de la urgencia de su aplicación, decidió:

1) tomar nota del informe contenido en el documento A70/16; y

[1] Documento A70/16.

2) solicitar al Director General:

a) que elabore, en estrecha consulta con los Estados Miembros, en particular a través de los comités regionales, un proyecto de plan estratégico mundial quinquenal para mejorar la preparación y respuesta de salud pública sobre la base de los principios rectores contenidos en el anexo 2 del documento A70/16,[1] y que lo presente para su examen y adopción por la 71.ª Asamblea Mundial de la Salud por conducto del Consejo Ejecutivo en su 142.ª reunión;

b) que prosiga y refuerce los esfuerzos por apoyar a los Estados Miembros en la plena aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005), en particular fortaleciendo sus capacidades básicas de salud pública.

(Novena sesión plenaria, 29 de mayo de 2017 -
Comisión A, cuarto informe)

WHA70(12) Situación sanitaria en el territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental, y en el Golán sirio ocupado[2]

La 70.ª Asamblea Mundial de la Salud, tomando nota del informe solicitado a la Directora General en la decisión WHA69(10) (2016),[3] decidió pedir a la Directora General:

1) que informe a la 71.ª Asamblea Mundial de la Salud sobre los progresos realizados en la aplicación de las recomendaciones hechas en el informe solicitado a la Directora General, basadas en las evaluaciones efectuadas sobre el terreno;

2) que preste apoyo a los servicios de salud de Palestina, en particular mediante programas de creación de capacidades y la elaboración de planes estratégicos de inversión en capacidad local para tratamientos y diagnósticos específicos;

3) que proporcione asistencia técnica relacionada con la salud a la población siria del Golán sirio ocupado;

4) que siga prestando la asistencia técnica necesaria para atender las necesidades sanitarias del pueblo palestino, en particular de los prisioneros y detenidos, en cooperación con los esfuerzos del Comité Internacional de la Cruz Roja, así como las necesidades sanitarias de las personas discapacitadas y heridas;

5) que respalde el desarrollo del sistema de salud en el territorio palestino ocupado, incluido el desarrollo de los recursos humanos, concediendo especial atención al fortalecimiento de la atención primaria y a la prestación de servicios de salud mental integrados en los servicios de atención primaria, y centrándose en la prevención y la gestión integrada de las enfermedades, y que asesore a los donantes sobre la mejor forma de prestar apoyo a dichas actividades, y

[1] Véase el anexo 9.

[2] En el anexo 14 se exponen las repercusiones financieras y administrativas de esta decisión para la Secretaría.

[3] Documento A70/39.

6) que vele por la asignación de recursos humanos y financieros para alcanzar estos objetivos.

(Novena sesión plenaria, 29 de mayo de 2017 - Comisión B, primer informe)

WHA70(13) Informe programático y financiero de la OMS de mitad de periodo para 2016-2017, incluidos los estados financieros comprobados correspondientes a 2016

La 70.ª Asamblea Mundial de la Salud, habiendo examinado el informe programático y financiero de la OMS de mitad de periodo para 2016-2017, incluidos los estados financieros comprobados correspondientes a 2016;[1] y habiendo tomado nota del informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 70.ª Asamblea Mundial de la Salud,[2] decidió aceptar el informe programático y financiero de la OMS de mitad de periodo para 2016-2017, incluidos los estados financieros comprobados correspondientes a 2016.

(Novena sesión plenaria, 29 de mayo de 2017 - Comisión B, primer informe)

WHA70(14) Informe del Comisario de Cuentas

La 70.ª Asamblea Mundial de la Salud, habiendo examinado el informe del Comisario de Cuentas a la Asamblea de la Salud,[3] y habiendo tomado nota del informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 70.ª Asamblea Mundial de la Salud,[4] decidió aceptar el informe del Comisario de Cuentas a la Asamblea de la Salud.

(Novena sesión plenaria, 29 de mayo de 2017 - Comisión B, primer informe)

WHA70(15) Nombramiento de representantes en el Comité de la Caja de Pensiones del Personal de la OMS

La 70.ª Asamblea de la Salud nombró a los miembros suplentes, la Dra. Naoko Yamamoto de la delegación del Japón y el Dr. Gerardo Lubin Burgos Bernal de la delegación de Colombia, miembros del Comité de la Caja de Pensiones del Personal de la OMS por el tiempo que resta de sus mandatos, hasta mayo de 2019.

---

[1] Documento A70/40.

[2] Documento A70/58.

[3] Documento A70/43.

[4] Documento A70/61.

Asimismo, la Asamblea de la Salud nombró al Dr. Asad Hafeez, de la delegación del Pakistán, al Dr. Papa Amadou Diack, de la delegación del Senegal, y al Dr. Alan Ludowyke, de la delegación de Sri Lanka, miembros suplentes del Comité de la Caja de Pensiones del Personal de la OMS por un mandato de tres años, hasta mayo de 2020.

(Décima sesión plenaria, 31 de mayo de 2017 -
Comisión B, segundo informe)

WHA70(16) Fondo para Infraestructura

La 70.ª Asamblea Mundial de la Salud, habiendo examinado el informe sobre la propuesta de un Fondo para Infraestructura (resultante de la fusión del Fondo para la Gestión de Bienes Inmuebles y el Fondo para la Tecnología de la Información);[1] habiendo tomado nota del informe del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo a la 70.ª Asamblea Mundial de la Salud;[2] tomando nota de los requisitos de financiación de las necesidades de infraestructura, incluidas las inversiones en bienes inmuebles y tecnología de la información, según se describen en el documento A70/54; y tomando nota de los arreglos financieros existentes en relación con el Fondo para la Gestión de Bienes Inmuebles, de conformidad con la resolución WHA63.7 (2010) sobre el plan de mejoras y la decisión WHA69(18) (2016) sobre los bienes inmuebles: actualización sobre la estrategia de renovación de los edificios de Ginebra, que prevén una asignación de US$ 25 millones por bienio para las necesidades relativas a bienes inmuebles, decidió:

1) aprobar el cambio de nombre del Fondo para la Gestión de Bienes Inmuebles por el de Fondo para Infraestructura;

2) aprobar asimismo la ampliación de la finalidad del Fondo para Infraestructura (anteriormente Fondo para la Gestión de Bienes Inmuebles) para que incluya inversiones en la esfera de tecnología de la información, según lo aprobado por la Junta de TI, además de los fines señalados en la resolución WHA23.14 (1970) sobre el Fondo para la Gestión de Bienes Inmuebles, y mantener las inversiones en bienes inmuebles y en tecnología de la información en cuentas subsidiarias diferenciadas de las que se proporcionará información;

3) autorizar al Director General a que, al final de cada ejercicio financiero, asigne al menos US$ 15 millones, según la disponibilidad, para las necesidades de inversión en tecnología de la información en el marco del Fondo para Infraestructura;

4) pedir al Director General que establezca cuentas subsidiarias diferenciadas para mantener la separación entre los fondos de inversión en bienes inmuebles y tecnología de la información en el marco del Fondo para Infraestructura;

5) pedir además al Director General que informe al Consejo Ejecutivo, en sus futuras reuniones, acerca de la ejecución de los fondos de tecnología de la información y bienes inmuebles incluidos en el Fondo para Infraestructura, así como sobre la financiación del Fondo.

(Décima sesión plenaria, 31 de mayo de 2017 -
Comisión B, segundo informe)

---

[1] Documento A70/54.

[2] Documento A70/65.

WHA70(17) Plan de acción mundial sobre la respuesta de salud pública a la demencia[1]

La 70.ª Asamblea Mundial de la Salud, habiendo examinado el proyecto de plan de acción mundial sobre la respuesta de salud pública a la demencia 2017-2025,[2] decidió:

1) respaldar el plan de acción mundial sobre la respuesta de salud pública a la demencia 2017-2025;[3]

2) instar a los Estados Miembros[4] a que formulen cuanto antes respuestas nacionales ambiciosas para la aplicación general del plan de acción mundial sobre la respuesta de salud pública a la demencia 2017-2025;

3) pedir al Director General que presente a las 73.ª, 76.ª y 79.ª Asambleas Mundiales de la Salud informes sobre los progresos realizados en la aplicación de la presente decisión.

(Décima sesión plenaria, 31 de mayo de 2017 - Comisión B, tercer informe)

WHA70(18) La dimensión de salud pública del problema mundial de las drogas[1]

La 70.ª Asamblea Mundial de la Salud, habiendo examinado el informe de la Secretaría sobre la dimensión de salud pública del problema mundial de las drogas,[5] decidió:

1) acoger con satisfacción los progresos realizados en el refuerzo y la ampliación de la cooperación respecto de los aspectos del problema mundial de las drogas relacionados con la salud pública, incluida la firma del memorando de entendimiento entre la OMS y la UNODC en febrero de 2017;

2) reconocer la necesidad de intensificar los esfuerzos para ayudar a los Estados Miembros que lo soliciten a abordar y contrarrestar el problema mundial de las drogas desde una perspectiva completa, integrada y equilibrada.

3) pedir al Director General que prosiga sus esfuerzos por mejorar la coordinación y la colaboración de la OMS con la UNODC y la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes, en el marco de sus mandatos existentes, con miras a abordar y contrarrestar el problema mundial de las drogas;

---

[1] En el anexo 14 se exponen las repercusiones financieras y administrativas de esta decisión para la Secretaría.

[2] Documento A70/28, anexo.

[3] Véase el anexo 10.

[4] Y, cuando proceda, a las organizaciones de integración económica regional.

[5] Documento A70/29.

4) pedir también al Director General que informe sobre la aplicación de esta decisión a las 71.ª, 73.ª y 75.ª Asambleas Mundiales de la Salud, y que siga manteniendo adecuadamente informada a la Comisión de Estupefacientes, teniendo en cuenta sus mandatos establecidos en virtud de tratados, acerca de los programas y los progresos pertinentes.

(Décima sesión plenaria, 31 de mayo de 2017 -
Comisión B, tercer informe)

WHA70(19) Informe de la Comisión para acabar con la obesidad infantil: plan de aplicación[1]

La 70.ª Asamblea Mundial de la Salud, recordando entre otras cosas el plan integral de aplicación de la OMS sobre nutrición de la madre, el lactante y el niño pequeño, la resolución WHA69.9 (2016) sobre la Eliminación de la promoción inadecuada de alimentos para lactantes y niños pequeños, la resolución WHA66.10 (2013) sobre el Seguimiento de la Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles, que incluye el Plan de acción mundial de la OMS para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020, y el marco de rendición de cuentas y vigilancia de la Segunda Conferencia Internacional FAO/OMS sobre Nutrición (Roma, 19-21 de noviembre de 2014); y habiendo examinado el informe de la Comisión para acabar con la obesidad infantil: plan de aplicación,[2] decidió:

1) acoger con satisfacción el plan de aplicación para orientar las acciones futuras en relación con las recomendaciones que figuran en el informe de la Comisión para acabar con la obesidad infantil;[3]

2) instar a los Estados Miembros a que elaboren respuestas, estrategias y planes nacionales para acabar con la obesidad de los lactantes, los niños y los adolescentes,[4] teniendo en cuenta el plan de aplicación;[3]

3) pedir al Director General que informe periódicamente a la Asamblea de la Salud sobre los progresos realizados para acabar con la obesidad infantil y, en particular, respecto del plan de aplicación,[3] en el marco de los informes que se presentan sobre la nutrición y las enfermedades no transmisibles.

(Décima sesión plenaria, 31 de mayo de 2017 -
Comisión B, cuarto informe)

---

[1] En el anexo 14 se exponen las repercusiones financieras y administrativas de esta decisión para la Secretaría.

[2] Documento A70/31.

[3] Véase el anexo 11.

[4] Con arreglo a las definiciones que figuran en la nota 5 a pie de página del párrafo 1 del anexo 11.

WHA70(20) Fortalecimiento de las sinergias entre la Asamblea Mundial de la Salud y la Conferencia de las Partes en el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco[1]

La 70.ª Asamblea Mundial de la Salud, habiendo examinado el informe de la Secretaría sobre el fortalecimiento de las sinergias entre la Asamblea Mundial de la Salud y la Conferencia de las Partes en el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco,[2] y habiendo tomado nota de la decisión FCTC/COP7(18) (2016) adoptada por la Conferencia de las Partes en el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, decidió:

1) tomar nota con reconocimiento del informe presentado por el Presidente de la Conferencia de las Partes en el Convenio Marco para el Control del Tabaco;[3]

2) invitar a la Conferencia de las Partes en el Convenio Marco para el Control del Tabaco a que dé instrucciones a la secretaría del Convenio Marco para que presente un informe sobre los resultados de cada una de las futuras reuniones de la Conferencia a la siguiente reunión de la Asamblea de la Salud, a efectos de información y como parte de la documentación presentada a la Asamblea de la Salud con arreglo al punto del orden del día relativo a la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles;

3) solicitar al Director General de la OMS, de conformidad con la decisión WHA69(13) (2016), que siga presentado a efectos informativos a la Conferencia de las Partes en el Convenio Marco para el Control del Tabaco informes periódicos sobre las resoluciones y decisiones de la Asamblea de la Salud que sean pertinentes para la aplicación del Convenio Marco.

(Décima sesión plenaria, 31 de mayo de 2017 - Comisión B, cuarto informe)

WHA70(21) Mecanismo de Estados Miembros sobre productos médicos de calidad subestándar y falsificados[1]

La 70.ª Asamblea Mundial de la Salud, habiendo examinado el informe de la quinta reunión del mecanismo de Estados Miembros sobre productos médicos de calidad subestándar, espurios, de etiquetado engañoso, falsificados o de imitación y la resolución WHA65.19 (2012), decidió:[4]

1) aprobar las definiciones presentadas en el apéndice 3 del anexo del documento A70/23;[5]

---

[1] En el anexo 14 se exponen las repercusiones financieras y administrativas de esta decisión para la Secretaría.

[2] Documento A70/33.

[3] Documento A70/33, anexo.

[4] Véase el documento A70/23 y el documento WHA65/2012/REC/1, y en particular la nota a pie de página del primer párrafo del anexo de dicha resolución.

[5] Véase el anexo 12.

2) pedir al Director General que sustituya la expresión «productos médicos de calidad subestándar, espurios, de etiquetado engañoso, falsificados o de imitación» por la expresión «productos médicos de calidad subestándar y falsificados», que se utilizará en el nombre del mecanismo de Estados Miembros y en toda la documentación futura en relación con los productos médicos de ese tipo.

(Décima sesión plenaria, 31 de mayo de 2017 -
Comisión A, quinto informe)

WHA70(22) Progresos en la aplicación de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible[1]

La 70.ª Asamblea Mundial de la Salud, habiendo considerado el informe sobre los progresos en la aplicación de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible,[2] decidió solicitar al Director General que, de conformidad con lo establecido en la resolución WHA69.11 (2016), siga presentando cada dos años un informe sobre la salud en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, en particular sobre el fortalecimiento de la atención quirúrgica esencial y de emergencia, y de la anestesia, como componentes de la cobertura sanitaria universal, con arreglo a lo solicitado en la resolución WHA68.15 (2015).

(Décima sesión plenaria, 31 de mayo de 2017 -
Comisión A, sexto informe)

WHA70(23) Función del sector de la salud en el Enfoque Estratégico de la Gestión Internacional de los Productos Químicos de cara al objetivo fijado para 2020 y años posteriores[1]

La 70.ª Asamblea Mundial de la Salud, habiendo examinado el informe sobre la función del sector de la salud en el Enfoque Estratégico de la Gestión Internacional de los Productos Químicos de cara al objetivo fijado para 2020 y años posteriores,[3] decide:

1) aprobar la hoja de ruta para fortalecer la participación del sector de la salud en el Enfoque Estratégico de la Gestión Internacional de los Productos Químicos de cara al objetivo fijado para 2020 y años posteriores;[4]

---

[1] En el anexo 14 se exponen las repercusiones financieras y administrativas de esta decisión para la Secretaría.

[2] Documento A70/35.

[3] Documento A70/36.

[4] Véase el anexo 13.

2) pedir al Director General que informe a la 72.ª Asamblea Mundial de la Salud sobre los progresos realizados en la aplicación de la hoja de ruta, y que en la 74.ª Asamblea Mundial de la Salud siga informando sobre dichos progresos, así como sobre las medidas adoptadas por la Secretaría para actualizar la hoja de ruta a la luz del resultado del proceso interperiodos para preparar recomendaciones sobre el Enfoque Estratégico y la gestión racional de los productos químicos y los desechos después de 2020.[1]

(Décima sesión plenaria, 31 de mayo de 2017 - Comisión A, sexto informe)

WHA70(24) Selección del país en que se ha de reunir la 71.ª Asamblea Mundial de la Salud

De conformidad con lo dispuesto en el Artículo 14 de la Constitución, la 70.ª Asamblea Mundial de la Salud decidió que la 71.ª Asamblea Mundial de la Salud se celebrase en Suiza.

(Décima sesión plenaria, 31 de mayo de 2017)

[1] Véase la resolución WHA69.4 (2016), párrafo 2(10).

ANEXOS

ANEXO 1

Contrato del Director General[1]

[A70/5, anexo – 24 de abril de 2017]

En el día de hoy, veintitrés de mayo del año dos mil diecisiete, la Organización Mundial de la Salud (denominada en adelante la Organización), de una parte, y el Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus (denominado en adelante el Director General), de otra,

POR CUANTO

1) Según lo dispuesto en el Artículo 31 de la Constitución de la Organización, el Director General de la Organización debe ser nombrado por la Asamblea Mundial de la Salud (denominada en adelante la Asamblea de la Salud) a propuesta del Consejo Ejecutivo (denominado en adelante el Consejo) y en las condiciones que la Asamblea de la Salud determine; y

2) El Director General ha sido debidamente nombrado por la Asamblea de la Salud en su sesión del día veintitrés de mayo del año dos mil diecisiete por un periodo de cinco años,

ESTIPULAN POR EL PRESENTE CONTRATO lo que sigue:

I. 1) El Director General desempeñará las funciones de su cargo desde el primero de julio de dos mil diecisiete hasta el día treinta de junio de dos mil veintidós, fecha de expiración del nombramiento y del presente Contrato.

2) Bajo la autoridad del Consejo, el Director General desempeñará las funciones de jefe de los servicios técnicos y administrativos de la Organización, con las atribuciones que se expresan en la Constitución y en los reglamentos de la Organización y con las que puedan señalarle la Asamblea de la Salud o el Consejo.

3) El Director General se compromete plenamente a gestionar de manera responsable y adecuada los recursos de la OMS, incluidos los recursos financieros, los recursos humanos y los recursos físicos, con eficiencia y eficacia para lograr los objetivos de la Organización; guiarse por una cultura ética, de modo que todas las decisiones y acciones de la Secretaría se basen en la rendición de cuentas, la transparencia, la integridad y el respeto; garantizar una representación geográfica equitativa y la paridad entre los sexos en los nombramientos de funcionarios y con arreglo a lo dispuesto en el Artículo 35 de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud; cumplir las recomendaciones resultantes de las auditorías internas y externas de la Organización; y garantizar la puntualidad y la transparencia de la documentación.

[1] Véanse la resolución WHA70.3 y el documento WHA70/2017/REC/1, anexo 1.

4) El Director General estará sujeto a las disposiciones del Estatuto del Personal de la Organización en la medida en que le sean aplicables. En particular, no podrá ocupar ningún otro puesto administrativo ni recibir emolumentos de ninguna entidad ajena a la Organización por actividades relacionadas con la Organización. No tendrá ninguna ocupación mercantil ni aceptará ningún empleo o actividad incompatibles con sus funciones en la Organización.

5) El Director General gozará, durante el ejercicio de sus funciones, de todas las prerrogativas e inmunidades que corresponden a su cargo en virtud de la Constitución de la Organización y de todos los acuerdos pertinentes que estén en vigor o que puedan concertarse ulteriormente.

6) El Director General podrá en cualquier momento, avisando con seis meses de antelación, presentar por escrito su dimisión al Consejo, el cual está facultado para aceptarla en nombre de la Asamblea de la Salud; en ese caso, a la expiración del plazo indicado el Director General cesará en sus funciones y el presente Contrato dejará de surtir efecto.

7) La Asamblea de la Salud, a propuesta del Consejo y después de oír al Director General, tendrá derecho, por razones de gravedad excepcional que puedan redundar en perjuicio de los intereses de la Organización, a rescindir el presente Contrato dando el oportuno aviso por escrito con una antelación mínima de seis meses.

II. 1) Desde el primero de julio del año dos mil diecisiete, el Director General percibirá de la Organización un sueldo anual de doscientos cuarenta y un mil doscientos setenta y seis dólares de los Estados Unidos de América que, una vez deducidos los impuestos del personal, dejará una retribución líquida anual, pagadera por meses, de ciento setenta y dos mil sesenta y nueve dólares de los Estados Unidos de América o de su equivalente en cualquier otra moneda que las partes en el presente Contrato elijan de común acuerdo.

2) Además de los reajustes y subsidios que normalmente perciben los funcionarios de la Organización en aplicación del Reglamento de Personal, el Director General recibirá una gratificación anual para gastos de representación de veintiún mil dólares de los Estados Unidos de América, o su equivalente en cualquier otra moneda que las partes en el presente Contrato elijan de común acuerdo, suma que será pagadera por meses a partir del primero de julio de dos mil diecisiete. El uso de esa gratificación quedará a la entera discreción del Director General, que la empleará para atender los gastos de representación que ocasione el ejercicio de sus funciones oficiales. El Director General tendrá derecho al reembolso de ciertos gastos, como los de viaje y mudanza que ocasionen su nombramiento, los cambios ulteriores de su lugar de destino, su cese, los viajes en comisión de servicio y los viajes por licencia en el país de origen.

3) El Director General no participará en la Caja Común de Pensiones del Personal de las Naciones Unidas y, en lugar de ello, percibirá a modo de suplemento mensual la cuota que la Organización habría abonado cada mes a la Caja de Pensiones si el Director General estuviera afiliado a dicha Caja. En caso de que el Director General decidiera, antes del inicio de su nombramiento el uno de julio de dos mil diecisiete, que desea participar en la Caja, la Organización abonará la cuota correspondiente a la Caja de la manera habitual y no pagará directamente al Director General ningún suplemento mensual.

III. La Asamblea de la Salud, a propuesta del Consejo y previa consulta con el Director General, podrá revisar y modificar las cláusulas del presente Contrato relativas al sueldo y a la gratificación para gastos de representación, para ponerlas en consonancia con las disposiciones cuya aplicación decida la Asamblea de la Salud respecto de las condiciones de empleo de los miembros del personal en funciones.

IV. Cualquier discrepancia de interpretación o cualquier litigio a que pueda dar lugar el presente Contrato y que no se resuelvan por vía de negociación o de amigable composición, se someterán en última instancia al tribunal competente de conformidad con el Reglamento de Personal.

EN FE DE LO CUAL firmamos de nuestro puño y letra el presente documento en la fecha que antes se indica.

....

Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus
Director General

Profesora Veronika Skvortsova
Presidenta de la 70.ª Asamblea
Mundial de la Salud

ANEXO 2

Trabajar en pro de la salud

Plan de acción quinquenal para el empleo en el ámbito de la salud y el crecimiento económico inclusivo (2017-2021)[1]

[A70/18, anexo – 15 de mayo de 2017]

Resumen

Una aspiración:	Agilizar los avances hacia la cobertura sanitaria universal y el logro de los Objetivos de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible garantizando el acceso equitativo a personal sanitario en sistemas de salud reforzados
Dos objetivos:	Invertir en la expansión y la transformación del personal sociosanitario en todo el mundo
Tres organismos:	Organización Internacional del Trabajo (OIT), Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) y Organización Mundial de la Salud (OMS)
Cuatro Objetivos de Desarrollo Sostenible:	Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades (Objetivo 3); Garantizar una educación inclusiva y equitativa de calidad y promover oportunidades de aprendizaje permanente para todos (Objetivo 4); Lograr la igualdad de género y empoderar a todas las mujeres y las niñas (Objetivo 5); y Promover el crecimiento económico sostenido, inclusivo y sostenible, el empleo pleno y productivo y el trabajo decente para todos (Objetivo 8)
Cinco ejes de trabajo:	Facilitar la aplicación de enfoques intersectoriales y medidas impulsadas por los países y catalizar las inversiones sostenibles, la creación de capacidad y la acción normativa: 1) promoción, diálogo social y diálogo sobre políticas; 2) datos, pruebas y rendición de cuentas; 3) educación, competencias y empleos; 4) financiación e inversiones; y 5) movilidad laboral internacional.

[1] Véase la resolución WHA70.6 (2017).

1. Antecedentes

1. En su informe titulado *Working for health and growth: Investing in the health workforce*, la Comisión de Alto Nivel sobre el Empleo en el Ámbito de la Salud y el Crecimiento Económico (en adelante «la Comisión») propuso 10 recomendaciones y cinco medidas inmediatas destinadas a transformar el personal sociosanitario con el fin de lograr la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.[1] Su aplicación exigirá intervenciones y medidas innovadoras por parte de los Estados Miembros, encabezados por los ministros de salud, educación, empleo y finanzas, así como por la comunidad internacional.

2. Tras demoler la tan arraigada creencia de que invertir en el personal sanitario es un lastre para la economía, la Comisión concluyó que invertir en el personal sanitario, junto con la acción normativa adecuada, podría arrojar enormes beneficios socioeconómicos en una educación de calidad, igualdad de género, trabajo decente, crecimiento económico inclusivo y salud y bienestar. Este cambio de paradigma ofrece un nuevo ímpetu político para que los Estados Miembros apliquen la Estrategia mundial de recursos humanos para la salud: personal sanitario 2030[2] de la OMS, adoptada por la 69.ª Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2016.[3]

El Secretario General de las Naciones Unidas estableció la **Comisión de Alto Nivel sobre el Empleo en el Ámbito de la Salud y el Crecimiento Económico** el 2 de marzo de 2016 en respuesta a la resolución 70/183 de la Asamblea General de las Naciones Unidas, sobre Salud mundial y política exterior: fortalecimiento de la gestión de las crisis sanitarias internacionales, adoptada el 17 de diciembre de 2015.

Presidieron la Comisión el Excmo. Sr. François Hollande, Presidente de Francia, y el Excmo. Sr. Jacob Zuma, Presidente de Sudáfrica, y la copresidieron la Dra. Margaret Chan, Directora General de la Organización Mundial de la Salud, el Sr. Ángel Gurría, Secretario General de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, y el Sr. Guy Ryder, Director General de la Organización Internacional del Trabajo. La Comisión presentó su informe en un acto paralelo de la Asamblea General de las Naciones Unidas en Nueva York el 20 de septiembre de 2016.

En su septuagésimo primer periodo de sesiones[1] la Asamblea General de las Naciones Unidas acogió con beneplácito el informe de la Comisión, e instó a los Estados Miembros a que tengan en cuenta sus recomendaciones, «en particular las relativas a la elaboración de planes intersectoriales y la inversión en la educación y la creación de empleo en el ámbito de la salud y el sector social» a fin de «contribuir al crecimiento económico inclusivo a nivel mundial, a la creación de empleos decentes y al logro de la cobertura sanitaria universal».

El Consejo Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud en su 140.ª reunión, celebrada en enero de 2017, acogió con agrado el informe de la Comisión y lo examinó. Asimismo pidió a la Directora General de la OMS que colaborara con los Estados Miembros para adoptar medidas en torno a las recomendaciones principales.

[1] Comisión de Alto Nivel sobre el Empleo en el Ámbito de la Salud y el Crecimiento Económico. *Working for health and growth: Investing in the health workforce*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016, http://www.who.int/hrh/com-heeg/reports (consultado el 5 de abril de 2017).

[2] Disponible en http://www.who.int/hrh/resources/pub_globstrathrh-2030/en/ (consultado el 5 de abril de 2017).

[3] Resolución WHA69.19 (2016).

3. La Comisión considera que el sector social y el sector de la salud[1] constituyen una fuente importante y creciente de empleo, y que es un ámbito estratégico de inversión que se traduce en más oportunidades de empleo decente que la mayoría de las otras industrias y sectores, especialmente para las mujeres y los jóvenes.[2] Con el crecimiento y la evolución de las poblaciones, se calcula que la demanda de trabajadores sanitarios casi se duplicará de aquí a 2030 y se prevé la creación de unos 40 millones de nuevos empleos para trabajadores sanitarios, principalmente en los países de ingresos medianos-altos y altos.[3] Cada puesto de un trabajador sociosanitario está respaldado de media por al menos otros dos puestos en otras ocupaciones en el sector económico sanitario general, lo que supone un gran potencial para la creación de empleo en el sector social y el sector de la salud, y en otros. Pocos sectores económicos presentan oportunidades de aumentar de forma constante el trabajo decente, especialmente habida cuenta de las enormes pérdidas potenciales de puestos de trabajo que se producen en otros sectores económicos debidos a los rápidos avances tecnológicos y a los cambios en la organización de la producción y el trabajo.[4]

4. Ahora bien, el aumento previsto de puestos de trabajo coincide con el posible déficit de 18 millones de trabajadores sanitarios para poder alcanzar y sostener la cobertura sanitaria universal de aquí a 2030, principalmente en los países de ingresos bajos y medianos, según prevé la OMS en su Estrategia mundial de recursos humanos para la salud. Sin intervenciones específicas, la situación en entornos con recursos limitados podría verse exacerbada todavía más por una mayor movilidad laboral hacia países con mayor demanda, lo que socavaría sistemas de salud ya vulnerables. Invertir en la calidad de los puestos de trabajo por lo que respecta a las condiciones de empleo y la protección y derechos laborales es la clave para retener a los trabajadores sanitarios donde se los necesita.

5. La Comisión ha exhortado a poner en marcha intervenciones inmediatas, audaces e innovadoras para retar el statu quo y cambiar las tendencias previstas en el personal sociosanitario. Conseguir una fuerza de trabajo sociosanitaria sostenible es un empeño intersectorial que exige liderazgo y medidas coordinadas en los diferentes sectores gubernamentales que se ocupan de finanzas, trabajo, educación, salud, asuntos sociales y relaciones exteriores, así como una estrecha colaboración con las organizaciones de empleadores y de personal sanitario, asociaciones profesionales y otras partes interesadas importantes. Para lograr los Objetivos de Desarrollo Sostenible se proponen 10 recomendaciones y cinco medidas inmediatas (cuadro 1).

---

[1] Obsérvese que en el plan de acción quinquenal se incluyen todas las ocupaciones que contribuyen a mejorar la salud y el bienestar en el sector de la salud y el sector conexo de los servicios sociales, y por lo tanto se hace referencia al personal sociosanitario que interviene en la atención de la salud en todas sus prestaciones.

[2] Invertir en la economía de cuidados: Un análisis de género sobre los incentivos de empleo en siete países de la OCDE (marzo de 2016). Bruselas, Confederación Sindical Internacional, 2016, http://www.ituc-csi.org/invertir-en-la-economia-de (consultado el 5 de septiembre de 2016).

[3] Liua JX, Goryakin Y, Maeda A, Bruckner TA, Scheffler RM. Global health workforce labor market projections for 2030. Documento de trabajo sobre investigaciones relativas a políticas de desarrollo. Informe número WPS7790. Washington, D.C., Banco Mundial, 2016, http://documents.worldbank.org/curated/en/546161470834083341/Global-health-workforce-labor-market-projections-for-2030 (consultado el 5 de abril de 2017).

[4] Véanse la Memoria del Director General de la OIT: La iniciativa del centenario relativa al futuro del trabajo. Documento de conferencia. 104.ª Conferencia Internacional del Trabajo, 2015 (http://www.ilo.org/ilc/ILCSessions/104/reports/reports-to-the-conference/WCMS_370408/lang--es/index.htm, consultado el 5 de abril de 2017) y La Generación del aprendizaje: Invertir en educación para un mundo en proceso de cambio. Comisión Internacional para el Financiamiento de Oportunidades Educativas Globales. Septiembre de 2016, http://report.educationcommission.org/downloads/ (consultado el 30 de noviembre de 2016).

Cuadro 1. Recomendaciones y medidas inmediatas propuestas por la Comisión de Alto Nivel sobre el Empleo en el Ámbito de la Salud y el Crecimiento Económico

Recomendaciones		**Medidas inmediatas que se adoptarán antes de marzo de 2018**
Transformar el personal sanitario	1. Estimular inversiones para crear empleos decentes en el sector de la salud, especialmente para las mujeres y la juventud, con las competencias pertinentes, en un número suficiente y en los destinos adecuados. 2. Potenciar al máximo la participación de la mujer en la economía y fomentar su empoderamiento institucionalizando su liderazgo, abordando los prejuicios e inequidades contra las mujeres en la educación y el mercado laboral del sector de la salud, y atendiendo las inquietudes con respecto a las cuestiones de género en los procesos de reforma sanitaria. 3. Potenciar una educación transformadora y de buena calidad y el aprendizaje permanente para que todos los trabajadores sanitarios cuenten con competencias que se adecúen a las necesidades de las poblaciones en materia de salud y puedan trabajar dando lo mejor de sí mismos. 4. Reformar los modelos de servicio que giran en torno a la atención hospitalaria y centrarse en la prevención y en la prestación eficaz de atención primaria y ambulatoria de calidad, asequible, integrada, basada en la comunidad y centrada en la persona, prestando una atención especial a las zonas desatendidas. 5. Aprovechar el poder y la costoeficacia de las tecnologías de la información y la comunicación para mejorar la educación en el ámbito de la salud, los servicios centrados en la persona y los sistemas de información sanitaria. 6. Garantizar inversión en las capacidades básicas exigidas en el Reglamento Sanitario Internacional (2005), en particular el fomento de las competencias de los trabajadores sanitarios nacionales e internacionales en entornos humanitarios y emergencias de salud pública agudas o prolongadas. Garantizar la protección y seguridad de todo el personal de salud y las instalaciones sanitarias en todos los entornos.	A. Asegurar compromisos, fomentar la colaboración intersectorial y elaborar un plan de acción B. Estimular la rendición de cuentas, el compromiso y la promoción C. Mejorar los datos, análisis y seguimientos del mercado laboral del sector de la salud en todos los países D. Acelerar las inversiones en una educación transformadora, competencias y creación de puestos de trabajo E. Establecer una plataforma internacional sobre la movilidad del personal sanitario

Propiciar el cambio	7. Recaudar fondos suficientes de fuentes nacionales e internacionales, públicas o privadas, según proceda, y considerar la posibilidad de una reforma de base amplia para la financiación de la salud de ser necesario, a fin de invertir en las competencias adecuadas, condiciones de trabajo dignas y un número suficiente de trabajadores de la salud. 8. Promover la colaboración intersectorial en el ámbito nacional, regional e internacional; lograr la participación de la sociedad civil, los sindicatos y otras organizaciones de trabajadores de la salud y el sector privado; y alinear la cooperación internacional para apoyar las inversiones en el personal sanitario, como parte de estrategias y planes nacionales de salud y educación. 9. Promover el reconocimiento internacional de las cualificaciones del personal sanitario para aprovechar el uso de sus competencias, potenciar las ventajas y reducir los efectos negativos de la migración de los trabajadores sanitarios, y proteger los derechos de los migrantes. 10. Llevar a cabo investigaciones y análisis sólidos de los mercados laborales del sector de la salud mediante parámetros y métodos armonizados, a fin de fortalecer los datos científicos, la rendición de cuentas y las actuaciones.	

6. No existe una única vía para aplicar con eficacia las recomendaciones y las medidas inmediatas que propone la Comisión. Para que sea eficaz, la aplicación de las recomendaciones de la Comisión debe estar impulsada por los Estados Miembros e integrada y armonizada con las prioridades nacionales y regionales y los programas conexos sobre salud, protección social, empleo y crecimiento económico en diferentes sectores. Las políticas y las medidas deben aplicarse a través de un diálogo social continuo con representantes de los empleadores y del personal sociosanitario. Para garantizar la equidad y la inclusión deben preverse y tenerse en cuenta las tendencias y necesidades presentes y futuras, por ejemplo los cambios demográficos y epidemiológicos, los flujos de migración, el cambio climático, las inequidades en el acceso a los servicios sanitarios, los avances tecnológicos y las transiciones socioeconómicas. Las inversiones deben ir acompañadas de un programa transformador y de políticas adecuadas a fin de poder lograr las competencias pertinentes para los empleos correctos y en los destinos adecuados.

7. La OIT, la OCDE y la OMS organizaron la Reunión ministerial de alto nivel sobre el empleo en el ámbito de la salud y el crecimiento económico (Ginebra, 14 y 15 de diciembre de 2016) y presentaron para una primera ronda de consultas un proyecto de plan en el que se perfilaban las posibles líneas de apoyo de los tres organismos para que sus Estados Miembros traduzcan las recomendaciones de la Comisión en acciones. El Consejo Ejecutivo de la OMS en su 140.ª reunión, celebrada en enero de 2017, pidió a su vez a la Directora General en la decisión EB140(3) que, en colaboración con la OIT, la OCDE y las entidades regionales y especializadas pertinentes, y en consulta con los Estados Miembros, ultimara el plan de acción quinquenal a tiempo para la 70.ª Asamblea Mundial de la Salud, en mayo de 2017.

8. Dos rondas de consultas abiertas sentaron las bases de la elaboración del presente plan de acción, con la presentación de más de 60 contribuciones antes (25 de octubre - 11 de noviembre de 2016) y después (15 de diciembre - 17 de febrero de 2017) de la Reunión ministerial de alto nivel sobre el empleo en el ámbito de la salud y el crecimiento económico. Asimismo, el proyecto de plan de acción se debatió con más de 80 representantes de las misiones permanentes ante las Naciones Unidas en Ginebra en una sesión de información celebrada el 9 de febrero de 2017. Las contribuciones

ponen de relieve el gran número de Estados Miembros y partes interesadas multisectoriales que trabajan activamente en pro de la adopción y aplicación de las recomendaciones de la Comisión en el plano nacional, regional e internacional.

Objetivos del plan de acción quinquenal

9. El plan de acción quinquenal es un programa de trabajo intersectorial conjunto en el que participan la OIT, la OCDE y la OMS y que es crucial para apoyar a los Estados Miembros en la aplicación eficaz de las recomendaciones de la Comisión en consonancia con la Estrategia mundial de la OMS de recursos humanos para la salud. Con objeto de apoyar y facilitar la aplicación impulsada por los países, establece las líneas de colaboración de los tres organismos con los Estados Miembros y las principales partes interesadas para traducir las recomendaciones de la Comisión en acciones, en consonancia con planes y estrategias nacionales, regionales y mundiales. En ese sentido, el plan de acción es un buen ejemplo del tipo de alianzas de colaboración entre organismos internacionales que son necesarias para apoyar a los Estados Miembros a conseguir la Agenda 2030.

10. En el plan de acción no se prescriben las medidas exigidas a los Estados Miembros o las partes interesadas principales para aplicar las recomendaciones de la Comisión. Más bien se establecen los productos entregables que la OIT, la OCDE y la OMS deben generar para responder a las demandas y peticiones previstas de los Estados Miembros, las organizaciones de empleadores y trabajadores y otras partes interesadas. Cuando sea aplicable y así lo soliciten los Estados Miembros, las organizaciones podrían colaborar en la cooperación técnica, la organización y coordinación, el fomento de las capacidades, la investigación, la facilitación de inversiones y financiación y la orientación normativa.

11. Los objetivos específicos del plan de acción quinquenal son:

a) facilitar a los Estados Miembros la aplicación de enfoques intersectoriales, colaborativos e integrados y de medidas impulsada por los países que promuevan las recomendaciones y las medidas inmediatas propuestas por la Comisión en consonancia con la Estrategia mundial de la OMS de recursos humanos para la salud; y

b) catalizar y estimular inversiones previsibles y sostenibles, la creación de capacidad institucional y medidas de política y prácticas transformadoras en el personal sociosanitario, prestando una atención especial a países prioritarios en los que es menos probable que se alcancen las recomendaciones de la Comisión y la cobertura sanitaria universal.[1]

Enfoque

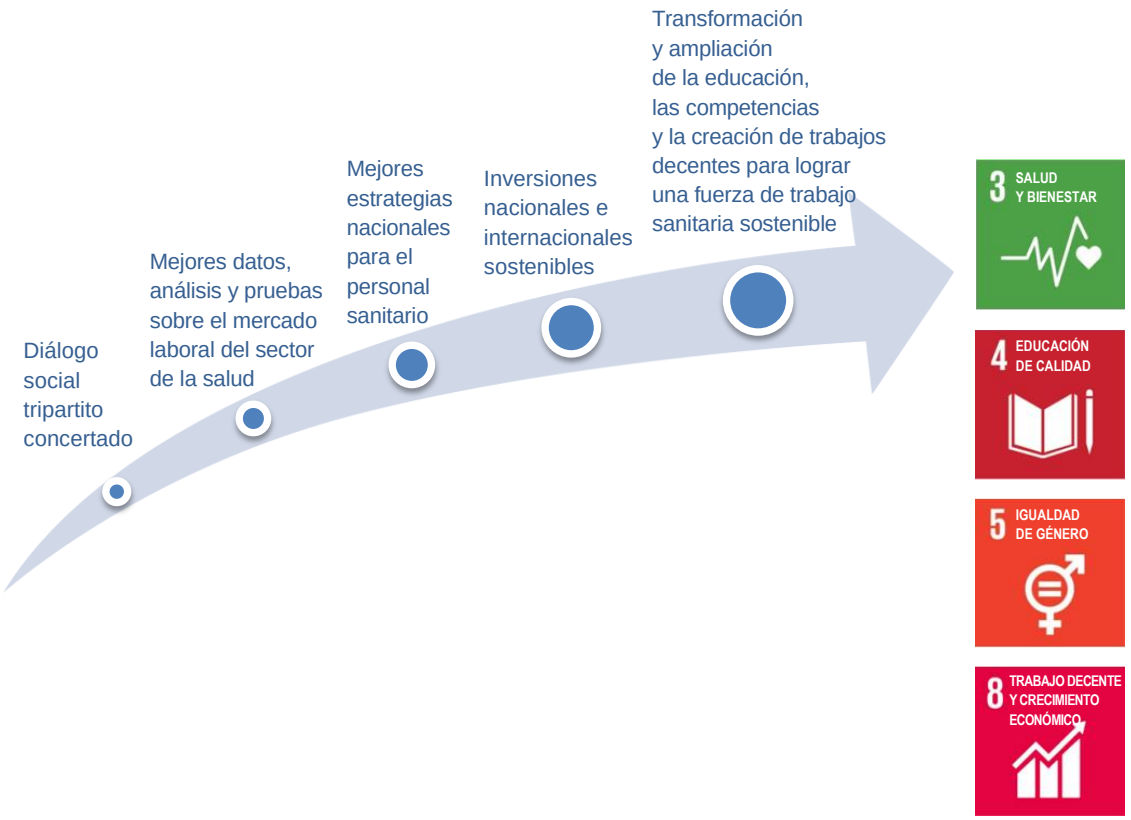
12. La función directiva y rectora de los Estados Miembros y otras principales partes interesadas son cruciales para la aplicación de las recomendaciones de la Comisión en consonancia con la Estrategia mundial de la OMS de recursos humanos para la salud y sobre la base de la resolución WHA69.19 (2016), por la que se adoptó esa Estrategia, y la resolución 71/159 (2016) de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre Salud mundial y política exterior: el empleo en el ámbito de la salud y el crecimiento económico. Todas las partes interesadas tienen una función crucial y deben colaborar en diferentes sectores (educación, salud, trabajo, finanzas y relaciones exteriores) para invertir en modelos de personal sanitario que sean sostenibles y adecuados a sus fines, y transformar los modelos actuales.

[1] En el informe de la Comisión se definieron los países prioritarios como aquellos en los que es menos probable que se alcancen las recomendaciones de la Comisión y la cobertura sanitaria universal. Las organizaciones elaborarán criterios que los Estados Miembros podrían utilizar para determinar si se tiene derecho a acceder a más apoyo específico.

13. La implicación de los países, los enfoques pangubernamentales, el diálogo social y la proyección a otros asociados son los cimientos esenciales para la aplicación de las recomendaciones de la Comisión. Con este plan de acción la OIT, la OCDE y la OMS, junto con otros asociados e iniciativas mundiales para trabajar en los objetivos pertinentes de la Agenda 2030 (por ejemplo, en pro de una educación de calidad, empleo juvenil, igualdad de género y actividades económicas sostenibles) pueden apoyar y facilitar las medidas impulsadas por los países.

14. Al unir sus fuerzas, la OIT, la OCDE y la OMS estarán mejor situadas para colaborar con los Estados Miembros en la formulación de estrategias nacionales para el personal sanitario integrales, intersectoriales e integradas. Con su poder de convocatoria y aprovechando su información y labor analítica, las tres organizaciones pueden facilitar el diálogo social tripartito concertado[1] y la recopilación de mejores datos y pruebas sobre el mercado laboral del sector de la salud, que son cruciales para la formulación de una nueva generación de estrategias nacionales para el personal sanitario y la movilización de recursos nacionales e internacionales para su aplicación (figura 1). Las inversiones, junto con la transformación y ampliación de la educación, las competencias y la creación de trabajos decentes, contribuirán a una fuerza de trabajo sanitaria sostenible, y con ello permitirán obtener dividendos socioeconómicos en los Objetivos 3, 4, 5, y 8.

Figura 1. Teoría del cambio



[1] El diálogo social incluye todos los tipos de negociación y consulta o simplemente el intercambio de información entre los representantes de los gobiernos, los empleadores y los trabajadores, sobre cuestiones de interés común relativas a la política económica y social.

15. El plan de acción quinquenal demuestra de qué modo la OIT, la OCDE y la OMS responderán a cada recomendación con diferentes productos entregables en el ámbito nacional, regional y mundial que ayudarán a los Estados Miembros a traducir las recomendaciones en acciones, y a lograr los objetivos conexos de la Estrategia mundial de la OMS de recursos humanos para la salud y las orientaciones estratégicas mundiales para el fortalecimiento de los servicios de enfermería y partería.[1] Los productos entregables se organizarán en torno a cinco ejes de trabajo que responden a las estrategias y recomendaciones mundiales disponibles, con prioridades establecidas para cada año a través de procesos de planificación operacional (cuadro 2).

Cuadro 2. Correspondencia de los ejes de trabajo con las estrategias mundiales y las recomendaciones

Ejes de trabajo	Recomendaciones de la Comisión y medidas inmediatas	Objetivos de la Estrategia mundial de la OMS	Áreas temáticas de las orientaciones estratégicas para el fortalecimiento de los servicios de enfermería y partería
1. **Promoción, diálogo social y diálogo sobre políticas.** Galvanizar el apoyo y el impulso político y crear compromisos intersectoriales a nivel mundial, regional y nacional, y fortalecer el diálogo social y el diálogo sobre políticas para impulsar las inversiones y la adopción de medidas.	1-10, A, B	1, 2, 3, 4	2, 4
2. **Datos, pruebas y rendición de cuentas.** Fortalecer los datos y las pruebas mediante la aplicación de las cuentas nacionales del personal de salud y el intercambio de datos sobre el mercado laboral mundial del sector de la salud; mejorar la rendición de cuentas mediante el seguimiento, el examen y la adopción de medidas; y fortalecer la gestión de conocimientos.	10, C	3, 4	1, 2
3. **Educación, competencias y empleos.** Acelerar la aplicación de estrategias intersectoriales nacionales para el personal sanitario orientadas a lograr una fuerza de trabajo sanitaria sostenible.	1-6, D	1, 2, 3	1, 3
4. **Financiación e inversiones.** Apoyar a los Estados Miembros a catalizar financiación sostenible para fomentar las inversiones en el personal sociosanitario a través de reformas en la financiación y el aumento de los recursos nacionales e internacionales.	7, D	1, 2, 3	4
5. **Movilidad laboral internacional.** Facilitar el diálogo sobre políticas, el análisis y la creación de capacidad institucional para potenciar al máximo los beneficios mutuos derivados de la movilidad laboral internacional.	9, E	1-4	

[1] OMS. Global strategic directions for strengthening nursing and midwifery 2016-2020. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016, http://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/global-strategy-midwifery-2016-2020/en/ (consultado el 5 de abril de 2017).

16. Entre las actividades integrales de cada eje de trabajo se incluyen: análisis e investigación, asesoramiento sobre reglamentaciones y normas internacionales de trabajo, cooperación técnica, coordinación, gestión de conocimientos, creación de capacidad institucional y movilización catalítica de recursos. Se elaborarán planes operacionales que incluirán pormenores programáticos sobre lo siguiente: las actividades orientadas a lograr la aplicación de productos entregables; metas; plazos; mediciones cualitativas y cuantitativas para el seguimiento y la evaluación; las funciones específicas de cada organismo; la colaboración con las partes interesadas; y los recursos necesarios a nivel nacional, regional e internacional.

17. Existen importantes interconexiones entre los ejes de trabajo que se tendrán en cuenta en el proyecto técnico y la planificación operacional. Por ejemplo, la estimulación de inversiones para la creación de empleos decentes en el sector de la salud debe estar vinculada con iniciativas para transformar y ampliar la educación y el aprendizaje permanente, tener en cuenta las reformas en la prestación de servicios, y contar con una financiación adecuada.

1. Principios fundamentales

18. La aplicación del plan de acción quinquenal seguirá los siguientes principios fundamentales:

a) apoyar el logro de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible;

b) guiarse por las resoluciones de la Asamblea General de las Naciones Unidas y de la Asamblea Mundial de la Salud, marcos e instrumentos normativos y normas internacionales de trabajo;

c) estar dirigida e impulsada por los países, si bien los organismos trabajarán en estrecha consulta con los gobiernos, las organizaciones de empleadores y trabajadores, y con otros asociados destacados en el ámbito nacional, regional y mundial;

d) centrarse en lograr efectos y resultados tangibles en el ámbito de país y en sectores importantes;

e) combinar las medidas inmediatas con el fortalecimiento a largo plazo de leyes, políticas e instituciones;

f) aprovechar plenamente los mandatos institucionales, los puntos fuertes y las actividades de valor añadido de los tres organismos sin duplicar esfuerzos; y utilizar iniciativas ya existentes, plataformas de conocimientos, redes y enseñanzas aprendidas, en particular las relacionadas con la educación y las competencias, la igualdad de género, el empleo juvenil y el trabajo decente, y las emergencias sanitarias, entre otras; y

g) partir de datos y análisis creíbles y aprovecharlos para hacer un seguimiento de los progresos y los efectos a nivel nacional, regional y mundial.

2. Principales consideraciones transversales

19. Entre las principales consideraciones transversales que sustentan el plan de acción quinquenal y su enfoque se incluyen las siguientes:

a) **Enfoque de mercado laboral.** Se aplicará al análisis del personal sociosanitario, así como a las medidas y las inversiones conexas, un enfoque de mercado laboral, teniendo plenamente en cuenta la dinámica y estímulos multisectoriales (figura 2). Este enfoque incluye un análisis

del sector de la educación, los sistemas educativos previos al servicio, la reserva de personal disponible (por ejemplo, aspectos demográficos, competencias y distribución), los sistemas de aprendizaje permanente (por ejemplo, el desarrollo profesional y formación continuos), el empleo y las inversiones en personal con respecto a las necesidades presentes y futuras de atención sociosanitaria de la población. Puede que sea necesario aplicar una serie de políticas, reformas, marcos normativos e incentivos para abordar las deficiencias públicas y del mercado laboral determinadas en el análisis del mercado laboral.

b) **Coherencia y medidas multisectoriales coordinadas.** El análisis, las medidas y las inversiones intersectoriales coordinadas en los sectores de educación, salud, asistencia social, finanzas y asuntos exteriores son cruciales para progresar de manera eficaz. También son esenciales la coherencia y armonización normativas entre los diferentes sectores.

c) **Trabajo decente.** Las inversiones e intervenciones en el personal sociosanitario deben tratar de garantizar el trabajo decente para todos los puestos de trabajo presentes y futuros de la economía del sector de la salud. Debe prestarse atención a la mejora de las condiciones laborales, la estabilidad en el empleo y la salud y seguridad en el trabajo, así como al reconocimiento y aplicación efectivos de los derechos laborales.

d) **Igualdad de género.** La igualdad de género se integrará como objetivo transversal en las inversiones y medidas transformadoras con respecto al género dirigidas al personal sociosanitario. Las desigualdades de género deben analizarse y subsanarse; un ejemplo es la atención no remunerada que prestan las mujeres ante la falta de protección social y de trabajadores sociales cualificados. Las mujeres deben estar debidamente representadas en los mecanismos de diálogo social. Conviene reforzar y utilizar datos desglosados por sexo y llevar a cabo un análisis de las cuestiones de género como parte integral del análisis del mercado laboral. Es necesario elaborar y fortalecer estrategias, políticas e inversiones nacionales para el personal sanitario que aborden los prejuicios y desigualdades de género detectados, con consideraciones que incluyan una perspectiva de género con respecto a la seguridad, las condiciones de trabajo y la movilidad de las mujeres.

e) **Empoderamiento de la juventud.** Se potenciarán al máximo las oportunidades para mejorar la calidad de la educación, las oportunidades educativas, el capital humano, el trabajo decente y las trayectorias profesionales de la juventud. Se debe empoderar a los jóvenes y a las personas de grupos vulnerables y desfavorecidos, en particular las comunidades indígenas.

f) **Diálogo social.** Se fortalecerá el diálogo social entre los gobiernos, los empleadores y los trabajadores, así como otras partes interesadas pertinentes del sector de la salud, como un proceso fundamental en la formulación de políticas para el personal sociosanitario. El diálogo social facilita el consenso y contribuye de forma positiva a las reformas del sector sanitario, además de ser especialmente importante en momentos de cambio estructural.

g) **Personal sociosanitario que se adapte a las necesidades y a los objetivos previstos.** Las inversiones y medidas dirigidas al personal sociosanitario deben responder a las necesidades presentes y futuras de las poblaciones, no solo en cuanto a la cobertura sanitaria universal, sino también la seguridad sanitaria mundial. En las políticas deben tenerse en cuenta los cambios demográficos y tecnológicos, las inequidades en el acceso a los servicios sociosanitarios, y las transiciones socioeconómicas. La fuerza de trabajo debería centrarse en los determinantes sociales de la salud, la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, la atención primaria y los servicios comunitarios integrados y basados en la persona; asimismo debería incluir a personal del sector sociosanitario de todo tipo. Es necesario adoptar urgentemente medidas públicas coherentes junto con alianzas de diferentes partes interesadas a fin de formular políti-

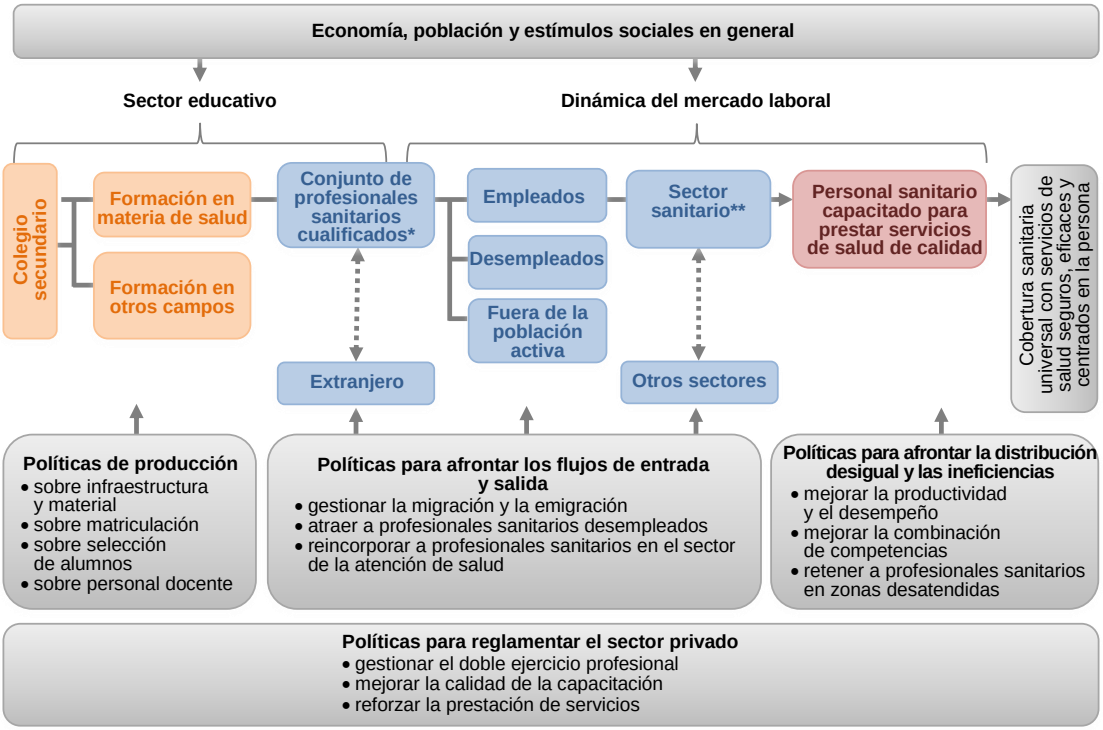
cas destinadas al mercado laboral que sean propicias para estimular la demanda de una fuerza de trabajo sanitaria sostenible, especialmente en zonas desatendidas.

h) **Potenciar al máximo las oportunidades disponibles y reforzar los vínculos con iniciativas existentes.** Las oportunidades y mecanismos existentes en los diferentes organismos se utilizarán en la medida de lo posible mediante proyectos, colaboraciones e iniciativas disponibles, y para fortalecer la cooperación internacional, Sur-Sur y triangular con objeto de racionalizar los esfuerzos de aplicación del plan de acción quinquenal.

i) **Sostenibilidad.** Se promoverán y apoyarán las reformas y la mejora del uso y gestión de las oportunidades de financiación existentes. Deben ampliarse las estrategias de financiación sostenible para las inversiones en personal sanitario, en particular un presupuesto general, tributación progresiva, seguro social de enfermedad, fondos asignados a fines determinados, y el sector privado.

j) **Emergencias de salud pública y prolongadas, y entornos humanitarios.** También debe darse una consideración especial a las particularidades del mercado laboral del sector de la salud y los retos en la educación y capacitación de los trabajadores sanitarios, el trabajo decente y la protección y seguridad de los trabajadores sanitarios en emergencias de salud pública prolongadas y entornos humanitarios.

Figura 2. Estímulos en las políticas públicas para modelar el mercado laboral del sector sanitario



* Oferta de personal del sector sociosanitario cualificado y dispuesto a trabajar.

** Demanda de personal del sector sociosanitario en los sectores de la salud y de la asistencia social relacionado con la salud.

Aplicación coordinada del plan de acción quinquenal

20. La OIT, la OCDE y la OMS supervisarán y coordinarán la aplicación del plan de acción quinquenal (cuadro 3) a través de reuniones periódicas de toma de decisiones con intervención de directivos superiores; se está constituyendo un Comité Directivo a tal efecto. Una secretaría técnica conjunta, que trabajará bajo la dirección del Comité Directivo, se encargará de elaborar planes operacionales anuales, y garantizar la eficacia de la aplicación, las comunicaciones y la gestión de conocimientos, la gestión de las partes interesadas, los procesos consultivos, el seguimiento y evaluación, y la presentación de informes. Los conocimientos especializados de las tres organizaciones se organizarán en los cinco ejes de trabajo a fin de definir y aplicar la estrategia técnica necesaria para poner en marcha el plan de acción en el plano nacional, regional y mundial. Un Comité Consultivo de alto nivel ofrecerá aportaciones estratégicas y apoyo político.

21. La aplicación efectiva del plan de acción quinquenal exigirá participación y colaboración intersectorial y multipartita. A fin de facilitar las aportaciones y el intercambio técnico, se integrarán en el proceso de aplicación procesos consultivos periódicos con los Estados Miembros y las principales partes interesadas. La OIT, la OCDE y la OMS explorarán la colaboración con destacadas partes interesadas de distintos sectores en el ámbito mundial, regional y nacional como parte de su labor y aprovecharán las capacidades institucionales con las que cuentan para obtener un valor añadido en la aplicación del plan de acción del modo más efectivo y eficiente. Se habilitará un sitio web como plataforma de conocimientos virtual para fortalecer la gestión intersectorial de los conocimientos, la coordinación, el análisis y la difusión de datos científicos y mejores prácticas para orientar planes intersectoriales, acciones e inversiones.

22. La Red Mundial de Personal de Salud,[1] coordinada por la OMS a petición de los Estados Miembros, servirá de mecanismo de conexión transversal de todos los ejes de trabajo para colaborar con otros organismos de las Naciones Unidas, organizaciones y partes interesadas multisectoriales en el proceso de aplicación del plan de acción quinquenal en el ámbito nacional, regional y mundial.

23. Con la excepción de un número limitado de productos entregables que pueden lograrse a través de programas ya existentes con recursos institucionables ya disponibles, la OIT, la OCDE y la OMS necesitarán más recursos para lograr los productos entregables articulados en el presente plan de acción.

Seguimiento, evaluación y presentación de informes

24. Como se señala en el informe de la Comisión, se considerará que los resultados se han alcanzado en función de los avances logrados en las metas e indicadores de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 3, 4, 5 y 8. Se establecerán parámetros, en particular mediciones cualitativas y cuantitativas, que se integrarán en los planes operacionales anuales para el seguimiento, la evaluación y la presentación de informes de forma periódica.

25. El primer informe sobre la puesta en práctica de las medidas inmediatas y el plan de acción quinquenal se someterá en septiembre de 2017 a la consideración de la Asamblea General de las Naciones Unidas en su septuagésimo segundo periodo de sesiones, tal como se solicita en su resolución 71/159. A la Asamblea de la Salud se presentarán informes anuales sobre los progresos, con información oficial sobre el desempeño en relación con el plan de acción quinquenal, que se armonizarán con los informes que se presenten sobre la aplicación de la Estrategia mundial de la OMS de recursos humanos para la salud.

---

[1] Véase el sitio web (en inglés) http://www.who.int/hrh/network/en/ (consultado el 11 de abril de 2017).

Cuadro 3. Productos entregables del plan de acción quinquenal[1]

Medidas transversales inmediatas (2017-marzo de 2018)	**Productos entregables**	**Organismo principal[a]**	**Asociado**
	1. Obtención de compromisos y expresiones de apoyo de los órganos deliberantes de la OIT, la OCDE, la OMS, organizaciones asociadas y foros decisorios internacionales.	OIT, OCDE, OMS	
	2. Adopción de las recomendaciones de la Comisión en foros nacionales y regionales.	OIT, OCDE, OMS	
	3. Apoyo de las conclusiones de la Reunión tripartita de la OIT sobre la mejora del empleo y las condiciones de trabajo en el ámbito de los servicios de salud (Ginebra, 24-28 de abril de 2017) y del 4.º Foro Mundial sobre Recursos Humanos para la Salud (Dublín, 13-17 de noviembre de 2017) a la aplicación de las recomendaciones de la Comisión en consonancia con la Estrategia mundial de la OMS de recursos humanos para la salud.	OIT, OMS	OCDE
	4. Habilitación de una plataforma de conocimientos virtual para fortalecer la gestión intersectorial de los conocimientos, la coordinación, el análisis y la difusión de datos científicos y mejores prácticas para orientar planes, acciones e inversiones en personal sociosanitario.	OIT, OCDE, OMS	

Recomendaciones	**Productos entregables**	**Organismo principal[a]**	**Asociado**
1. Estimular inversiones para crear empleos decentes en el sector de la salud, especialmente para las mujeres y la juventud, con las competencias pertinentes, en un número suficiente y en los destinos adecuados.	1.1 Fortalecimiento de la capacidad de gobiernos, asociaciones de empleadores y sindicatos y otras partes interesadas importantes en los sectores sanitario y social para establecer mecanismos de diálogo y colaborar en los procesos de diálogo social.	OIT	
	1.2 Apoyo al establecimiento de un diálogo tripartito internacional, regional y nacional entre los sectores de la salud, educación, finanzas y trabajo para avanzar hacia el fortalecimiento o la elaboración de estrategias nacionales del personal sanitario.	OIT	OCDE, OMS
	1.3 Apoyo al análisis del mercado laboral, las cuestiones de género y el espacio fiscal, y fortalecimiento de la capacidad institucional para la elaboración de opciones normativas que orienten las estrategias nacionales sobre el personal de salud, las reformas financieras y las inversiones.	OMS	OIT, OCDE

[1] Los documentos complementarios de las consultas y las preguntas más frecuentes se recogen en el sitio web de la OMS en http://who.int/hrh/com-heeg/action-plan-annexes/en/.

Recomendaciones	Productos entregables	Organismo principal[a]	Asociado
	1.4 Apoyo a la elaboración y aplicación de estrategias nacionales sobre el personal de salud, marcos fiscales a medio plazo e inversiones por medio de asistencia técnica y creación de capacidad institucional a fin de velar por la adopción de enfoques que impulsen el trabajo decente y medidas transformadoras con respecto al género, y la sostenibilidad presente y futura del personal sanitario.	OMS	OIT, OCDE
	1.5 Facilitación de la alineación de los recursos interiores y la asistencia oficial para el desarrollo con las estrategias e inversiones nacionales para el personal de salud.	OMS	
2. Potenciar al máximo la participación de la mujer en la economía y fomentar su empoderamiento institucionalizando su liderazgo, abordando los prejuicios e inequidades contra las mujeres en la educación y el mercado laboral del sector de la salud, y atendiendo las inquietudes con respecto a las cuestiones de género en los procesos de reforma sanitaria.	2.1 Elaboración de orientaciones normativas de ámbito mundial transformadoras[1] con respecto al género y agilización de medidas regionales y nacionales para analizar y superar los prejuicios y desigualdades de género en la educación y el mercado laboral del sector de la salud que afectan al personal sociosanitario (por ejemplo, aumentando las oportunidades de educación reglada, transformando los cuidados no remunerados y el trabajo informal en empleos decentes, igual remuneración por trabajo de igual valor, condiciones de trabajo decentes y seguridad y salud en el trabajo, fomentando empleos sin cabida para el acoso, la discriminación y la violencia, la representación paritaria en puestos directivos y de gestión, la protección social/atención infantil, y la atención a las personas mayores).	OIT, OCDE, OMS	
	2.2 Apoyo a la elaboración y a la capacidad de aplicación de políticas transformadoras con respecto al género a fin de vencer los prejuicios y la desigualdad de género en la educación y el mercado laboral del sector de la salud.	OIT, OMS	

[1] Con los enfoques transformadores con respecto al género se pretende redefinir los roles y las relaciones de las mujeres y los hombres para fomentar la igualdad de género y lograr resultados de desarrollo positivos transformando las relaciones de género desiguales a fin de promover que se compartan el poder, el control de los recursos y la toma de decisiones, y apoyar el empoderamiento de la mujer.

Recomendaciones	Productos entregables	Organismo principal[a]	Asociado
3. Potenciar una educación transformadora y de buena calidad y el aprendizaje permanente para que todos los trabajadores sanitarios cuenten con competencias que se adecúen a las necesidades de las poblaciones en materia de salud y puedan trabajar dando lo mejor de sí mismos.	3.1 Transformación y ampliación de la educación y el aprendizaje permanentes e integración de la coordinación intersectorial en la elaboración y puesta en marcha de estrategias para el personal sanitario.	OMS	OIT, OCDE
	3.2 Apoyo a la ampliación generalizada de la educación y formación profesional y técnica socialmente responsable y transformadora mediante la cooperación técnica, la creación de capacidad institucional y la financiación.	OMS	OIT
	3.3 Fortalecimiento de los sistemas educativos, de formación profesional y técnica y de aprendizaje permanente para las ocupaciones sociosanitarias (en particular los agentes de salud comunitarios) con objeto de lograr una atención integrada y centrada en la persona.	OMS	OIT, OCDE
	3.4 Elaboración de herramientas y enfoques para evaluar las competencias del personal sociosanitario, en particular la evaluación de la combinación, escasez y desajuste de competencias para favorecer una mayor alineación de las competencias con los empleos y la atención integrada y centrada en la persona.	OCDE	OIT, OMS
4. Reformar los modelos de servicio que giran en torno a la atención hospitalaria y centrarse en la prevención y en la prestación eficaz de atención primaria y ambulatoria de calidad, asequible, integrada, basada en la comunidad y centrada en la persona, prestando una atención especial a las zonas desatendidas.	4.1 Mejora y apoyo de los mecanismos de gobernanza, reglamentación, acreditación y mejora de la calidad con orientaciones y creación de capacidad institucional a fin de garantizar una práctica segura, ética, efectiva y centrada en la persona que proteja los intereses y derechos de la población.	OMS, OIT	
	4.2 Elaboración de orientaciones para ofrecer una educación interprofesional y organizar atención multidisciplinar, en particular recomendaciones sobre la combinación de competencias y aptitudes para lograr una atención integrada y centrada en la persona.	OMS	OCDE
	4.3 Establecimiento de datos científicos y orientaciones sobre prácticas que permiten garantizar que un porcentaje adecuado del personal de atención primaria de salud está debidamente distribuido para lograr un acceso equitativo en zonas desatendidas y para grupos marginados (por ejemplo, prácticas de contratación, métodos de educación, oportunidades de desarrollo profesional y estructuras de incentivos).	OIT, OMS	OCDE

Recomendaciones	Productos entregables	Organismo principal[a]	Asociado
5. Aprovechar el poder y la costoeficacia de las tecnologías de la información y la comunicación para mejorar la educación en el ámbito de la salud, los servicios centrados en la persona y los sistemas de información sanitaria.	5.1 Definición, examen y difusión, para su adopción en el ámbito nacional, de herramientas eficaces de información y comunicación con características que puedan mejorar la educación de los trabajadores sanitarios, los servicios de salud centrados en la persona y los sistemas de información de salud.	OMS	
6. Garantizar inversión en las capacidades básicas exigidas en el Reglamento Sanitario Internacional (2005), en particular el fomento de las competencias de los trabajadores sanitarios nacionales e internacionales en entornos humanitarios y emergencias de salud pública agudas o prolongadas. Garantizar la protección y seguridad de todo el personal de salud y las instalaciones sanitarias en todos los entornos.	6.1 Integración de las estrategias relativas al personal para la plena aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005), la gestión de riesgos y la capacidad de respuesta en emergencias y desastres en las estrategias nacionales relativas al personal de salud y las emergencias, y prestación de apoyo al respecto.	OMS	OIT
	6.2 Fortalecimiento de los datos científicos y orientaciones sobre parámetros, metodologías, prácticas, presentación de informes y sistemas de información que mejoran la seguridad y la protección de los trabajadores sanitarios en todos los entornos, en particular los de emergencia y de asistencia humanitaria.	OMS	
	6.3 Fortalecimiento de las capacidades de los países de alto riesgo para proteger la seguridad y salud en el trabajo de los trabajadores sanitarios y de asistencia humanitaria.	OMS	OIT

Recomendaciones	Productos entregables	Organismo principal[a]	Asociado
7. Recaudar fondos suficientes de fuentes nacionales e internacionales, públicas o privadas, según proceda, y considerar la posibilidad de una reforma de base amplia para la financiación de la salud de ser necesario, a fin de invertir en las competencias adecuadas, condiciones de trabajo dignas y un número suficiente de trabajadores de la salud.	7.1 Formulación de estrategias nacionales relativas al personal de salud y de reformas mundiales, regionales y nacionales de financiación institucional que definan y comprometan recursos presupuestarios adecuados para inversiones en una educación transformadora, competencias y creación de empleo, y prestación de apoyo al respecto.	OMS	OIT
	7.2 Ampliación de la financiación sostenible para fomentar y transformar el personal sociosanitario, especialmente en los países con menos probabilidades de lograr la cobertura sanitaria universal y cumplir las recomendaciones de la Comisión.	OMS	OIT
	7.3 Fortalecimiento de los mecanismos de seguimiento de la alineación de la asistencia oficial para el desarrollo en materia de educación, empleo, cuestiones de género, salud y fomento de competencias con las estrategias nacionales relativas al personal sanitario.	OMS	OCDE
	7.4 Examen y fomento de las herramientas y metodologías para analizar la productividad, desempeño y sueldos del personal sociosanitario.	OMS	OIT, OCDE
8. Promover la colaboración intersectorial en el ámbito nacional, regional e internacional; lograr la participación de la sociedad civil, los sindicatos y otras organizaciones de trabajadores de la salud y el sector privado; y alinear la cooperación internacional para apoyar las inversiones en el personal sanitario, como parte de estrategias y planes nacionales de salud y educación.	8.1 Colaboración de la Red Mundial de Personal Sanitario en el apoyo a la coordinación, alineación y rendición de cuentas para la Estrategia mundial de la OMS de recursos humanos para la salud y la aplicación de las recomendaciones de la Comisión con partes interesadas internacionales, regionales y nacionales.	OMS	OIT, OCDE
	8.2 Fortalecimiento de la colaboración y coordinación intersectoriales para la aplicación de las estrategias nacionales relativas al personal sanitario y creación de capacidad entre los ministerios pertinentes (por ejemplo, salud, asuntos sociales, trabajo, educación, finanzas e igualdad de género), las asociaciones profesionales, los sindicatos, las organizaciones de la sociedad civil –en particular las promovidas por mujeres– los empleadores, el sector privado, las autoridades de los gobiernos locales, los proveedores de educación y formación y otras instancias.	OIT, OMS	
	8.3 Las iniciativas sanitarias de ámbito mundial se aseguran de que todas las subvenciones y préstamos incluyen una evaluación de las repercusiones para el personal de salud y alinean sus contribuciones con la aplicación de estrategias nacionales relativas al personal de salud más allá de la capacitación y los incentivos en el servicio relacionados con enfermedades específicas.	OMS	

Recomendaciones	Productos entregables	Organismo principal[a]	Asociado
9. Promover el reconocimiento internacional de las cualificaciones del personal sanitario para aprovechar el uso de sus competencias, potenciar las ventajas y reducir los efectos negativos de la migración de los trabajadores sanitarios, y proteger los derechos de los migrantes.	9.1 Habilitación de una plataforma para aprovechar al máximo los beneficios de la movilidad internacional de los trabajadores sanitarios a través de: *a*) un mejor seguimiento de la movilidad de los trabajadores, a partir de los resultados satisfactorios de la colaboración OCDE/OMS/ EURO/Eurostat y con una ampliación internacional gradual y aplicación de las cuentas nacionales del personal de salud; *b*) el fortalecimiento del análisis de los datos científicos, el intercambio de conocimientos y de los bienes públicos mundiales sobre la movilidad, el reconocimiento de cualificaciones, los envíos, las transferencias de recursos, las buenas prácticas y las políticas.	OIT, OCDE, OMS	
	9.2 Fortalecimiento de instrumentos existentes, como el Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud y los convenios de la OIT sobre los trabajadores migrantes, y apoyo a su aplicación; y facilitación del diálogo sobre políticas en materia de innovaciones y compromisos voluntarios que fomentan al máximo los beneficios mutuos a partir de enseñanzas derivadas de otros instrumentos internacionales.	OIT, OCDE, OMS	
	9.3 Mejora de la gestión de la migración de los trabajadores sanitarios a fin de garantizar la reciprocidad de los beneficios a través de la creación de capacidad institucional en gobiernos, empleadores, trabajadores y otras partes interesadas pertinentes en los países de origen y destino.	OIT, OMS	OCDE
10. Llevar a cabo investigaciones y análisis sólidos de los mercados laborales del sector de la salud mediante parámetros y métodos armonizados, a fin de fortalecer los datos científicos, la rendición de cuentas y las actuaciones.	10.1 Elaboración de informes sobre seguimiento, financiación y rendición de cuentas del personal de salud.	OMS	OIT, OCDE
	10.2 Apoyo a la aplicación de las cuentas nacionales del personal de salud y a la presentación de informes con datos desglosados, y fortalecimiento de la capacidad institucional a tal efecto.	OMS	OIT, OCDE
	10.3 Establecimiento y mantenimiento de un intercambio mundial interorganismos de datos sobre el mercado laboral del sector de la salud con parámetros y definiciones armonizados.	OMS	OIT, OCDE
	10.4 Establecimiento de un programa de investigación sobre el personal de salud, fomento de las metodologías de investigación, y ampliación de la base científica con respecto al trabajo decente y las intervenciones eficaces en el mercado laboral del sector de la salud que ofrecen retornos socioeconómicos óptimos en las inversiones en el personal de salud.	OMS	OIT, OCDE

[a] El organismo u organismos designados como principales en el plan de acción ostentarán o compartirán la responsabilidad de dirigir la coordinación y aplicación del producto entregable. El organismo u organismos designados como asociados asumirán una función de apoyo y aportarán contribuciones específicas al logro del producto entregable.

ANEXO 3

Preparación para la tercera Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles, que se celebrará en 2018[1]

[A70/27, anexos 1 y 3 – 18 de mayo de 2017]

VERSIÓN ACTUALIZADA DEL APÉNDICE 3 DEL PLAN DE ACCIÓN MUNDIAL PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES 2013-2020

¿Qué es el apéndice 3?

1. El apéndice 3 forma parte del Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020.[2] Contiene un conjunto de opciones de política e intervenciones costoeficaces ideadas para ayudar a los Estados Miembros a que, según proceda en función del contexto nacional (y sin perjuicio del derecho soberano de las naciones a determinar sus políticas fiscales, entre otras), apliquen medidas para lograr las nueve metas mundiales de aplicación voluntaria para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles. Se presentan enmarcadas en los seis objetivos del Plan de acción mundial. La lista de intervenciones no es exhaustiva, pero con ella se pretende proporcionar información y orientación sobre la eficacia y la costoeficacia de las intervenciones poblacionales e individuales en función de las pruebas existentes, y facilitar una base para la elaboración y ampliación futuras de la base documental. Los países están aplicando el Plan de acción mundial, de conformidad con el contexto nacional, y el apéndice 3 se ha utilizado en la elaboración de planes nacionales de acción y la determinación de prioridades.

¿Por qué actualizar el apéndice 3?

2. El apéndice 3 se ha actualizado a petición de los Estados Miembros para tener en cuenta los nuevos datos disponibles sobre costoeficacia y las nuevas recomendaciones de la OMS publicadas desde que se adoptó el Plan de acción mundial, en 2013, así como para perfeccionar la formulación actual de algunas intervenciones sobre la base de las enseñanzas extraídas del uso de la primera versión. El Plan de acción mundial finaliza en 2020, y las posibles actualizaciones futuras formarán parte de las subsiguientes estrategias mundiales para las enfermedades no transmisibles que se formulen.

[1] Véase la resolución WHA70.11 (2017).

[2] Véase el documento WHA66/2013/REC/1, anexo 4.

¿Qué ha cambiado?

3. El conjunto de las posibles opciones enumeradas para los objetivos 1 (otorgar más prioridad a las enfermedades no transmisibles), 2 (reforzar el liderazgo y la gobernanza), 5 (investigación) y 6 (vigilancia y evaluación) son recomendaciones relacionadas con procesos y no han cambiado. En cambio, en los objetivos 3 (factores de riesgo) y 4 (sistemas de salud) de la versión actualizada del apéndice 3, figuran actualmente en total 86 intervenciones y medidas generales o instrumentales, lo que constituye una ampliación con respecto a la lista original de 62. El aumento responde a la mayor disponibilidad de datos científicos y la necesidad de desagregar algunas de las intervenciones precedentes (tales como «reducir la ingesta de sal») en medidas definidas y aplicables más claramente.

4. Al igual que en el apéndice 3 original, se señalan en negritas algunas de las intervenciones cuya aplicación se considera más costoeficaz y factible. En el apéndice 3 actualizado se enumeran en negrita 16 intervenciones[1] (14 en la versión original), habiéndose modificado el método de determinarlas.[2] Se enumeran por orden decreciente de costoeficacia otras intervenciones cuya costoeficacia ha podido ser analizada en el proyecto OPCIÓN OMS (para la elección de intervenciones costoeficaces).[3] Asimismo se enumeran las intervenciones mencionadas en directrices y documentos técnicos de la OMS que no han podido ser analizadas en el proyecto OPCIÓN OMS. Hay que interpretar estas listas con prudencia; por ejemplo, la ausencia de análisis OPCIÓN OMS no necesariamente significa que la intervención no sea costoeficaz, asequible o factible sino más bien que por razones metodológicas o de capacidad no ha podido llevarse a cabo el análisis OPCIÓN OMS. Los análisis económicos del anexo técnico,[4] en los que se basa la lista, ofrecen una evaluación de la razón de costoeficacia, los efectos para salud y el costo económico de la aplicación. Los resultados económicos presentan un conjunto de parámetros para su examen por los Estados Miembros, pero conviene señalar que esos análisis de ámbito mundial deben ir acompañados de análisis en el contexto local. Se dispone de otros medios de la OMS, como la herramienta «Una Salud»,[5] para ayudar a los países a valorar los costos de intervenciones específicas en el contexto nacional.

Importancia de las consideraciones no financieras

5. El análisis de la costoeficacia es un instrumento útil, pero tiene limitaciones y no debería utilizarse como base única para adoptar decisiones. Al seleccionar las intervenciones para prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles hay que tomar en consideración su eficacia, costoeficacia, asequibilidad, capacidad para aplicarlas, viabilidad en función de las circunstancias nacionales, y repercusiones en la equidad sanitaria, así como la necesidad de aplicar combinaciones de intervenciones normativas dirigidas a toda la población, e intervenciones específicas.

---

[1] Con una razón media de costoeficacia ≤ I$ 100/años de vida ajustados en función de la discapacidad evitados en los países de ingresos bajos y medianos-bajos. El dólar internacional (I$) es una unidad monetaria hipotética que tiene la misma paridad del poder adquisitivo que el dólar de los EE.UU. tenía en los Estados Unidos en un momento dado.

[2] La lista de intervenciones que figuran en negritas en este apéndice 3 actualizado se basa únicamente en análisis económicos. En una nueva columna del apéndice 3 actualizado se presentan consideraciones no financieras decisivas susceptibles de afectar a la factibilidad de determinadas intervenciones en algunos entornos.

[3] Sobre la base de la razón de costoeficacia en entornos de ingresos bajos y medianos.

[4] El proyecto de anexo técnico figura en el documento de debate de la OMS de fecha 25 de julio de 2016 relativo al proyecto de apéndice 3 actualizado, y la información sobre el proceso de actualización del apéndice está disponible en http://who.int/ncds/governance/appendix3-update-discussion-paper/en/ (consultado el 3 de mayo de 2017).

[5] http://www.who.int/choice/onehealthtool/en/ (consultado el 3 de mayo de 2017).

6. En una nueva columna del apéndice 3 actualizado se presentan consideraciones no financieras decisivas susceptibles de afectar a la factibilidad de determinadas intervenciones en algunos entornos. Muchas de las intervenciones de prevención y lucha contra las enfermedades no transmisibles conllevan prestaciones y costos multisectoriales que hay que tener en cuenta; en el apéndice 5 del Plan de acción mundial se dan ejemplos de aspectos multisectoriales de esas intervenciones. No ha sido posible proporcionar una valoración de la equidad de cada una de las intervenciones, habida cuenta de la importancia del contexto, pero en general las intervenciones que más muestras han dado de potencial para reducir las desigualdades en la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles han sido las de base poblacional, incluidas las políticas fiscales y los cambios ambientales.[1] Las intervenciones específicas, especialmente las que entrañan campañas de educación y sensibilización, son las que con mayor probabilidad ampliarán las desigualdades, por lo que deben acompañarse de medidas de evaluación y corrección de otros obstáculos al cambio de comportamiento. Para garantizar que las políticas sean eficaces en todos los grupos de población, es necesario considerar y evaluar el impacto de cualquier intervención en las desigualdades sanitarias.[2]

Anexo técnico

7. Con arreglo a las observaciones formuladas por los expertos y los Estados Miembros, la presente versión actualizada del apéndice 3 va acompañada de un anexo técnico.[3] En el anexo se proporciona información más pormenorizada sobre el método utilizado para especificar y analizar las intervenciones, y se presentan los resultados del análisis económico separadamente para los países de ingresos bajos y medianos-bajos y los países de ingresos medianos-altos y altos. La Secretaría estudiará opciones para proporcionar una herramienta web interactiva con la que los usuarios puedan comparar la información y clasificarla con arreglo a sus necesidades. Las descripciones detalladas del método OPCIÓN OMS aplicado en esos análisis, incluidas las premisas, la robustez de los datos y los distintos estudios utilizados de base para la elaboración de modelos para cada intervención, se publicarán aparte en forma de documentos científicos sometidos a examen colegiado, que se pondrán a disposición del público con acceso abierto.

---

[1] Véanse, por ejemplo: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/247638/obesity-090514.pdf; http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/247640/tobacco-090514.pdf?ua=1; y http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/247629/Alcohol-and-Inequities.pdf (consultados el 3 de mayo de 2017).

[2] Por ejemplo, acompañando los aumentos de precio del tabaco con apoyo a los pobres para que dejen el hábito de fumar, y velando por que la reformulación de productos alimenticios abarque al abanico entero de productos y no solo a las opciones más caras.

[3] El proyecto de anexo técnico figura en el documento de debate de la OMS de fecha 25 de julio de 2016 relativo al proyecto de apéndice 3 actualizado, que se puede consultar en el sitio http://who.int/ncds/governance/appendix3-update/en/ (consultado el 10 de octubre de 2016). Fue actualizado después de la 140.ª reunión del Consejo Ejecutivo, antes de la 70.ª Asamblea Mundial de la Salud.

Opciones de política		Consideraciones no financieras decisivas[a]	Instrumentos de la OMS[b]
OBJETIVO 1			
Medidas generales o instrumentales	• Sensibilizar al público y a los responsables políticos acerca de la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles y aumentar sus conocimientos teóricos y prácticos al respecto • Integrar las enfermedades no transmisibles en la agenda social y de desarrollo y en las estrategias de reducción de la pobreza • Fortalecer la cooperación internacional en materia de movilización de recursos, creación de capacidad, capacitación del personal sanitario e intercambio de información sobre las enseñanzas extraídas y las prácticas óptimas • Lograr la participación y movilización de la sociedad civil y del sector privado, según proceda, y reforzar la cooperación internacional para respaldar la aplicación del plan de acción en los ámbitos mundial, regional y nacional • Aplicar otras opciones de política en el objetivo 1		– Informe de la OMS sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles en 2014 – Notas descriptivas de la OMS – Perfiles nacionales relativos a las enfermedades no transmisibles (2014) – GLOBOCAN 2008, CIIC
OBJETIVO 2			
Medidas generales o instrumentales	• Priorizar y aumentar, según sea necesario, las asignaciones presupuestarias destinadas a la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, sin perjuicio del derecho soberano de las naciones a establecer sus políticas fiscales y de otra índole • Evaluar la capacidad nacional de prevención y control de las enfermedades no transmisibles • Elaborar y aplicar una política y un plan nacional multisectorial de prevención y control de las enfermedades no transmisibles con participación multipartita • Poner en práctica otras opciones de política con respecto al objetivo 2 a fin de fortalecer la capacidad nacional, y en particular la capacidad humana e institucional, el liderazgo, la gobernanza, la acción multisectorial y las alianzas, para prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles		– Nota del Secretario General de las Naciones Unidas A/67/373 – NCD country capacity survey tool – Online NCD MAP Tool for developing, implementing and monitoring national multisectoral action plans

	Opciones de política	Consideraciones no financieras decisivas[a]	Instrumentos de la OMS[b]
OBJETIVO 3			
CONSUMO DE TABACO			
Medidas generales o instrumentales	*Para las Partes en el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT de la OMS):* • Reforzar la aplicación eficaz del CMCT de la OMS y sus protocolos • Establecer y poner en marcha mecanismos nacionales para coordinar la aplicación del CMCT de la OMS como parte de la estrategia nacional con mandato, responsabilidades y recursos específicos *Para los Estados Miembros que no son Partes en el CMCT de la OMS:* • Considerar la posibilidad de aplicar las medidas previstas en el CMCT de la OMS y sus protocolos, todos ellos instrumentos fundacionales del control del mundial del tabaco		– El CMCT de la OMS, sus directrices y su protocolo para la eliminación del comercio ilícito de productos de tabaco – Módulos de creación de capacidad MPOWER para reducir la demanda de tabaco, en consonancia con el CMCT de la OMS (2011-2014) – Medidas normativas previstas en MPOWER (2009) – Informes de la OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo (2008, 2009, 2011, 2012, 2015)
Se dispone de análisis en el marco del proyecto OPCIÓN OMS[c]	• **Aumentar los impuestos especiales y los precios aplicados a los productos de tabaco** • **Utilizar un empaquetado neutro/normalizado y/o advertencias sanitarias gráficas grandes en todos los paquetes de tabaco** • **Promulgar y aplicar una prohibición total de la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco**		– Assessing the national capacity to implement effective tobacco control policies (2011) – Technical resource for country implementation of the WHO Framework Convention on Tobacco Control Article 5.3 (2012) – WHO tobacco tax simulation model (TaXSiM) (2014) – WHO technical manual on tobacco tax administration (2010) – IARC Handbook of Cancer Prevention/ Volume 12 (2008), Volume 13 (2009), Volume 14 (2011) – Plain packaging of tobacco products: evidence, design and implementation (2016) – Prohibición de la publicidad, promoción y patrocinio del tabaco: lo que usted debe saber (2013)

Opciones de política		Consideraciones no financieras decisivas[a]	Instrumentos de la OMS[b]
Se dispone de análisis en el marco del proyecto OPCIÓN OMS[c]	• **Eliminar la exposición al humo de tabaco ajeno en todos los lugares de trabajo interiores, lugares públicos y transportes públicos**		– Cómo lograr que la suya también sea una ciudad sin humo de tabaco: cuaderno del paciente (2014) y guía del taller (2014) – Smoke-free movies: from evidence to action - third edition (2016) – Protect people from tobacco smoke: smoke-free environments (2011) – A guide to tobacco-free mega events (2009) – Policy recommendations on protection from exposure to second-hand tobacco smoke (2007) – Strengthening health systems for treating tobacco dependence in primary care (2013) – Training for tobacco quit line counsellors: telephone counselling (2014) – Desarrollo y perfeccionamiento de servicios telefónicos nacionales gratuitos de ayuda para abandono del tabaco (2012) – Hacer frente a la epidemia de tabaquismo en una nueva era de liberalización del comercio y la inversión (2014)
	• **Realizar campañas a gran escala a través de los medios de comunicación para educar al público acerca de los daños causados por el hábito de fumar, el consumo de tabaco y el humo de tabaco ajeno** • Proporcionar apoyo gratuito, eficaz y generalizado (que incluya un breve asesoramiento, el servicio de una línea telefónica gratuita) para ayudar a abandonar el hábito de fumar a quienes lo deseen		
No se dispone de análisis en el marco del proyecto OPCIÓN OMS	• Aplicar medidas para reducir al mínimo el comercio ilícito de productos de tabaco • Prohibir la publicidad transfronteriza, en particular mediante el uso de los medios de comunicación modernos • Proporcionar el servicio de telefonía móvil mCessation para ayudar a abandonar el hábito de fumar a quienes lo deseen		

	Opciones de política	Consideraciones no financieras decisivas[a]	Instrumentos de la OMS[b]
USO NOCIVO DEL ALCOHOL			
Medidas generales o instrumentales	• Aplicar la estrategia mundial de la OMS para reducir el uso nocivo del alcohol mediante acciones multisectoriales en las áreas recomendadas • Reforzar el liderazgo y aumentar la voluntad y la capacidad de afrontar el uso nocivo del alcohol • Aumentar la concientización y reforzar la base de conocimiento sobre la magnitud y la naturaleza de los problemas causados por el uso nocivo del alcohol recurriendo a programas de sensibilización, investigaciones operacionales, mejora del monitoreo y sistemas de vigilancia		– Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol (2010) (WHA63.13) – WHO global status report on alcohol and health (2014) – Notas descriptivas y documentos de políticas de la OMS sobre el uso nocivo del alcohol
Se dispone de análisis en el marco del proyecto OPCIÓN OMS[c]	• **Aumentar los impuestos especiales aplicados a las bebidas alcohólicas** • **Promulgar y aplicar prohibiciones o restricciones integrales a la exposición a la publicidad del alcohol (en diferentes tipos de medios de comunicación)** • **Promulgar y aplicar restricciones a la disponibilidad física de alcohol al por menor (reduciendo los horarios de venta)** • Promulgar y aplicar legislación sobre conducción bajo los efectos del alcohol y de límites de concentración de alcohol en la sangre mediante puestos de control de la alcoholemia • Proporcionar breves intervenciones psicosociales a las personas que consumen alcohol de forma peligrosa y nociva	– Requiere una administración tributaria eficaz y debería combinarse con medidas para prevenir la elusión y la evasión fiscal – Requiere capacidad para poner en marcha y hacer cumplir la reglamentación y la legislación – Los controles formales de las ventas se tienen que complementar con medidas contra el alcohol de producción ilícita o informal – Requiere la asignación de recursos humanos y equipo suficientes – Requiere profesionales capacitados a todos los niveles de la atención de salud	– WHO implementation toolkit for the global strategy to reduce the harmful use of alcohol (2017) – Resource book on alcohol taxation (2017) – Manuals for the alcohol, smoking and substance involvement screening test (ASSIST) and the ASSIST-linked brief interventions (2011) – Brief intervention for hazardous and harmful drinking: a manual for use in primary care (2001)

Opciones de política		Consideraciones no financieras decisivas[a]	Instrumentos de la OMS[b]
No se dispone de análisis en el marco del proyecto OPCIÓN OMS	• Realizar exámenes periódicos de los precios respecto de la inflación y los ingresos • Establecer precios mínimos del alcohol, cuando proceda • Promulgar y aplicar una edad mínima apropiada para la adquisición o el consumo de bebidas alcohólicas y reducir la densidad de los puntos de venta al por menor • Limitar o prohibir la promoción de bebidas alcohólicas en relación con el patrocinio y las actividades dirigidas a los jóvenes • Llevar a cabo actividades de prevención, tratamiento y atención de los trastornos por consumo de alcohol y las afecciones comórbidas en los servicios de salud y sociales • Proporcionar información a los consumidores acerca de las bebidas alcohólicas y etiquetar las bebidas, señalando los daños relacionados con el alcohol		– WHO implementation toolkit for the global strategy to reduce the harmful use of alcohol (2017) – Guía de intervención mhGAP (2011)
DIETA MALSANA			
Medidas generales o instrumentales	• Aplicar la Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud • Aplicación de las recomendaciones de la OMS sobre la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños		– Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud (2004) – Conjunto de recomendaciones sobre la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños (2010) – Framework for implementing the set of recommendations on the marketing of foods and non-alcoholic beverages to children (2012)

	Opciones de política	Consideraciones no financieras decisivas[a]	Instrumentos de la OMS[b]
Se dispone de análisis en el marco del proyecto OPCIÓN OMS[c]	• **Reducir la ingesta de sal reformulando los productos alimenticios para que contengan menos sal y fijando niveles objetivo de contenido de sal en los alimentos y las comidas** • **Reducir la ingesta de sal mediante la creación de un entorno propicio en instituciones públicas, tales como hospitales, escuelas, lugares de trabajo y residencias para que puedan proponerse opciones con menos contenido de sodio** • **Reducir la ingesta de sal mediante una campaña en los medios de comunicación que inste a un cambio de comportamiento** • **Reducir la ingesta de sal mediante la instauración de un etiquetado en la parte frontal de los envases** • Eliminar las grasas *trans* industriales mediante la elaboración de legislación que prohíba su uso en la cadena alimentaria • Reducir el consumo de azúcar con la aplicación de gravámenes sobre las bebidas azucaradas	– Requiere medidas multisectoriales con los ministerios pertinentes y apoyo de la sociedad civil – Requiere capacidad de reglamentación, además de medidas multisectoriales	– WHO nutrient profile model(s) for regulating marketing food and non-alcoholic beverages to children – Informe de la Comisión para acabar con la obesidad infantil (2016) – WHO e-Library of Evidence for Nutrition Actions (eLENA) – Nota descriptiva sobre alimentación sana – Interventions on diet and physical activity: what works: summary report (2009) – Guideline: sodium intake for adults and children (2012) – Guideline: potassium intake for adults and children (2012) – SHAKE the salt habit: technical package for salt reduction (2016) – Guideline: sugars intake for adults and children (2015) – Fiscal policies for diet and the prevention of noncommunicable diseases (2016)
No se dispone de análisis en el marco del proyecto OPCIÓN OMS	• Promover y apoyar la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida, y promover la continuación posterior de la lactancia materna		– Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño (2003) – Código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna (1981) – Pruebas Científicas de los 10 pasos hacia una feliz lactancia natural (1998) – Marketing of breast-milk substitutes: national implementation of the international code: status report (2016)

Opciones de política		Consideraciones no financieras decisivas[a]	Instrumentos de la OMS[b]
No se dispone de análisis en el marco del proyecto OPCIÓN OMS	• Ofrecer subvenciones para fomentar el aumento de la ingesta de frutas y hortalizas • Sustituir las grasas *trans* y las grasas saturadas por grasas insaturadas mediante la reformulación, el etiquetado y políticas fiscales y agrícolas • Limitar el tamaño de las porciones y los envases para reducir la ingesta calórica y el riesgo de sobrepeso u obesidad infantil • Impartir conocimientos sobre nutrición y asesorar al respecto en diferentes entornos (por ejemplo, guarderías, escuelas, lugares de trabajo y hospitales) para aumentar la ingesta de frutas y hortalizas • Introducir el etiquetado nutricional para reducir la ingesta total de calorías (kcal), azúcares, sodio y grasas • Poner en marcha campañas en los medios de comunicación sobre la conveniencia de una alimentación saludable, y en particular de mercadotecnia social para reducir la ingesta de grasa total, grasas saturadas, azúcares y sal, y promover la ingesta de frutas y hortalizas		– Iniciativa Hospital Amigo del Niño, revisada, actualizada y ampliada para atención integral (2009) – Five keys to a healthy diet (2016) – Un marco para la promoción de frutas y verduras a nivel nacional (2005) – Population-based approaches to childhood obesity prevention (2012) – Essential nutrition actions: improving maternal, newborn, infant and young child health and nutrition (2013) – Planning guide for national implementation of the Global Strategy for Infant and Young Child Feeding (2007) – School policy framework: implementation of the WHO global strategy on diet, physical activity and health (2008) – Development of a framework on the nutrition-friendly schools initiative (2006) – Prioritizing areas for action in the field of population-based prevention of childhood obesity (2012)
INACTIVIDAD FÍSICA			
Medidas generales o instrumentales	• Aplicar la Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud		– Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud (2010) – Informe de la Comisión para acabar con la obesidad infantil (2016) – Interventions on diet and physical activity: what works: summary report (2009)

Opciones de política		Consideraciones no financieras decisivas[a]	Instrumentos de la OMS[b]
			– WHO global strategy on diet, physical activity and health: a framework to monitor and evaluate implementation (2008) – Physical activity technical package (Proyecto)
Se dispone de análisis en el marco del proyecto OPCIÓN OMS[c]	• Proporcionar asesoramiento en materia de actividad física y derivación de los pacientes en el marco de los servicios básicos de atención primaria de la salud mediante una intervención breve • **Difundir comunicaciones de sensibilización y motivación pública sobre actividad física, en particular campañas en los medios de comunicación para promover un cambio de comportamiento en relación con la actividad física**	– Requiere personal suficiente y capacitado en atención primaria	
No se dispone de análisis en el marco del proyecto OPCIÓN OMS	• Garantizar que el macrourbanismo incorpore elementos fundamentales tales como la densidad residencial, la conexión de redes viarias que cuenten con acera, la facilidad de acceso a diferentes destinos y el acceso al transporte público • Introducir programas que abarquen a la escuela en su conjunto y prevean actividades de educación física, la disponibilidad de instalaciones adecuadas y el apoyo a la actividad física para todos los niños • Proporcionar acceso conveniente y seguro a espacios públicos abiertos de calidad e infraestructuras adecuadas para fomentar los desplazamientos a pie y en bicicleta • Poner en marcha en el lugar de trabajo programas de actividad física integrados por múltiples componentes • Promover la actividad física por medio de grupos y clubes deportivos organizados, programas y eventos	– Requiere la participación y la capacidad de sectores ajenos al de la salud	– Una guía de enfoques basados en población para incrementar los niveles de actividad física (2008) – Prioritizing areas for action in the field of population-based prevention of childhood obesity (2012) – Population-based approaches to childhood obesity prevention (2012) – School policy framework (2008) – Promoting physical activity in schools: an important element of a health-promoting school (2007) – Quality physical education policy package (2014) – Prevención de las enfermedades no transmisibles en el lugar de trabajo a través del régimen alimentario y la actividad física (2008)

Opciones de política		Consideraciones no financieras decisivas[a]	Instrumentos de la OMS[b]
OBJETIVO 4			
Medidas generales o instrumentales	• Integrar en el paquete básico de atención primaria intervenciones muy costoeficaces contra las enfermedades no transmisibles con sistemas de derivación de pacientes en todos los niveles de atención para hacer avanzar el programa de cobertura sanitaria universal • Explorar mecanismos viables de financiación sanitaria e instrumentos económicos innovadores basados en datos probatorios • Ampliar la detección precoz y la cobertura, dando prioridad a las intervenciones muy costoeficaces de gran efecto, en particular intervenciones costoeficaces para abordar factores de riesgo comportamentales • Capacitar al personal sanitario y fortalecer la capacidad del sistema de salud, sobre todo en la atención primaria, con objeto de abordar la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles • Mejorar la disponibilidad de tecnologías básicas y medicamentos esenciales asequibles, incluidos los genéricos, necesarios para tratar las principales enfermedades no transmisibles, en centros tanto públicos como privados • Poner en práctica otras intervenciones y opciones de política costoeficaces en relación con el objetivo 4 para reforzar y orientar los sistemas de salud de modo que puedan abordar las enfermedades no transmisibles y los factores de riesgo a través de la atención centrada en las personas y la cobertura sanitaria universal • Formular y poner en práctica una política de cuidados paliativos que incluya el acceso a analgésicos opioides para aliviar el dolor, así como la formación de los profesionales de la salud • Ampliar el uso de las tecnologías digitales para incrementar el acceso a los servicios de salud y su eficacia para la prevención de las enfermedades no transmisibles, y reducir los costos de la prestación de la atención de salud		– Implementation tools: WHO package of essential noncommunicable (PEN) disease interventions for primary health care in low-resource settings (2013) – Lista Modelo OMS de Medicamentos Esenciales – Scaling-up the capacity of nursing and midwifery services to contribute to the Millennium Development Goals – Scaling up action against noncommunicable diseases: How much will it cost? (2011) – Financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal (2010)

	Opciones de política	Consideraciones no financieras decisivas[a]	Instrumentos de la OMS[b]
ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES Y DIABETES			
Se dispone de análisis en el marco del proyecto OPCIÓN OMS[c]	• **Tratamiento farmacológico (incluido el control de la glucemia en el caso de la diabetes mellitus y el control de la hipertensión teniendo en cuenta todos los riesgos)[1] y asesoramiento para todas las personas que hayan sufrido un ataque cardíaco o cerebral y aquellas con alto riesgo (≥ 30%) de sufrir un episodio cardiovascular mortal o no mortal en los próximos 10 años**	– Factible en todos los entornos, independientemente de los recursos que tengan, en particular para su aplicación por trabajadores sanitarios que no son médicos	– Atlas mundial sobre la prevención y el control de las enfermedades cardiovasculares (2011)
	• **Tratamiento farmacológico (incluido el control de la glucemia en el caso de la diabetes mellitus y el control de la hipertensión teniendo en cuenta todos los riesgos) y asesoramiento para todas las personas que hayan sufrido un ataque cardíaco o cerebral y aquellas con alto riesgo (≥ 20%) de sufrir un episodio cardiovascular mortal o no mortal en los próximos 10 años**	– Si se aplica un umbral de riesgo inferior aumenta el beneficio sanitario, pero también aumentan los costos de ejecución	– Tablas OMS-ISH de predicción del riesgo cardiovascular – Directrices para la atención primaria en entornos con escasos recursos (2012)
	• Tratamiento de los nuevos casos de infarto agudo de miocardio[2] con ácido acetilsalicílico, o ácido acetilsalicílico y clopidogrel, o trombólisis, o intervenciones coronarias percutáneas primarias (ICP)	– La selección de una opción u otra depende de la capacidad del sistema de salud	
	• Tratamiento trombolítico intravenoso del accidente cerebrovascular isquémico agudo	– Requiere capacidad para diagnosticar el accidente cerebrovascular isquémico	– Información general sobre la hipertensión en el mundo (2013)
	• Prevención primaria de la fiebre reumática y las cardiopatías reumáticas aumentando la cobertura del tratamiento apropiado de la faringitis estreptocócica en el nivel de la atención primaria • Prevención secundaria de la fiebre reumática y la cardiopatía reumática mediante la creación de un registro de pacientes que reciben periódicamente profilaxis con penicilina	– En función de la prevalencia en determinados países o grupos de población	– Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: what's new (2015) – HEARTS technical package for cardiovascular disease management in primary health care (2016)

[1] El riesgo total se define como la probabilidad de que una persona sufra un episodio de enfermedad cardiovascular (p. ej., un infarto de miocardio o un accidente cerebrovascular) en el transcurso de un determinado periodo de tiempo (p. ej., 10 años).

[2] En la estimación de costos se considera en todas las hipótesis que la atención es hospitalaria.

	Opciones de política	Consideraciones no financieras decisivas[a]	Instrumentos de la OMS[b]
No se dispone de análisis en el marco del proyecto OPCIÓN OMS	• Tratamiento de la insuficiencia cardíaca congestiva con inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina, β-bloqueantes y diuréticos • Rehabilitación cardíaca tras un infarto de miocardio • Anticoagulación para la fibrilación auricular de riesgo intermedio y elevado de origen no valvular y para la estenosis mitral con fibrilación auricular • Ácido acetilsalicílico en dosis bajas para los accidentes cerebrovasculares isquémicos • Atención y rehabilitación de los accidentes cerebrovasculares agudos en unidades especializadas		
DIABETES			
Se dispone de análisis en el marco del proyecto OPCIÓN OMS[c]	• Atención podológica preventiva para las personas con diabetes (que incluya programas educativos, acceso a calzado apropiado y dispensarios multidisciplinarios) • Pruebas de detección de la retinopatía diabética para todos los pacientes con diabetes y fotocoagulación con láser para evitar la ceguera • Control eficaz de la glucemia para las personas con diabetes, junto con el monitoreo domiciliario estándar de la glucosa en las personas que reciben tratamiento con insulina para reducir las complicaciones de la diabetes	– Requiere sistemas para citar de nuevo a los pacientes	– Directrices para la atención primaria en entornos con escasos recursos (2012) – Informe mundial sobre la diabetes (2016)
No se dispone de análisis en el marco del proyecto OPCIÓN OMS	• Intervenciones sobre el modo de vida para prevenir la diabetes de tipo 2 • Vacunación antigripal en pacientes diabéticos • Atención preconceptiva para las mujeres en edad fecunda que tienen diabetes, incluida la educación del paciente y la gestión intensiva de la glucemia • Pruebas de detección de la proteinuria en las personas con diabetes y tratamiento con inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina para la prevención y el retraso de la nefropatía		

	Opciones de política	Consideraciones no financieras decisivas[a]	Instrumentos de la OMS[b]
CÁNCER			

Se dispone de análisis en el marco del proyecto OPCIÓN OMS[c]	• **Vacunación contra el papilomavirus humano (2 dosis) de las niñas de 9 a 13 años**
	• **Prevención del cáncer cervicouterino mediante la realización de pruebas de cribado a las mujeres de entre 30 y 49 años de edad, por medio de lo siguiente:**
	  • **inspección visual tras la aplicación del ácido acético y tratamiento oportuno de las lesiones precancerosas**
	  • **frotis de Papanicolaou (citología cervicouterina) cada 3 a 5 años y tratamiento oportuno de las lesiones precancerosas**
	  • **prueba de detección del papilomavirus humano cada 5 años y tratamiento oportuno de las lesiones precancerosas**
		– La inspección visual tras la aplicación de ácido acético es viable en los entornos con escasos recursos, también por trabajadores sanitarios que no sean médicos
		– El frotis de Papanicolaou exige capacidad para efectuar pruebas citopatológicas
		– Requiere disponer de sistemas para realizar pruebas organizadas a la población y control de la calidad
			– National cancer control programmes core capacity self-assessment tool (2011)
			– Directrices para la atención primaria en entornos con escasos recursos (2012)
			– Cancer control: knowledge into action, six modules (2008)

	• Tratamiento del cáncer cervicouterino en estadio I y II con cirugía o radioterapia +/- quimioterapia • Tratamiento quirúrgico del cáncer de mama en estadio I y II +/- tratamiento sistémico		– Comprehensive cervical cancer control: A guide to essential practice – Second edition (2014) – WHO position paper on mammography screening (2014) – Cryosurgical equipment for the treatment of precancerous cervical lesions and prevention of cervical cancer (2012) – Monitoring national cervical cancer prevention and control programmes (2013) – Use of cryotherapy for cervical intraepithelial neoplasia (2011)

Opciones de política		Consideraciones no financieras decisivas[a]	Instrumentos de la OMS[b]
Se dispone de análisis en el marco del proyecto OPCIÓN OMS[c]	• Cribado con mamografía (una vez cada 2 años para las mujeres de 50 a 69 años) con diagnóstico oportuno y tratamiento del cáncer de mama	– Requiere disponer de sistemas para realizar pruebas organizadas a la población y control de la calidad	– Global atlas of palliative care at the end of life (2014) – Planning and implementing palliative care services: a guide for programme managers (2016) – Directrices sobre el tratamiento farmacológico del dolor persistente en niños con enfermedades médicas (2012) – Practices to improve coverage of the hepatitis B birth dose vaccine (2013)
	• Tratamiento quirúrgico del cáncer colorrectal en estadio I y II +/- quimioterapia y radioterapia		
	• Cuidados paliativos básicos para pacientes con cáncer: asistencia domiciliaria y hospitalaria con un equipo multidisciplinario y acceso a opiáceos y a medicamentos de apoyo esenciales	– Requiere acceso a medicamentos fiscalizados para aliviar el dolor	
No se dispone de análisis en el marco del proyecto OPCIÓN OMS	• Prevención del cáncer hepático mediante inmunización contra la hepatitis B • Cribado del cáncer de la cavidad bucal en los grupos de alto riesgo (por ejemplo, consumidores de tabaco y nuez de betel) y tratamiento oportuno • Cribado del cáncer colorrectal en la población, mediante, entre otros métodos, la prueba de sangre oculta en heces, según proceda, después de los 50 años de edad, y tratamiento oportuno		
ENFERMEDADES RESPIRATORIAS CRÓNICAS			
Se dispone de análisis en el marco del proyecto OPCIÓN OMS[c]	• Alivio de los síntomas en enfermos de asma con salbutamol inhalado • Alivio de los síntomas en enfermos de enfermedad pulmonar obstructiva crónica con salbutamol inhalado • Tratamiento del asma con dosis bajas de beclometasona inhalada y agonistas β adrenérgicos de acción breve		– Guidelines for primary health care in low-resource settings (2012) – Selected pollutants: WHO guideline for indoor air quality (2010) – Guías de calidad del aire de la OMS relativas al material particulado, el ozono, el dióxido de nitrógeno y el dióxido de azufre (2005)

	Opciones de política	Consideraciones no financieras decisivas[a]	Instrumentos de la OMS[b]
No se dispone de análisis en el marco del proyecto OPCIÓN OMS	• Acceso a estufas mejoradas y combustibles más limpios para reducir la contaminación del aire de interiores • Intervenciones costoeficaces para prevenir las neumopatías ocupacionales (por ejemplo, las debidas a la exposición a la sílice y al amianto) • Vacunación antigripal en pacientes con neumopatía obstructiva crónica		– WHO guidelines for indoor air quality: Household fuel combustion (2014) – Outline for the development of national programmes for elimination of asbestos-related diseases (2014)
OBJETIVO 5			
Medidas generales o instrumentales	• Formular y poner en práctica un programa nacional de investigaciones prioritarias en materia de enfermedades no transmisibles • Priorizar las asignaciones presupuestarias para la investigación en materia de prevención y control de las enfermedades no transmisibles • Fortalecer los recursos humanos y la capacidad institucional en materia de investigación • Fortalecer la capacidad de investigación mediante la cooperación con instituciones de investigación nacionales y extranjeras • Poner en práctica otras opciones de política con respecto al objetivo 5 para fomentar y apoyar la capacidad nacional en materia de investigación, desarrollo e innovación de gran calidad		– Agenda OMS de investigaciones prioritarias para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2011 – Investigaciones para una cobertura sanitaria universal: *Informe sobre la salud en el mundo 2013* – Estrategia mundial y plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual (WHA61.21)
OBJETIVO 6			
Medidas generales o instrumentales	• Elaborar metas e indicadores nacionales basados en el marco mundial de vigilancia y vinculados con una política y con planes multisectoriales • Reforzar los recursos humanos y la capacidad institucional en materia de vigilancia y monitoreo y de evaluación • Establecer y/o reforzar un sistema de vigilancia integral de las enfermedades no transmisibles que incluya registros fiables de las causas de muerte, registros oncológicos, recopilación periódica de datos sobre los factores de riesgo y seguimiento de la respuesta nacional		– Noncommunicable diseases progress monitor 2015 – Marco mundial de vigilancia – Instrumento de autopsia verbal – STEPwise approach to surveillance – Sistema Mundial de Vigilancia del Tabaco

	Opciones de política	Consideraciones no financieras decisivas[a]	Instrumentos de la OMS[b]
Medidas generales o instrumentales	• Integrar la vigilancia y el monitoreo de las enfermedades no transmisibles en los sistemas nacionales de información sanitaria • Poner en práctica otras opciones de política con respecto al objetivo 6 para monitorear las tendencias y los determinantes de las enfermedades no transmisibles y evaluar los progresos realizados en su prevención y control		– Sistema Mundial de Información sobre el Alcohol y la Salud – Base de datos mundial de la OMS sobre la aplicación de medidas nutricionales – Encuesta Mundial de Salud a Escolares Instrumento de capacitación sobre la CIE-10 – Instrumento de evaluación de la disponibilidad y preparación de los servicios (SARA) – GLOBOCAN 2008, CIIC

[a] Por sí sola, la costoefectividad no implica la viabilidad de una intervención en todos los entornos. En esta columna se destacan algunos de los aspectos no financieros críticos que deberían ser tenidos en cuenta al examinar la idoneidad de las intervenciones en contextos específicos.

[b] Hay una lista actualizada de instrumentos y recursos de la OMS para cada uno de los objetivos en http://www.who.int/nmh/ncd-tools/en/ (consultado el 10 de octubre de 2016).

[c] Las intervenciones en negrita son aquellas con una costoefectividad media ≤ I$ 100/AVAD evitado en países de ingresos bajos y medios.

PLAN DE TRABAJO PARA EL MECANISMO DE COORDINACIÓN MUNDIAL SOBRE LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES CORRESPONDIENTE AL PERIODO 2018-2019

1. En el presente plan de trabajo se exponen las actividades del mecanismo de coordinación mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, incluidas las de los grupos de trabajo de duración limitada, correspondientes al periodo 2018-2019. En el plan de trabajo se tienen en cuenta el mandato del mecanismo de coordinación mundial,[1] los planes de trabajo que abarcan los periodos 2014-2015[2] y 2016-2017,[3] el Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020,[4] la Declaración política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles,[5] el documento final de la reunión de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el examen y la evaluación generales de los progresos realizados en la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles,[6] y la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.

2. En el plan de trabajo se tienen en cuenta la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y la necesidad de mejorar la promoción multisectorial y multipartita, la participación y la acción que respalde los planteamientos pangubernamentales en los sectores ajenos al de la salud y los planteamientos pansociales que abarquen a todos los sectores de la sociedad, con el fin de lograr las metas relativas a las enfermedades no transmisibles previstas en los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

3. Durante la aplicación del plan de trabajo se tendrá en cuenta lo siguiente: las evaluaciones mencionadas en los párrafos 16 y 17 del documento EB140/27; el documento final que previsiblemente se adoptará en la tercera Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles, programada para 2018; y los que se adopten en otras reuniones, foros y eventos de alto nivel pertinentes convocados por la Asamblea General de las Naciones Unidas en el marco del seguimiento sistemático y el examen de la aplicación de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible a escala mundial.[7]

4. Al igual que los dos planes de trabajo precedentes, el presente está organizado en torno a cinco objetivos, en consonancia con las cinco funciones que componen el mandato del mecanismo de coordinación mundial. Se ejecutará entre enero de 2018 y diciembre de 2019, coincidiendo con el periodo que abarca el presupuesto por programas 2018-2019 y las partidas presupuestarias relacionadas con las actividades del mecanismo de coordinación mundial incluidas en el mencionado presupuesto por programas. El plan de trabajo estará integrado plenamente en el área programática 2.1 (Enfermedades no transmisibles) del presupuesto por programas 2018-2019, que se pondrá en práctica por conducto de la red de área programática 2.1, de conformidad con los procedimientos operativos establecidos.

---

[1] Documento A67/14 Add.1, anexo, apéndice 1.

[2] Documento A67/14 Add.3 Rev.1.

[3] Documento A68/11, anexo 3.

[4] Refrendado por la 66.ª Asamblea Mundial de la Salud en su resolución WHA66.10 (2013).

[5] Aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su resolución 66/2 (2011).

[6] Aprobado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su resolución 68/300 (2014).

[7] Aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su resolución 70/299 (2016).

5. Al igual que el plan de trabajo correspondiente al periodo 2016-2017, y en consonancia con el alcance y el objeto del mecanismo de coordinación mundial, el tercer plan de trabajo correspondiente al periodo 2018-2019 tiene por objeto facilitar y mejorar la coordinación de las actividades, la colaboración multipartita y la actuación intersectorial a escala local, nacional, regional y mundial, con el fin de contribuir a la aplicación del Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020, evitando a la vez que se dupliquen los esfuerzos, utilizando los recursos de forma eficiente y orientada a los resultados, y protegiendo a la OMS y a la salud pública frente a toda influencia indebida, que pueda ejercer cualquier tipo de conflicto de intereses, ya sea real, aparente o potencial.[1]

OBJETIVOS Y ACCIONES

Objetivo 1. Propugnar y dar a conocer la urgencia de aplicar el Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020, e integrar la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en la agenda internacional de desarrollo.

Acción 1.1: Proseguir la aplicación y el desarrollo de la campaña de comunicación mundial iniciada en 2016, centrándose en el logro de las metas relativas a las enfermedades no transmisibles previstas en los Objetivos de Desarrollo Sostenible y cumpliendo los compromisos de prevención y control de las enfermedades no transmisibles acordados por los Estados Miembros.[2]

Acción 1.2: Sensibilizar acerca de la necesidad de acelerar las medidas para reforzar las respuestas nacionales a las enfermedades no transmisibles facilitando y mejorando la coordinación de las actividades, la participación multipartita y las medidas intersectoriales por las instancias participantes en el mecanismo de coordinación mundial en los foros políticos de alto nivel.

Acción 1.3: Llevar a cabo por lo menos un diálogo para facilitar y mejorar la coordinación de las actividades, la participación multipartita y las medidas intersectoriales a escala local, nacional, regional y mundial para apoyar a los Estados Miembros en el cumplimiento de sus compromisos de lucha contra las enfermedades no transmisibles.

Objetivo 2. Difundir conocimientos e intercambiar información basada en pruebas científicas y/o en las mejores prácticas con respecto a la aplicación del Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020.

Acción 2.1: Seguir facilitando el intercambio de información sobre la investigación en torno a las enfermedades no transmisibles y su traslación, detectar obstáculos a la generación y traslación de investigación, y facilitar la innovación para potenciar el acervo de conocimientos con miras a las actividades nacionales, regionales y mundiales en curso.

Acción 2.2: Poner a punto una biblioteca de recursos a través del portal[3] del mecanismo mundial de coordinación no más tarde del final de 2018, que incluya material pertinente y apropiado de promoción de medidas multisectoriales y multipartitas sobre las enfermedades no transmisibles.

Acción 2.3: Respaldar la difusión de conocimiento y el intercambio de información, también a través de comunidades de intercambio de prácticas y seminarios en línea en apoyo de la aplicación del Plan

[1] Documento A67/14 Add.1, anexo, apéndice 1, párr. 1.

[2] Véanse las resoluciones 66/2 (2011) y 68/300 (2014) de la Asamblea General de las Naciones Unidas.

[3] Véase http://www.gcmportal.org/ (consultado el 2 de mayo de 2017).

de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020 a escala nacional, regional y mundial.

Acción 2.4: Elaborar y difundir un informe anual de actividades en el que se describan los progresos realizados en la aplicación del plan de trabajo.

Objetivo 3. Proporcionar un foro para determinar los obstáculos y compartir soluciones y medidas innovadoras con el fin de aplicar el Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020 y para fomentar medidas intersectoriales continuadas.

Acción 3.1: Establecer al menos un grupo de trabajo que recomiende modos de alentar a los Estados Miembros y los agentes no estatales a cumplir los compromisos adquiridos para prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles por conducto de planteamientos multisectoriales y multipartitos.

Acción 3.2: Celebrar al menos una reunión de participantes en el mecanismo de coordinación mundial para facilitar y mejorar la coordinación de las actividades, el compromiso multipartito y las medidas intersectoriales a escala local, nacional, regional y mundial.

Objetivo 4. Promover las actuaciones multisectoriales identificando y fomentando medidas intersectoriales sostenidas que puedan contribuir a la aplicación del Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020.

Acción 4.1: Establecer mesas redondas estratégicas encaminadas a proporcionar apoyo a los gobiernos en el reforzamiento de sus enfoques pangubernamentales entre los sectores ajenos al de la salud y enfoques pansociales en todos los sectores de la sociedad, en colaboración con las unidades técnicas pertinentes de la OMS, el Equipo de Tareas Interinstitucional de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles, y otras partes interesadas, según proceda.

Acción 4.2: Colaborar con las unidades técnicas pertinentes de la OMS y el Equipo de Tareas Interinstitucional de las Naciones Unidas en las actividades dirigidas a atender las solicitudes de los Estados Miembros para aplicar las recomendaciones de los grupos de trabajo de la OMS del mecanismo de coordinación mundial.

Action 4.3: Seguir contribuyendo a una iniciativa integrada, en colaboración con las unidades y oficinas pertinentes de la OMS, el Equipo de Tareas Interinstitucional de las Naciones Unidas y otras partes interesadas, que garantice una respuesta apropiada, coordinada e integral para proporcionar apoyo a los Estados Miembros que se han comprometido a avanzar rápidamente hacia la consecución no más tarde de 2025 de las nueve metas mundiales voluntarias relativas a las enfermedades no transmisibles y, no más tarde de 2030, de las metas relativas a las enfermedades no transmisibles previstas en los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

Objetivo 5. Encontrar y compartir información sobre fuentes existentes o potenciales de recursos financieros y mecanismos de cooperación a escala local, nacional, regional y mundial con miras a la aplicación del Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020.

Acción 5.1: Seguir promoviendo la aplicación del enfoque que la OMS habrá elaborado para registrar y publicar las contribuciones de los agentes no estatales al logro de las nueve metas voluntarias relativas a las enfermedades no transmisibles.

Acción 5.2: Cartografiar y publicar los compromisos adquiridos por los participantes en el mecanismo de coordinación mundial para aplicar el Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020.[1]

Acción 5.3: Establecer un diálogo continuado para estudiar si es viable establecer mecanismos y asociaciones voluntarias de financiación innovadora[2] para desarrollar y aplicar respuestas nacionales a las enfermedades no transmisibles por conducto de enfoques multisectoriales y multipartitos.

---

[1] Véase el documento A67/14 Add.1, anexo, apéndice 1, párr. 22.

[2] De conformidad con el Objetivo de Desarrollo Sostenible 17 (Fortalecer los medios de implementación y revitalizar la Alianza Mundial para el Desarrollo Sostenible).

ANEXO 4

Marco de prioridades y principios rectores para promover la salud de los refugiados y los migrantes[1]

[A70/24, anexo – 17 de mayo de 2017]

A. INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Para alcanzar el objetivo de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible de «asegurar que nadie se quede atrás» y los compromisos relacionados con la salud esbozados en la Declaración de Nueva York para los Refugiados y los Migrantes,[2] es indispensable que las necesidades sanitarias de los refugiados y los migrantes se aborden adecuadamente en el pacto mundial sobre los refugiados y el pacto mundial para una migración segura, regular y ordenada que se prevé adoptar en 2018.

El Consejo Ejecutivo solicitó la elaboración de este marco en enero de 2017, en su 140.ª reunión,[3] a efectos de su consideración durante la 70.ª Asamblea Mundial de la Salud. El marco persigue un triple objetivo:

a) orientar los debates entre los Estados Miembros y los asociados que intervienen en la formulación del pacto mundial sobre los refugiados y el pacto mundial para una migración segura, regular y ordenada con el fin de asegurar que los aspectos relacionados con la salud de los refugiados y los migrantes se atiendan adecuadamente;

b) servir de base para la formulación de un proyecto de plan de acción mundial sobre la salud de los refugiados y los migrantes, que se prevé se presente a la 72.ª Asamblea Mundial de la Salud en 2019;

c) proporcionar un recurso que los Estados Miembros podrán tomar en consideración al abordar las necesidades sanitarias de los refugiados y los migrantes, en consonancia con los Objetivos de Desarrollo Sostenible y otros marcos de política mundiales y regionales según sea oportuno en función del contexto y las prioridades de cada país.

B. ALCANCE

En el presente marco se describen una serie de principios rectores y prioridades de carácter general para promover la salud de los refugiados y los migrantes, que se basan en los instrumentos y resoluciones existentes,[4] entre los que cabe mencionar la Estrategia y plan de acción sobre salud de los refu-

[1] Véase la resolución WHA70.15 (2017).

[2] Aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su resolución 71/1 (2016).

[3] Véase la decisión EB140(9).

[4] Véase el documento A70/24, párrafos 11-13.

giados y los migrantes en la Región de Europa de la OMS.[1] El marco reconoce la urgente necesidad de que el sector de la salud aborde más eficazmente los efectos de las migraciones y los desplazamientos en la salud. El marco trata de contribuir a la mejora de la salud pública mundial abordando la salud de los refugiados y los migrantes de manera incluyente e integral, dentro de los esfuerzos generales por atender las necesidades sanitarias del conjunto de la población en cualquier contexto. Se ha diseñado con la finalidad de promover el derecho a la salud, de conformidad con los principios humanitarios, las obligaciones internacionales en materia de derechos humanos, incluido el Derecho de los refugiados[2] y otros instrumentos internacionales y regionales pertinentes[3]. También tiene por objetivo apoyar las medidas destinadas a reducir al mínimo la vulnerabilidad a la mala salud y a abordar los determinantes sociales de la salud mediante el fomento de la capacidad de los refugiados y los migrantes de acceder a servicios sanitarios preventivos, curativos y paliativos y de promoción de la salud. En el presente marco se reconoce que la legislación, la reglamentación y las políticas por las que se rige el acceso de los refugiados y los migrantes a los servicios de salud y la protección financiera difieren según los países y vienen determinadas por las leyes, políticas y prioridades nacionales.

C. PRINCIPIOS RECTORES

1. **El derecho a gozar del grado máximo de salud física y mental que se pueda lograr.** Los refugiados y los migrantes tienen el derecho fundamental, al igual que todos los seres humanos, de gozar del grado máximo de salud que se pueda lograr, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.[4] Además, los Estados partes en la Convención sobre el Estatuto de los Refugiados de 1951 concederán a los refugiados que se encuentren legalmente en el territorio de tales Estados el mismo trato que a los nacionales del país de acogida[5] en lo que respecta al socorro público y a la seguridad social, que puede incluir el acceso a los servicios de salud.

2. **Igualdad y no discriminación.** El derecho a gozar del grado máximo de salud que se pueda lograr debería ejercerse mediante leyes, políticas y prácticas no discriminatorias e integrales que incluyan la protección social.

3. **Acceso equitativo a los servicios de salud.** Se debería proporcionar un acceso equitativo de los migrantes a la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y la atención sanitaria, de conformidad con la legislación y las prácticas nacionales, sin discriminación por motivos de género, edad, religión, nacionalidad o raza,[6] y de conformidad con el derecho internacional de los refugiados.[2] La salud de los refugiados y los migrantes no se debería considerar independientemente de la salud de la población en general. Cuando proceda, habría que considerar la posibilidad de incluir a los refugia-

---

[1] Estrategia y plan de acción sobre salud de los refugiados y los migrantes en la Región de Europa de la OMS, (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/314725/66wd08e_MigrantHealthStrategyActionPlan_160424.pdf), consultado el 3 de mayo de 2017.

[2] Convención sobre el Estatuto de los Refugiados de 1951.

[3] Tales como el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966) y los principios humanitarios.

[4] Como se señala en el preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud. En el párrafo 2 del artículo 2 y en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales también se reconoce el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social.

[5] Convención sobre el Estatuto de los Refugiados de 1951, artículos 23 y 24.

[6] Véase la resolución WHA61.17 (2008) sobre la salud de los migrantes.

dos y los migrantes en los sistemas, planes y políticas existentes en los países en materia de salud, con objeto de reducir las desigualdades sanitarias y lograr los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

4. **Sistemas de salud centrados en las personas, que tengan en cuenta a los refugiados y los migrantes y los aspectos de género.** Los sistemas de salud deberían tener en cuenta a los refugiados y los migrantes, así como los aspectos de género, y centrarse en las personas, con objeto de prestar servicios que puedan responder a las particularidades culturales, lingüísticas, de género y de edad.[1] Si bien la condición jurídica de los refugiados[2] y los migrantes[3] es distinta, sus necesidades sanitarias pueden ser similares a las de la población de acogida o diferir notablemente de estas. Los refugiados y los migrantes pueden haber estado expuestos a situaciones de sufrimiento, tortura y violencia sexual o de género asociadas a conflictos o a sus desplazamientos y pueden haber tenido un acceso limitado a los servicios preventivos y curativos antes de su llegada al país de acogida. Todos estos factores pueden generar otras necesidades de atención de salud que exigen respuestas concretas.

5. **Prácticas sanitarias no restrictivas basadas en las condiciones de salud.** Las condiciones de salud que experimentan los refugiados y los migrantes no se deberían utilizar como excusa para imponer restricciones arbitrarias a su libertad de circulación, o para estigmatizar, deportar o ejercer otros tipos de prácticas discriminatorias. Se deberían establecer salvaguardias en lo que respecta a los exámenes de salud a fin de garantizar la no estigmatización, la privacidad y la dignidad, y el procedimiento de examen debería llevarse a cabo sobre la base de un consentimiento informado y en beneficio de la persona y de la población en general, y vincularse al acceso a la evaluación de los riesgos, el tratamiento, la atención y el apoyo.

6. **Enfoques que impliquen a todos los sectores estatales y al conjunto de la sociedad.** Al abordar los complejos aspectos de las migraciones y los desplazamientos, se debería partir de valores como la solidaridad, la humanidad y el desarrollo sostenible. El sector de la salud puede realizar una contribución fundamental a la hora de velar por que los aspectos sanitarios de las migraciones y los desplazamientos se tengan en cuenta en el contexto de las políticas públicas de carácter más amplio y en la colaboración y coordinación con otros sectores, tales como la sociedad civil, el sector privado, las asociaciones de refugiados y migrantes y las propias comunidades afectadas, a fin de hallar soluciones conjuntas que resulten beneficiosas para la salud de los refugiados y los migrantes.

7. **Participación e inclusión social de los refugiados y los migrantes.** Las políticas, las estrategias y los planes de salud y las intervenciones en todo el ciclo de migración y desplazamientos y en los países de origen, de tránsito y de destino deberían ser participativas, de modo que los refugiados y los migrantes puedan participar e involucrarse en los procesos decisorios pertinentes.

8. **Alianzas y cooperación.** La gestión de los grandes desplazamientos de refugiados y migrantes de manera humana, respetuosa, compasiva y centrada en las personas es una responsabilidad conjunta.[4] Es esencial aumentar las alianzas y la cooperación internacional entre los países, el sistema de las Naciones Unidas, con inclusión de la OMS, la OIM y el ACNUR, y otras partes interesadas a fin de

---

[1] OMS. Health of migrants – the way forward – report of a global consultation. Madrid, España, 3-5 de marzo de 2010. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016.

[2] El marco jurídico internacional aplicable a los refugiados incluye la Convención sobre el Estatuto de los Refugiados de 1951 y su Protocolo de 1967, y las resoluciones y conclusiones pertinentes de los órganos internacionales relativas a los derechos de los refugiados en lo que se refiere a la salud, incluidas las conclusiones adoptadas por el Comité Ejecutivo del ACNUR.

[3] A nivel internacional, no existe una definición universalmente aceptada del término «migrante».

[4] Declaración de Nueva York para los Refugiados y los Migrantes, párrafo 11.

ayudar a los países a abordar las necesidades sanitarias de los refugiados y los migrantes, así como de garantizar respuestas armonizadas y coordinadas. La OMS, en colaboración con otras organizaciones internacionales pertinentes, tiene que asumir el liderazgo en la coordinación y promoción de la salud de los refugiados y los migrantes en la agenda internacional.

D. PRIORIDADES

Con el fin de promover la salud de los refugiados y los migrantes, cabría considerar las prioridades enumeradas a continuación:

1. **Promover la incorporación de la salud de los refugiados y los migrantes en los programas mundiales, regionales y nacionales y en la planificación para casos de emergencia.** Se debería prestar una atención particular a la promoción y el seguimiento de la salud de los refugiados y los migrantes, en el marco de los esfuerzos encaminados a la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. También se deberían realizar esfuerzos para velar por que los aspectos relacionados con la salud de los refugiados y los migrantes se incluyan en el pacto mundial sobre los refugiados y el pacto mundial para una migración segura, regular y ordenada.

2. **Promover políticas de salud que tengan en cuenta a los refugiados y los migrantes, la protección jurídica y social, y las intervenciones programáticas** que incorporen un enfoque de salud pública y que puedan proporcionar un acceso equitativo, asequible y aceptable a la promoción básica de la salud, la prevención de enfermedades y a servicios sanitarios de buena calidad, incluidos los cuidados paliativos para los refugiados y los migrantes. Para ello puede ser necesario modificar o mejorar los marcos normativos y jurídicos a fin de atender las necesidades concretas de estas poblaciones en materia de salud, de conformidad con la legislación nacional e internacional aplicable.

3. **Mejorar la capacidad para abordar los determinantes sociales de la salud**[1] a fin de garantizar la eficacia de las respuestas de salud y la protección sanitaria en los países de origen, de tránsito y de destino. Ello conlleva la mejora de servicios básicos como el agua, el saneamiento, la vivienda y la educación. Se debería dar prioridad a la aplicación del enfoque de la Salud en todas las Políticas con el fin de promover la igualdad de los refugiados y los migrantes en esta esfera. Ello requerirá medidas conjuntas e integradas y respuestas coherentes de políticas públicas con la colaboración de múltiples sectores, como los sectores de la salud, social, del bienestar y financiero, junto con los sectores educativo, interior y de desarrollo.

4. **Reforzar los sistemas de seguimiento de la salud y los sistemas de información sanitaria** con objeto de: evaluar y analizar las tendencias de la salud de los refugiados y los migrantes, desglosar la información sanitaria con arreglo a las categorías pertinentes, según proceda; realizar investigaciones; e identificar y acopiar las experiencias y enseñanzas adquiridas por los Estados Miembros, así como facilitar su intercambio, y crear un repositorio de información para recabar las experiencias pertinentes adquiridas en los países afectados.

5. **Acelerar los avances hacia el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, incluida la cobertura sanitaria universal,** promoviendo el acceso equitativo a servicios de salud esenciales de calidad, la protección contra los riesgos financieros y el acceso a medicamentos y vacunas esenciales inocuos, eficaces, asequibles y de calidad para todos (meta 3.8), incluidos los refugiados y los migrantes. Para ello tal vez sea necesario fortalecer y desarrollar la capacidad y la resiliencia de los sistemas de salud. Entre estos esfuerzos, se debería dar prioridad asimismo al desarrollo de mecanismos finan-

[1] Véase la resolución WHA62.14 (2009).

cieros sostenibles para mejorar la protección social de los refugiados y los migrantes y reforzar la aplicación del Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud.[1]

6. **Reducir la mortalidad y la morbilidad entre los refugiados y los migrantes mediante intervenciones de salud pública a corto y largo plazo,** destinadas a salvar vidas y a promover la salud física y mental de los refugiados y los migrantes. Si bien las respuestas de emergencia y humanitarias rápidas y eficaces son esenciales para salvar vidas y aliviar el sufrimiento, la planificación más a largo plazo de enfoques más sistemáticos orientados al desarrollo a fin de asegurar la continuidad y la sostenibilidad de la respuesta debería comenzar en una fase temprana. Se debería dar prioridad a los esfuerzos destinados a mejorar la capacidad local para abordar problemas de salud pública como las enfermedades transmisibles y no transmisibles, haciendo hincapié en la prevención de las enfermedades, por ejemplo mediante la vacunación. Se deberían suministrar vacunas a los refugiados y los migrantes de manera equitativa, con un criterio sistemático, sostenible y no estigmatizador. Dado que la vacunación es una intervención sanitaria que requiere un conjunto de actividades de seguimiento hasta llegar al fin del programa completo, los países de origen, de tránsito y de destino deben cooperar.

7. **Proteger y mejorar la salud y el bienestar de las mujeres, los niños y los adolescentes que viven en entornos de refugiados y migratorios.** Se debería dar prioridad a la prestación de servicios esenciales de salud, tales como: un paquete de servicios iniciales mínimos de salud reproductiva, e información y servicios en materia de salud sexual y reproductiva; atención de salud materna, incluidos servicios de obstetricia de emergencia, atención prenatal y posnatal; prevención, tratamiento, atención y apoyo para las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH, y atención especializada para los supervivientes de la violencia sexual, así como apoyo a las actividades relacionadas con la salud infantil.

8. **Promover la continuidad y la calidad de la atención** que las instituciones y los proveedores públicos y privados, los agentes no estales y otros proveedores de servicios prestan a los refugiados y los migrantes, en particular a las personas con discapacidad, las personas que viven con el VIH/Sida o que padecen tuberculosis, paludismo, problemas de salud mental y otras enfermedades crónicas, así como a las personas con lesiones y otros traumatismos físicos. Es importante asegurar que se proporcione información adecuada sobre la continuidad de la atención y que esa información se siga, especialmente en las situaciones de movilidad, y en particular para poder gestionar las necesidades sanitarias crónicas. Se debería proporcionar acceso a servicios adecuados de atención de la salud mental, desde el momento de acogida y mediante la remisión a servicios secundarios apropiados. Se debería garantizar de manera prioritaria que los niños tengan acceso a atención y apoyo psicológico específicos, lo que tiene en cuenta el hecho de que sufren estrés y lo gestionan de un modo distinto que los adultos.

9. **Elaborar, reforzar y aplicar medidas de seguridad y salud en el trabajo** en los lugares de trabajo que emplean a refugiados y migrantes a fin de prevenir las lesiones profesionales y los accidentes mortales. Facilitar información y formación para que los refugiados y los trabajadores migrantes que desempeñan ocupaciones peligrosas conozcan los riesgos para la seguridad y salud en el trabajo. Los refugiados y los trabajadores migrantes deberían tener el mismo acceso al tratamiento de las lesiones y la discapacidad relacionadas con el trabajo, la rehabilitación y la indemnización por fallecimiento según sea oportuno en función de los distintos contextos nacionales.

[1] El Código fue aprobado por la 63.ª Asamblea Mundial de la Salud en virtud de la resolución WHA63.16 (2010).

10. **Promover la igualdad de género y empoderar a las mujeres y las niñas refugiadas o migrantes,** en particular mediante el reconocimiento de las diferencias, los roles y las necesidades en función del género y de las estructuras de poder conexas por parte de todas las partes interesadas pertinentes y la incorporación de los aspectos de género en las respuestas humanitarias, así como en la formulación de políticas y las intervenciones más a largo plazo. Considerar asimismo la posibilidad de aplicar las recomendaciones de la Comisión de Alto Nivel sobre el Empleo en el Ámbito de la Salud y el Crecimiento Económico (2016), en las que se pide abordar las consideraciones de género en el proceso de reforma sanitaria y en el mercado laboral del sector sanitario.

11. **Apoyar las medidas destinadas a mejorar la comunicación y a luchar contra la xenofobia** mediante la realización de esfuerzos encaminados a disipar los temores y las concepciones erróneas que albergan los refugiados, los migrantes y las poblaciones de acogida sobre los efectos de las migraciones y los desplazamientos en la salud, y compartir información precisa sobre el impacto de los refugiados y los migrantes en la salud de las comunidades y los sistemas de salud locales, así como para reconocer la contribución que realizan los refugiados y los migrantes a la sociedad. Proporcionar información adecuada, precisa, oportuna y fácilmente comprensible sobre los servicios de salud que los refugiados y los migrantes tienen a su disposición en los países de origen, de tránsito y de destino.

12. **Fortalecer las alianzas y los mecanismos de coordinación y colaboración intersectorial, interpaíses e interinstitucional** para lograr sinergias y asegurar la eficiencia, en particular dentro del sistema de las Naciones Unidas, sobre todo con la OIM y el ACNUR, y con otras partes interesadas que se esfuerzan por mejorar la salud de los refugiados y los migrantes; reforzar el vínculo entre la dimensión humanitaria y la dimensión de desarrollo para propiciar una mejor coordinación entre los actores sanitarios de estos dos ámbitos; y promover el intercambio de mejores prácticas y enseñanzas extraídas sobre la salud de los refugiados y los migrantes entre los actores pertinentes. Reforzar asimismo la movilización de recursos para contar con una financiación flexible y de carácter plurianual que permita a los países y las comunidades responder tanto a las necesidades inmediatas como a las necesidades a mediano y más a largo plazo de los refugiados y los migrantes en materia de salud, e identificar las lagunas y formas de financiación innovadoras para asegurar un uso más eficaz de los recursos.

ANEXO 5

Respuesta mundial para el control de vectores 2017-2030[1]

[A70/26 Rev.1 – 19 de mayo de 2017]

[En los párrafos 1 a 12 se describían los antecedentes de la respuesta mundial para el control de vectores, en particular los problemas que se ha previsto que afronte y el proceso de elaboración de la respuesta.]

Resumen de la respuesta mundial para el control de vectores 2017-2030[2]

13. La respuesta mundial tiene por objetivo apoyar la aplicación de un enfoque integral del control de vectores que permitirá establecer y alcanzar objetivos nacionales y mundiales con respecto a enfermedades específicas y contribuir a la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Otro objetivo consiste en prestar apoyo a los países para que implanten medidas coherentes y coordinadas para hacer frente a la carga y la amenaza cada vez mayores que suponen las enfermedades transmitidas por vectores.

14. El documento ofrece a los países y a los asociados para el desarrollo orientaciones estratégicas para reforzar urgentemente el control de vectores como medida fundamental para prevenir enfermedades y responder a los brotes. Este objetivo requiere un importante fortalecimiento de la programación del control de vectores, respaldado por un aumento de la dotación de personal técnico, sistemas de monitoreo y vigilancia más sólidos y mejores infraestructuras. La visión de esta respuesta es un mundo sin sufrimiento humano por enfermedades transmitidas por vectores, con la finalidad de reducir la carga y la amenaza que suponen a través de un control de vectores eficaz, adaptado a las circunstancias locales y sostenible. La respuesta fija metas ambiciosas: reducir la mortalidad mundial por enfermedades de transmisión vectorial al menos en un 75% entre 2016 y 2030, la incidencia mundial de casos en un 60%, y prevenir las epidemias en todos los países, en consonancia con el Objetivo de Desarrollo Sostenible 3. Asimismo, se han establecido hitos intermedios consistentes en reducir la mortalidad al menos en un 30% para 2020 y un 50% para 2025, y la morbilidad en un 25% y 40%, respectivamente.

15. La respuesta tiene dos elementos fundamentales: 1) aumento de la capacidad humana, infraestructural y de los sistemas de salud en materia de control y vigilancia de vectores en todos los sectores pertinentes en el ámbito local, y 2) aumento de la investigación básica y aplicada para respaldar la optimización del control de vectores, e innovación para desarrollar nuevos instrumentos, tecnologías y enfoques.

[1] Véase la resolución WHA70.16 (2017).

[2] La versión íntegra del documento está disponible en el sitio web de la OMS http://www.who.int/malaria/global-vector-control-response, (consultado el 13 de marzo de 2017).

16. **Mejorar la capacidad en materia de control de vectores.** Entre los primeros pasos esenciales se encuentran la elaboración de un inventario de los recursos humanos, infraestructurales, institucionales y financieros disponibles, y una valoración de las estructuras organizativas existentes para el control de vectores. También hay que evaluar las estructuras de las carreras profesionales en el ámbito del control de vectores en los programas nacionales y subnacionales. Habría que explorar las oportunidades para atraer recursos de sectores distintos del de la salud, y en particular disposiciones relativas a la dotación de personal que impliquen colaboración y tiempos compartidos. Cuando la dotación de recursos humanos sea insuficiente, deberían hacerse esfuerzos por contratar y capacitar a personal de los diferentes sectores en materia de gestión y control de vectores, y, de forma más general, en salud pública, epidemiología y gestión de programas.

17. **Aumentar la investigación básica y aplicada, e innovar.** El control de vectores debe basarse en evidencias para garantizar que se adapte a las circunstancias locales y genere los datos sobre su impacto necesarios para justificar la continuidad de las inversiones en su aplicación. Son necesarias con urgencia investigaciones básicas para entender mejor aquellos aspectos de los vectores que influyen en las interacciones con el ser humano y la transmisión de patógenos, como la biología, el comportamiento y el medio ambiente. Los resultados de esas investigaciones servirían de base a la elaboración de intervenciones y enfoques innovadores. También son necesarias investigaciones aplicadas para evaluar la efectividad de las intervenciones y optimizar su ejecución. Los programas nacionales de control de enfermedades transmitidas por vectores, en colaboración con los asociados pertinentes, deberían definir programas de investigación que den prioridad a las áreas estratégicas que requieren atención. Dicho programa serviría a las instituciones académicas y de investigación como orientación a la hora de armonizar sus trabajos, ayudaría a evitar lagunas y solapamientos, y contribuiría a identificar nuevos recursos externos para apoyar los trabajos prioritarios.

18. Son necesarias medidas en cuatro áreas clave (los llamados pilares) para lograr un control de vectores efectivo, adaptado a las circunstancias locales y sostenible. Esas cuatro áreas están alineadas con los elementos clave de un enfoque integrado de la gestión de los vectores.

19. **Pilar 1. Reforzar las acciones y la colaboración intersectorial e intrasectorial.** Para lograr el máximo impacto y eficiencia hay que mejorar la colaboración con los sectores no sanitarios y la coordinación de actividades dentro del sector de la salud, como las iniciativas relacionadas con el agua, el saneamiento y la higiene. Los programas nacionales de control de vectores deberían formar parte integral de las estrategias nacionales de desarrollo en materia de reducción de la pobreza y resiliencia ante el cambio climático, así como de las estrategias regionales de cooperación para el desarrollo. Es especialmente importante la colaboración de los ministerios de agricultura, educación, medio ambiente, finanzas, vivienda, turismo, transportes y agua. Las estructuras municipales y de la administración local pueden contribuir a mejorar los servicios de control de vectores, así como la participación y movilización de la comunidad, y a crear pueblos y ciudades más resilientes al cambio climático. La colaboración requerirá un fuerte compromiso político y recursos del gobierno central, con los correspondientes planos estratégicos ministeriales que reflejen adecuadamente sus contribuciones al control de vectores. Se debería establecer y financiar adecuadamente un grupo especial interministerial para llevar a cabo las actividades de coordinación necesarias. La tarea inicial debería ser la coordinación de una evaluación de las capacidades y necesidades nacionales en materia de control de vectores, siempre que no se haya realizado una recientemente. Una valoración del panorama de las alianzas contribuirá a identificar todos los recursos existentes o potenciales disponibles para respaldar el control de vectores. Las estrategias tendrán que adaptarse a los determinantes sociales específicos de cada país.

20. **Pilar 2. Lograr la participación y movilización de las comunidades.** Dado el importante papel de las comunidades en la prevención, control y eliminación de las enfermedades transmitidas por vectores, el éxito y la sostenibilidad de las intervenciones de control de vectores requiere una coordinación entre muchas partes interesadas, pero depende especialmente del encauzamiento de los conocimientos y las aptitudes locales. Es necesario movilizar a las comunidades mediante enfoques

participativos apropiados para que se responsabilicen por las medidas de control de vectores y las apliquen. Las estrategias para lograr la participación de las comunidades deberían basarse en la investigación, los análisis de situación de los comportamientos, el monitoreo y evaluación de la participación y la sostenibilidad a largo plazo.

21. **Pilar 3. Mejorar la vigilancia de los vectores y el monitoreo y evaluación de las intervenciones.** Como la capacidad de los vectores para transmitir patógenos y su sensibilidad a las medidas de control pueden variar según la especie, el lugar y el tiempo, dependiendo de factores ambientales locales, la aplicación del control de vectores debe basarse en datos locales actualizados. Debería realizarse una vigilancia sistemática de los vectores en lugares representativos de aquellas zonas en que las enfermedades transmitidas por vectores son endémicas y de aquellas que tienen condiciones favorables para la transmisión. Es esencial una vinculación con los datos epidemiológicos y de cobertura o uso de las intervenciones sanitarias. Esta información debe utilizarse para fundamentar la toma de decisiones racionales en materia de políticas, planificación y aplicación del control de vectores, así como para responder con prontitud al crecimiento de las poblaciones de vectores antes de que se produzcan brotes.

22. **Pilar 4. Ampliar e integrar instrumentos y enfoques.** Una medida clave para maximizar el impacto del control de vectores en la salud pública es el despliegue y expansión de instrumentos y enfoques adecuados al contexto epidemiológico y entomológico. Cada intervención de control de vectores que se seleccione para ser utilizada en un contexto en particular debería aplicarse con criterios estrictos de calidad y una cobertura óptima. Un instrumento puede tener múltiples efectos frente a varios vectores y enfermedades. En algunos entornos, el empleo de múltiples intervenciones de control de vectores puede tener mayor impacto en la reducción de la transmisión o la carga de enfermedad que la utilización de una única intervención. Es posible que las intervenciones básicas tengan que complementarse con otros instrumentos para hacer frente a dificultades específicas, como la resistencia a los insecticidas. También deberían aplicarse estrategias para reducir los hábitats de los vectores alterando el entorno doméstico, por ejemplo mejorando el suministro de agua a fin de evitar el almacenamiento doméstico de esta, o evitando el acceso de los vectores a las viviendas humanas mediante la instalación de mosquiteros en los puntos de entrada a la casa.

23. Para poner en práctica la respuesta son necesarios tres factores favorecedores: 1) liderazgo de los países; 2) actividades de promoción, movilización de recursos y coordinación con los asociados, y 3) apoyo en materia de reglamentaciones, políticas y normas. La consecución de las metas y los hitos definidos en esta respuesta requerirá importantes inversiones internacionales y nacionales para reforzar la capacidad de control de los vectores, la investigación e innovación, la coordinación multisectorial, la implicación de las comunidades y los sistemas de vigilancia y monitoreo. Se calcula que para ejecutar plenamente las actividades prioritarias definidas para el periodo 2017-2022 será necesaria una inversión anual de US$ 330 millones, lo que equivale a una media de US$ 0,05 anuales por persona en riesgo de contraer al menos una enfermedad transmitida por vectores, con variaciones en función de la carga y el riesgo, así como de otros factores locales, tales como el nivel de ingresos. Esto representa un valor máximo, pues se supone que con el tiempo habrá un aumento de personal local suficiente y bien capacitado para asumir las funciones de vigilancia y coordinación. Las cifras excluyen el costo de los productos básicos para el control de los vectores y su distribución, así como los costos de investigación y de aplicación de las innovaciones. Para estimar los costos de los recursos necesarios se utilizaron supuestos de costos e instrumentos de costoefectividad y planificación estratégica de la OMS.[1] Estos costos de personal, coordinación y vigilancia representan una inversión relativamente modesta en comparación con la ejecución de intervenciones básicas, como los mosquiteros tratados con insecticidas (US$ 1,27 al año por persona protegida), el rociado de interiores con insecti-

[1] *Cost-effectiveness and strategic planning (WHO-CHOICE)*, disponible en http://www.who.int/choice/en/# (consultado el 14 de marzo de 2017).

cidas de acción residual (US$ 4,24 al año por persona protegida) o las actividades de base comunitaria para la prevención del dengue (según las estimaciones, más de US$ 1,00 al año por persona protegida). Está previsto disponer de estimaciones exactas de los costos y los recursos necesarios mediante la realización de evaluaciones completas de las necesidades a nivel nacional y subnacional en materia de control de vectores.

FUNCIÓN DE LA SECRETARÍA

24. De conformidad con las funciones básicas de la OMS, la Secretaría seguirá elaborando y difundiendo directrices normativas y ofreciendo asesoramiento en materia de políticas, así como orientaciones sobre la aplicación, a fin de respaldar las medidas regionales y nacionales. A petición de los Estados Miembros, les prestará apoyo para que apliquen la respuesta mundial para el control de vectores y ofrecerá orientaciones para el examen y la actualización de las estrategias nacionales de control de vectores.

25. La Secretaría velará por que su proceso de elaboración de políticas responda a las necesidades cambiantes del control de vectores y por que sus orientaciones técnicas mundiales se actualicen periódicamente, incorporando información sobre instrumentos, tecnologías y enfoques innovadores cuya seguridad, efectividad y valor para la salud pública estén demostrados, y teniendo debidamente en cuenta los problemas éticos y el impacto en el medio ambiente natural. Se convocarán las reuniones de grupos de expertos que sean necesarias para abordar los aspectos clave relacionados con la formulación de políticas.

26. La Secretaría reforzará sus propias capacidades en los ámbitos mundial, regional y nacional para estar en mejor posición para liderar un esfuerzo mundial coordinado. Seguirá coordinando las actividades de iniciativas y programas conexos de la Organización, y en particular del Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS, del Reglamento Sanitario Internacional (2005) y del proyecto de I+D de medidas para prevenir las epidemias. Asimismo, prestará apoyo a las iniciativas relacionadas con la promoción, la movilización de recursos y la coordinación con los asociados.

27. La Secretaría fomentará la realización de las investigaciones y la generación de los conocimientos necesarios para acelerar el avance hacia un mundo sin sufrimiento humano ocasionado por enfermedades transmitidas por vectores. Seguirá la aplicación de la respuesta y evaluará periódicamente los progresos realizados en la consecución de los hitos provisionales y las metas para 2030.

INTERVENCIÓN DE LA ASAMBLEA DE LA SALUD

28. [En este párrafo figuraba un proyecto de resolución que fue adoptado por la Asamblea de la Salud en la resolución WHA70.16.]

Apéndice

VISIÓN GENERAL DE LOS ELEMENTOS TÉCNICOS DE LA RESPUESTA MUNDIAL PARA EL CONTROL DE VECTORES 2017-2030

Visión: Un mundo sin sufrimiento humano por enfermedades transmitidas por vectores

Finalidad: Reducir la carga y la amenaza que suponen las enfermedades transmitidas por vectores a través de un control de vectores eficaz, adaptado a las circunstancias locales y sostenible

Objetivos	**Hitos**		**Metas**
	2020	**2025**	**2030**
Reducir la mortalidad mundial por enfermedades de transmisión vectorial, en comparación con la de 2016	Al menos en un 30%	Al menos en un 50%	Al menos en un 75%
Reducir la incidencia mundial de casos de enfermedades de transmisión vectorial, en comparación con la de 2016	Al menos en un 25%	Al menos en un 40%	Al menos en un 60%
Prevenir las epidemias de enfermedades de transmisión vectorial[a]	–	En todos los países sin transmisión en 2016	En todos los países

[a] Detección y contención rápidas de los brotes para evitar la propagación más allá del país.

FUNDAMENTOS

- Las principales enfermedades humanas transmitidas por vectores son: paludismo, dengue, filariasis linfática, enfermedad de Chagas, oncocercosis, leishmaniasis, fiebre chikungunya, enfermedad por el virus de Zika, fiebre amarilla, encefalitis japonesa y esquistosomiasis. Otras enfermedades transmitidas por vectores tienen una importancia local en zonas o poblaciones específicas, como ocurre con las enfermedades transmitidas por garrapatas.

- Estas enfermedades representan alrededor del 17% de la carga mundial estimada de enfermedades transmisibles, afectan de forma desproporcionada a las poblaciones más pobres y obstaculizan el desarrollo económico por sus costos médicos directos y los costos indirectos, tales como las pérdidas de productividad y de actividades turísticas.

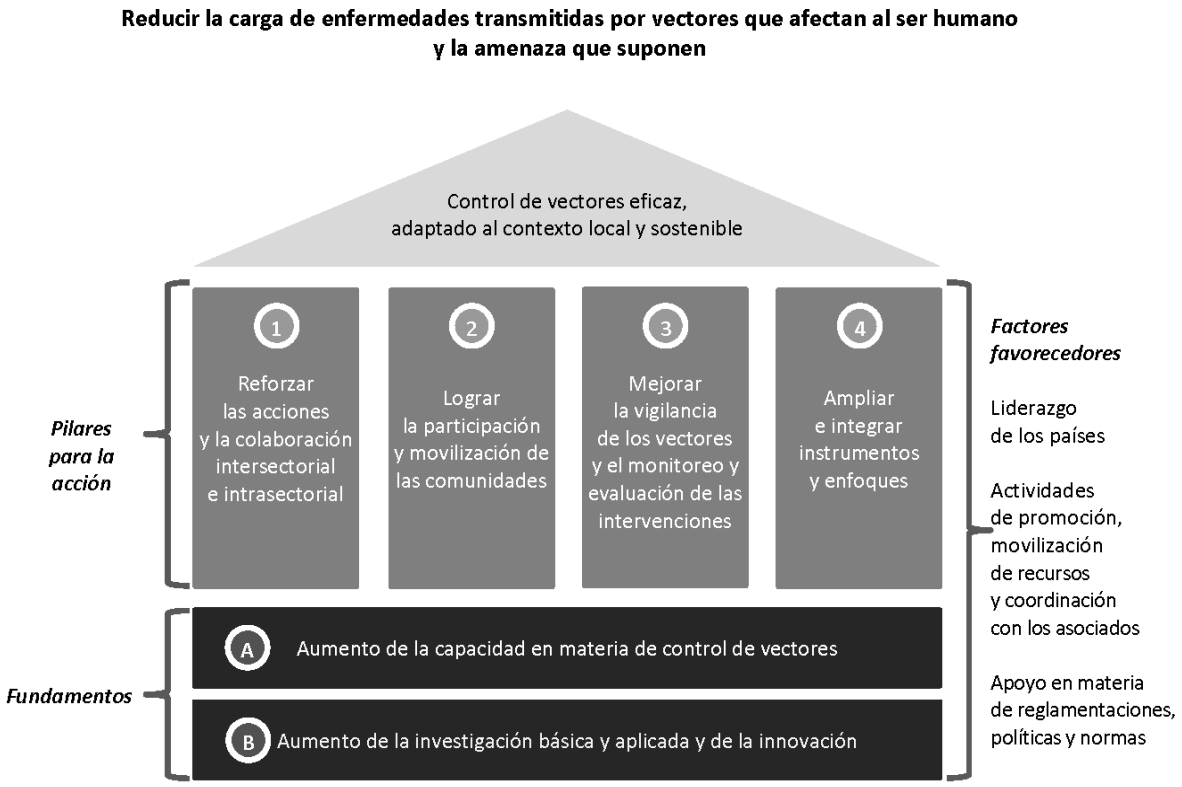
- Los factores sociales, demográficos y medioambientales tienen gran influencia en la transmisión de los patógenos de origen vectorial, y desde 2014 se han producido importantes brotes de dengue, paludismo, fiebre chikungunya, fiebre amarilla y enfermedad por el virus de Zika.

- La mayoría de las enfermedades transmitidas por vectores son prevenibles mediante el control de estos, siempre que se aplique bien. Las importantes reducciones de la incidencia del paludismo, la oncocercosis y la enfermedad de Chagas se han debido en gran medida a un firme compromiso político y financiero.

- Con respecto a otras enfermedades vectoriales, el control de vectores todavía no se ha utilizado con todo su potencial o no ha logrado el máximo impacto. Esta situación se puede revertir reformulando los programas para optimizar la realización de intervenciones adaptadas al contexto local.

- Esta respuesta requiere una mejora de la capacidad de la salud pública en materia de entomología (y malacología), un programa nacional de investigación bien definido, mejor coordinación entre diferentes sectores y en cada uno de ellos, la participación de la comunidad en el control de los vectores, el fortalecimiento de los sistemas de monitoreo e intervenciones novedosas de eficacia demostrada.

Marco de la respuesta



ACTIVIDADES PRIORITARIAS PARA 2017-2022[1]

1. Formulación o adaptación de planes estratégicos nacionales y regionales de control de vectores armonizados con la respuesta mundial para el control de vectores.

2. Realización o actualización de evaluaciones de las necesidades nacionales en materia de control de vectores, y elaboración de un plan de movilización de recursos, en particular para responder a los brotes.

3. Evaluación y aumento del personal nacional para actividades entomológicas e intersectoriales, a fin de atender las necesidades del control de vectores.

[1] Se revisarán y actualizarán para el periodo siguiente (2023-2030).

4. Capacitación del personal pertinente de los ministerios de salud o de las instituciones de apoyo en materia de entomología en el ámbito de la salud pública.

5. Establecimiento y puesta en funcionamiento de redes institucionales nacionales y regionales que respalden la capacitación y/o formación en entomología en el ámbito de la salud pública y la prestación de apoyo técnico.

6. Establecimiento y/o examen de los progresos de programas nacionales de investigación básica y aplicada sobre entomología y control de vectores.

7. Establecimiento y puesta en funcionamiento de grupos especiales interministeriales nacionales para la participación intersectorial en el control de vectores.

8. Elaboración de planes nacionales de movilización y participación eficaz de la comunidad en el control de vectores.

9. Fortalecimiento e integración de los sistemas nacionales de vigilancia de vectores en los sistemas de información sanitaria para orientar el control de vectores.

10. Armonización entre las diferentes enfermedades de transmisión vectorial de las metas nacionales para proteger a la población en riesgo con un control de vectores adecuado.

ANEXO 6

Puesto de Director General

[A70/4 y anexo 4 – 24 de abril de 2017]

PROPUESTAS PARA MEJORAR LA EFICIENCIA DE LA VOTACIÓN CON PAPELETAS EN LA ASAMBLEA DE LA SALUD, Y NECESIDAD CONSIGUIENTE DE MODIFICAR LOS PROCEDIMIENTOS[1]

	Propuesta	**¿Es necesario modificar el Reglamento Interior de la Asamblea Mundial de la Salud o el Procedimiento para las elecciones por votación secreta?**
1)	Se llama a votar a las delegaciones simultáneamente en seis mesas de votación instaladas frente a cada uno de los bloques de asientos de la Sala de Asambleas del Palais des Nations. Se llama a votar a las delegaciones en el orden en que están sentadas en los seis bloques de asientos.	Sí. En el Procedimiento para las elecciones por votación secreta se establece que los Miembros serán llamados a votar por orden alfabético de sus nombres, que el nombre del que haya de votar primero se decidirá por sorteo, y que el llamamiento se hará en español, francés, inglés y ruso.
2)	En cada una de las seis mesas de votación habrá un escrutador y un asesor jurídico. El asesor jurídico entrega una papeleta a cada representante que acuda a la mesa de votación en que se encuentre y anota en una hoja de papel la entrega de la papeleta a la delegación de que se trate.	Sí. En el artículo 78 del Reglamento Interior de la Asamblea Mundial de la Salud se dispone que siempre que haya de celebrarse una votación tomarán parte en el cómputo de los sufragios dos escrutadores designados por el Presidente entre los miembros de las delegaciones presentes. En el Procedimiento para las elecciones por votación secreta se hace mención en todo momento de una urna, en singular.
3)	Cuando cada uno de los Miembros con derecho de voto haya introducido su papeleta en la urna, los seis escrutadores situados en las mesas de votación trasladan las urnas al estrado y las colocan sobre tres mesas. En cada mesa, dos escrutadores abren entonces las dos urnas, efectúan el recuento de los votos y anotan el resultado en una hoja preparada a ese efecto por la Secretaría.	Sí. Como en 2) *supra*.
4)	Un escrutador de cada mesa traslada la hoja de resultados a una cuarta mesa, donde se anota el resultado de la votación en el formulario de la OMS apropiado.	Sí. Como en 2) *supra*.

[1] Se exponen *infra* las modificaciones, que ahora será necesario introducir habida cuenta de la adopción de la decisión WHA70(6) (2017).

Texto de las modificaciones introducidas en el Reglamento Interior de la Asamblea Mundial de la Salud y en el Procedimiento para las elecciones por votación secreta

Reglamento Interior

	Artículo 78
	Las elecciones se celebrarán de ordinario por votación secreta. Sin perjuicio de cuanto se previene en el artículo 108 y siempre que no haya objeciones, la Asamblea de la Salud podrá pronunciarse sin necesidad de votación en caso de acuerdo respecto de un candidato o una lista de candidatos. Siempre que haya de celebrarse votación tomarán parte en el cómputo de los sufragios dos o más escrutadores designados por el Presidente entre los miembros de las delegaciones presentes.

Procedimiento para las elecciones por votación secreta

	1. Antes de la votación, el Presidente entregará a los escrutadores que haya designado la lista de Miembros con derecho a voto y de la lista de candidatos. En las elecciones de Miembros facultados para designar personas que formen parte del Consejo Ejecutivo y en la elección de Director General no habrá en la lista de candidatos más nombres que los propuestos a la Asamblea de la Salud de conformidad con lo previsto en los artículos 100 y 108, respectivamente, del Reglamento Interior de la Asamblea.
	3. Después de cerciorarse de que la urna o las urnas está vacía/están vacías, los escrutadores la/las cerrarán y entregarán la llave/las llaves al Presidente.
	4. Salvo que la Asamblea de la Salud determine otra cosa, los Miembros serán llamados a votar por orden alfabético de sus nombres.[1] El nombre del que haya de votar primero se decidirá por sorteo. El llamamiento se hará en español, francés, inglés y ruso.
	7. Seguidamente, los escrutadores abrirán la urna o las urnas y contarán las papeletas depositadas. Si el número de papeletas no fuera igual al de Miembros votantes, el Presidente declarará nula la votación y se procederá a votar de nuevo.
	9. Uno de los escrutadores dará lectura en voz alta de los nombres inscritos en las papeletas y otro de los escrutadores irá anotando en la casilla correspondiente de la lista establecida al efecto los votos obtenidos por cada candidato.

[1] En virtud del artículo 72 del Reglamento Interior de la Asamblea Mundial de la Salud.

ANEXO 7

Poliomielitis: planificación de la transición

[A70/14 Add.1, anexo – 19 de mayo de 2017]

Lista de medidas para la Secretaría entre el 1 de junio y el 31 de diciembre de 2017[1]

Supervisión activa de alto nivel en los tres niveles de la Organización

- Sesión informativa pormenorizada sobre la transición al Director General electo inmediatamente después de la 70.ª Asamblea Mundial de la Salud, a fin de poner de relieve los riesgos institucionales que conlleva la transición, así como la necesidad de comunicación periódica con las partes interesadas externas.

- Supervisión constante por parte de la Oficina de la Directora General de la planificación de la transición en toda la Organización y la gestión de riesgos.

- Reunión en Ginebra de los 16 Representantes de la OMS interesados, y de personal regional y de la Sede con objeto de examinar los progresos de los planes de transición en los países, junto con una sesión informativa a las misiones, en el tercer o cuarto trimestre de 2017.

- Examen de la transición durante las reuniones de 2017 de los Comités Regionales en las regiones de África, Asia Sudoriental y el Mediterráneo Oriental.

- Elaboración de una página web en el sitio web de la OMS dedicada a la planificación de la transición en la que se recojan datos pormenorizados sobre lo siguiente: el proceso de transición y riesgos que conlleva; el proceso de planificación de la transición en el ámbito de país; asimismo, en la página web se podrá consultar y se actualizará periódicamente el proceso de transición de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis.

- Apoyo activo a un equipo designado en el seno de la Oficina de la Directora General encargado de la elaboración del plan de acción estratégico y las opciones conexas – no más tarde del final de 2017.

Planificación coordinada de los recursos humanos y gestión del presupuesto

- Se elaborarán y compartirán en la página web de la planificación de la transición cuadros de planificación trimestral sobre los recursos humanos para la transición y la transición en el ámbito nacional.

[1] Véase la decisión WHA70(9) (2017).

- Se elaborarán, compartirán y coordinarán entre la Sede y las tres regiones interesadas planes de recursos humanos para la fidelización, reciclaje y reconversión profesional del personal.

- Se elaborarán y compartirán planes y productos de comunicación, para destinatarios tanto internos como externos.

- En las áreas programáticas se examinará el uso de la planificación operacional para el presupuesto por programas 2018-2019 a fin de revisar las necesidades presupuestarias y elaborar estrategias de financiación para sufragar los aumentos en el presupuesto.

- Se han iniciado debates en el conjunto de la Organización para poder planificar anticipadamente la elaboración del presupuesto por programas 2020-2021, y que las necesidades de la transición se tengan en cuenta.

Elaboración de un plan de acción estratégico y opciones conexas – antes del final de 2017

- Compilar detalles más precisos sobre un conjunto por orden de prioridad de los «riesgos programáticos» que tendrían las mayores repercusiones en la salud pública; coordinarse con todos los departamentos y áreas programáticas pertinentes.

- Determinar las deficiencias críticas que provocaría el descenso en los presupuestos de lucha contra la poliomielitis y, a la larga, el cierre de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis, y dar prioridad a las deficiencias que necesitan subsanarse con urgencia.

- Elaborar un calendario y opciones específicas para solucionar las deficiencias – en los que se preste atención a los ámbitos de recursos humanos, financiación, coordinación y política.

- Elaborar un marco de aplicación y monitoreo del que pueda hacerse un seguimiento.

ANEXO 8

Informe del Grupo de Examen del Marco de PIP de 2016[1]

[A70/17, anexo – 10 de abril de 2017]

[1] Véase la decisión WHA70(10).

ÍNDICE

PREFACIO 122

AGRADECIMIENTOS 123

SIGLAS 125

RESUMEN DE ORIENTACIÓN 126

ANÁLISIS GLOBAL 129
INTERCAMBIO DE VIRUS 130
DATOS SOBRE SECUENCIAS GENÉTICAS 131
PARTICIPACIÓN EN LOS BENEFICIOS 133
GOBERNANZA 136
VÍNCULOS CON LOS PROGRAMAS DE LA OMS Y OTROS INSTRUMENTOS JURÍDICOS 138

CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES 141

CAPÍTULO 2. MÉTODO DE TRABAJO 145

CAPÍTULO 3. ANÁLISIS GLOBAL 147

3.1 UN ENFOQUE INNOVADOR PARA MEJORAR LA PREPARACIÓN ANTE LAS PANDEMIAS 149
3.2 GARANTIZAR LA PERTINENCIA DEL MARCO DE PIP 150
3.2.1 DEBATE SOBRE LA INCLUSIÓN DE LA GRIPE ESTACIONAL EN EL MARCO DE PIP 151
3.2.2 MEJORA DE LA COMUNICACIÓN SOBRE EL MARCO DE PIP 152
3.3 APLICACIÓN DEL MARCO DE PIP A OTROS PATÓGENOS 153
Recomendaciones generales 154

CAPÍTULO 4. INTERCAMBIO DE VIRUS 156

4.1 PANORAMA GENERAL 156
4.2 MEDICIONES DEL INTERCAMBIO DE VIRUS 161
4.3 MECANISMO DE TRAZABILIDAD DE LOS VIRUS DE LA GRIPE 163
Recomendaciones: intercambio de virus 164

CAPÍTULO 5. DATOS SOBRE SECUENCIAS GENÉTICAS 166

5.1 PANORAMA GENERAL 167
5.2 LABOR DEL GRUPO ASESOR SOBRE LOS DSG 170
Recomendaciones: datos sobre secuencias genéticas 171

CAPÍTULO 6. PARTICIPACIÓN EN LOS BENEFICIOS 173

6.1 ACUERDO MODELO DE TRANSFERENCIA DE MATERIAL 2 173
Recomendaciones: AMTM 2 180
6.2 RECAUDACIÓN DE LAS CONTRIBUCIONES DE PARTENARIADO 181
Recomendaciones: recaudación de las contribuciones de partenariado 186
6.3 APLICACIÓN DE LA CONTRIBUCIÓN DE PARTENARIADO 187
6.3.1 RESPUESTA 189
6.3.2 PREPARACIÓN 189
6.3.2.1 Área de trabajo: laboratorio y vigilancia 194
6.3.2.2 Área de trabajo: carga de morbilidad 197
6.3.2.3 Área de trabajo: creación de capacidad de reglamentación 199
6.3.2.4 Área de trabajo: planificación de la distribución 201
6.3.2.5 Área de trabajo: comunicación de riesgos 203
Recomendaciones: aplicación de la CP 206

CAPÍTULO 7. GOBERNANZA 207

7.1 GRUPO ASESOR DEL MARCO DE PIP 208
7.2 SUPERVISIÓN DEL SMVRG 212
Recomendaciones: gobernanza 213

CAPÍTULO 8. VÍNCULOS CON LOS PROGRAMAS DE LA OMS Y OTROS INSTRUMENTOS JURÍDICOS.....214

8.1 PLAN DE ACCIÓN MUNDIAL PARA VACUNAS CONTRA LA GRIPE 215
Recomendación: Plan de Acción Mundial para Vacunas contra la Gripe 217
8.2 REGLAMENTO SANITARIO INTERNACIONAL (2005).....217
Recomendación: Reglamento Sanitario Internacional..... 219
8.3 PROTOCOLO DE NAGOYA AL CONVENIO SOBRE LA DIVERSIDAD BIOLÓGICA 220
Recomendación: Protocolo de Nagoya 223

APÉNDICE I: MIEMBROS DEL GRUPO DE EXAMEN 224
APÉNDICE II: EXPOSICIÓN DETALLADA DE LOS MÉTODOS DE TRABAJO 228

Prefacio

Existe un riesgo permanente de otra pandemia de gripe, pero no se puede predecir cuándo se producirá y qué consecuencias tendrá. La planificación y la preparación anticipadas son clave para mitigar los resultados adversos de las futuras pandemias de gripe. Esto conlleva fortalecer la capacidad para detectar y responder a una emergencia de salud pública de importancia internacional.

En 2011, la OMS y los Estados Miembros crearon el Marco de Preparación para una Gripe Pandémica (Marco de PIP) como un instrumento internacional novedoso para reforzar el intercambio de virus gripales potencialmente pandémicos y, al mismo, tiempo aumentar la preparación de los países en desarrollo y su acceso a las vacunas y otros suministros conexos para hacer frente a posibles pandemias. Todos los actores —la OMS, los Estados Miembros, la industria, la sociedad civil y otras partes interesadas— se reunieron con el objetivo común de aumentar la preparación del mundo para responder a la próxima pandemia y reducir la incertidumbre respecto de nuestra capacidad colectiva para intercambiar virus y los beneficios que ello puede tener.

Han pasado cinco años desde la firma del Marco de PIP; aunque la puesta en marcha de estas iniciativas nuevas y complejas lleva tiempo, resulta oportuno examinar ahora los progresos realizados y comprobar si el Marco de PIP ha logrado sus objetivos y si sigue siendo pertinente para el futuro.

En un periodo en el que el mundo se ve confrontado con un número creciente de amenazas de salud pública con repercusiones internacionales (por ejemplo, el coronavirus causante del síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS-CoV), el virus del Ebola y el virus de Zika), la solidaridad mundial es más importante que nunca para hacer frente a los críticos obstáculos normativos, operacionales y de capacidad que conlleva una emergencia. El Marco de PIP ofrece ideas útiles para el intercambio de otros patógenos que requieren una respuesta rápida y la compartición equitativa de los beneficios. Con todo, el Grupo de Examen del Marco de PIP considera que el Marco solo seguirá siendo pertinente si el intercambio de virus prosigue y si se atiende rápidamente la necesidad de aclaraciones acerca del intercambio de datos sobre secuencias genéticas y los beneficios que ello conlleva. Además, se intensifican los vínculos con otras iniciativas destinadas a fortalecer la capacidad (por ejemplo, el Reglamento Sanitario Internacional (2005)) y a aumentar la producción de vacunas contra la gripe para maximizar el impacto de los recursos utilizados por el Marco de PIP. Para que el Marco de PIP siga siendo sostenible y mantenga el interés de todos los actores principales, es importante que sus resultados se midan con regularidad y se difundan ampliamente.

Dra. Christine Kaseba-Sata (Presidenta), Dra. Theresa Tam (Presidenta interina)

Grupo de Examen del Marco de PIP

Octubre de 2016,

Ginebra (Suiza)

Agradecimientos

El Grupo de Examen recibió valiosas contribuciones de las principales partes interesadas. En particular, el Comité desea dar las gracias a las siguientes personas que fueron entrevistadas por el Grupo de Examen:

Dra. Atika Abelin, Directora, Política Mundial de Inmunización, Sanofi Pasteur SA; Dra. Phyllis Arthur, Directora Superior, Política de Vacunas, Inmunoterapia y Medios de Diagnóstico, Biotechnology Innovation Organization, Estados Unidos de América; Dr. Ian Barr, Director (interino), Centro Colaborador de la OMS, Australia; Dr. Peter Bogner, Presidente de la Iniciativa mundial para intercambiar todos los datos sobre la gripe (GISAID); Dr. Guy Cochrane, Jefe, Director del Archivo Europeo de Nucleótidos; Dra. Nancy Cox, exdirectora del Departamento de Gripe, exdirectora del Centro Colaborador de la OMS, Estados Unidos de América; Dr. William Cracknell, Director, Desarrollo e Innovación en materia de Gripe, CSL Biotherapies/Seqirus; Dra. Gwenaelle Dauphin, Coordinadora de EMPRES Lab Unit y Oficial de Enlace de OFFLU, Servicio de Sanidad Animal, Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, Italia; Dr. Vladimir Drazenovic, Jefe del Centro Nacional de Gripe de la OMS, Croacia; Dr. Othmar Engelhardt, Científico Principal, División de Virología, NIBSC, Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte; Dr. Bruce Gellin, Vicesecretario Adjunto de Salud, Director de la Oficina del Programa Nacional de Vacunas, Estados Unidos de América; Dr. Keith Hamilton, Director Ejecutivo, Kansas State University, College of Veterinary Medicine, Estados Unidos de América; Sr. Edward Hammond, Investigador Asociado, Third World Network (TWN); Dr. Alan Hay, Científico de Enlace de la Iniciativa mundial para intercambiar todos los datos sobre la gripe (GISAID); Profesor Didier Houssin, Universidad París-Descartes y Hospitales Universitarios de París, Francia; Profesor Xenarios Ioannis, Director de Vital-IT, Instituto Suizo de Bioinformática (SIB); Dra. Jacqueline Katz, Centro Colaborador de la OMS, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), Estados Unidos de América; Profesora Anne Kelso, Directora Ejecutiva, Consejo Nacional de Investigación Sanitaria y Médica, Australia; Dra. Le Quynh Mai, Laboratorio de Gripe, Instituto Nacional de Higiene y Epidemiología, Viet Nam; Dr. John McCauley, Director, Centro Colaborador de la OMS, Instituto Crick, Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte; Dra. Ann Moen, Directora Asociada de Programas Externos, División de Gripe, CDC, Estados Unidos de América; Dr. Amel Mohamed Naguib, Director de Laboratorios de Virología, Centro Nacional de Gripe, Egipto; Dr. Takato Odagiri, Director del Centro de Invesigación sobre Virus de la Gripe, Japón; Profesor Malik Peiris, Profesor de Microbiología, Universidad de Hong Kong, Facultad de Medicina; Dra. Pretty Multihartina Sasono, Directora del Centro de I+D sobre Tecnología Biomédica y Sanitaria Básica, Instituto Nacional de Investigación y Desarrollo Sanitarios, Ministerio de Salud, Indonesia; Dra. Tharini Sathiamoorthy, Vicepresidenta Asociada de AdvaMedDx; Sra. Sangeeta Shashikant, Consejera Jurídica, Third World Network (TWN); Dr. Richard Scheuermann, Director de Informática del Instituto J. Craig Venter; Profesor Yuelong Shu, Director del Centro Colaborador de la OMS, CDC, China; Dr. Cody Taylor, Director de Desarrollo del Mercado Público Mundial de Vacunas, GlaxoSmithKline; Dra. Florette Treurnicht, Centro de Enfermedades Respiratorias y Meningitis, Instituto Nacional de Enfermedades Transmisibles, Sudáfrica; Dr. Niteen Wairagkar, Oficial Superior de Programas y Director de la Iniciativa de lucha contra la gripe y VRS, Equipo de Neumonía, Programa de Salud Mundial, Fundación Bill y Melinda Gates; Dr. Richard Webby, Centro Colaborador de la OMS para el Estudio de la Ecología de la Gripe en los Animales, Estados Unidos de América; Dr. John Wood, Vicepresidente de isirv, Editor de revisiones sobre la gripe y otras enfermedades respiratorias víricas; Sra. Margarita Xydia-Charmanta, Directora de Políticas sobre Vacunas en la Federación Internacional de la Industria del Medicamento (IFPMA).

Miembros del Grupo Asesor del Marco de PIP: Profesor Chris Baggoley; Dr. Jarbas Barbosa da Silva, Jr. (Presidente); Profesor Didier Houssin; Dr. Hamad El-Turabi; Dr. Olav Hungnes; Dr. Hama Issa Moussa; Dra. Kerri-Ann Jones; Raymond LIN Tzer Pin; Dr. Cuauhtémoc Mancha; Profesor Ziad Memish; Dra. Janneth Mghamba; Dr. Richard Njouom; Dra. Paba Palihawadana; Dra. Huma Qureshi; Profesor Mahmudur Rahman; Dr. P V Venugopal; Profesor John M Watson; Profesor Yu Wang.

Los siguientes países proporcionaron respuestas a la encuesta en línea del SMVRG sobre los gastos de funcionamiento: Albania, Alemania, Argentina, Australia, Austria, Bangladesh, Bélgica, Camboya, China, Región Administrativa Especial de Hong Kong (China), Croacia, Dinamarca, Ecuador, Egipto, España, Estados Unidos de América, Federación de Rusia, Finlandia, Ghana, Grecia, Indonesia, Irlanda, Italia, Japón, Jordania, Letonia, Luxemburgo, Malasia, Nepal, Noruega, Portugal, Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, República de Corea, República Unida de Tanzanía, Rumanía, Suecia, Suiza.

Además de las intervenciones orales de los Estados Partes en las reuniones de marzo, mayo y septiembre, los siguientes países proporcionaron comunicaciones por escrito al Grupo de Examen: Alemania, Australia, Estados Unidos de América, Finlandia, México, Noruega, Países Bajos, República Checa.

Los siguientes miembros del personal de la Secretaría de la OMS en la sede y en las regiones realizaron aportaciones a la labor del Grupo de Examen: Claudia Alfonso, Bruce Aylward, Jennifer Barragan, Terry Besselaar, Oona Bilbao, Anna Bowman, Sylvie Briand, Julia Fitzner, Keiji Fukuda, Gaya Gamhewage, Lisa Hedman, Anne Huvos, Marie-Paule Kieny, Alexandra Kontic, Maja Lievre, Jakob Quirin, Amelie Rioux, Guénaël Rodier, Paul Rogers, Peter Salama, Gina Samaan, Raphael Slattery, Steve Solomon, Kathleen Strong, Oliver Stucke, Katelijn Vandemaele, Wenqing Zhang.

Consultores que han proporcionado asesoramiento con respecto al informe de la Secretaría de la OMS sobre el Protocolo de Nagoya: Priyanka Dahiya, Alexandra Phelan.

Personal de las Oficinas Regionales de la OMS: Tjandra Aditama, Sylvain Aldighieri, Yahaya Ali Ahmed, Caroline Brown, Erica Dueger, Sayohat Hasanova, Wasiq Khan, Mamunur Malik, Jun Nakagawa, Babatunde Olowokure, Rakhee Palekar, Soatiana Rajatonirina, Bardan Rana, Fahmi Sembiring, Ibrahim Soce-Fall.

El Grupo de Examen desea dar las gracias a la Dra. Margaret Chan, Directora General de la OMS, y al Dr. Anarfi Asamoa-Baah, Director General Adjunto, por apoyar activamente su labor.

Además, el Grupo de Examen desea dar las gracias especialmente a la secretaría del Grupo de Examen: Gerhard Grohmann (Director), Daniel Hougendobler, Priya Joi, Teresa Poole, Magdalena Rabini y Alexandra Rosado-Miguel.

Siglas

AMTM	Acuerdo Modelo de Transferencia de Material
CC de la OMS	Centro Colaborador de la OMS
CDC	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos
CNBG	China National Biotec Group
CNG	Centro Nacional de Gripe
CP	contribución de partenariado
DDBJ	DNA Data Bank of Japan
DSG	datos sobre secuencias genéticas
ENA	Archivo Europeo de Nucleótidos
EQAP	Proyecto OMS de evaluación externa de la calidad para la detección de virus de la gripe del subtipo A mediante la reacción en cadena de la polimerasa
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura
FluID	Flu Informed Decisions
GAP	Plan de Acción Mundial para Vacunas contra la Gripe
GHSA	Agenda de Seguridad Sanitaria Mundial
PMG	Programa Mundial de la Gripe
GISAID	Iniciativa mundial para intercambiar todos los datos sobre la gripe
LRE de la OMS	Laboratorio Regulador Esencial de la OMS
LRH5 de la OMS	Laboratorio de Referencia de la OMS para el H5
MTVG	Mecanismo de Trazabilidad de los Virus de la Gripe
OIE	Organización Mundial de Sanidad Animal
OMS	Organización Mundial de la Salud
PIP	Preparación para una Gripe Pandémica
RSI (2005)	Reglamento Sanitario Internacional (2005)
SAGE	Grupo de Expertos en Asesoramiento Estratégico sobre inmunización
SMVRG	Sistema Mundial de Vigilancia y Respuesta a la Gripe
SRAS	síndrome respiratorio agudo severo
TEWG	Grupo de Trabajo de Expertos Técnicos sobre datos de secuencias genéticas
TIPRA	Herramienta de Evaluación del Riesgo de Gripe Pandémica
TWG	Grupo de Trabajo Técnico sobre intercambio de datos de secuencias genéticas de virus de la gripe
VCV	virus candidato para vacunas
VGPP	virus gripales potencialmente pandémicos

Resumen de orientación

La seguridad sanitaria mundial se ha convertido en una prioridad internacional en el último decenio, tras el reconocimiento de que las enfermedades infecciosas no conocen fronteras en un mundo caracterizado por poblaciones cambiantes y la considerable expansión de los viajes internacionales. Mientras que el brote de síndrome respiratorio agudo severo (SRAS) de 2003 supuso una llamada de advertencia, los riegos mundiales específicos que plantea la gripe quedaron de manifiesto tras la reaparición de la gripe por el virus A(H5N1) en 2003 y la pandemia de gripe por el virus A(H1N1) pdm09[1] en 2009. Casi un siglo después de que la mortífera pandemia de gripe de 1918 arrasara el mundo con consecuencias devastadoras, el informe del Comité de Examen acerca del funcionamiento del Reglamento Sanitario Internacional (2005) (RSI [2005]) en relación con el brote por virus A(H1N1) 2009 concluyó que el mundo seguía «mal preparado» para responder a una pandemia grave de gripe y que «decenas de millones» de personas corrían el riesgo de morir.[2]

Tras el brote de gripe por el virus A(H5N1) en 2003, quedó claro que para responder eficazmente a una pandemia de gripe era necesaria una mayor colaboración internacional. Dicha colaboración no solo tenía que abarcar el intercambio de información y de virus gripales potencialmente pandémicos (VGPP), sino también la distribución de los beneficios que se derivan de dicha cooperación, como las vacunas contra la gripe y otros productos médicos. Se emprendieron las negociaciones para la creación de un nuevo sistema y, cuatro años después, en 2011, los 194 Estados Miembros crearon un instrumento internacional: el Marco de Preparación para una Gripe Pandémica (Marco de PIP).[3,4] Desde el principio, la estrecha colaboración con las partes interesadas —en particular los Estados Miembros, la industria y la sociedad civil— ha sido crucial para la aplicación del Marco de PIP. La aplicación eficaz del Marco de PIP sigue siendo tan decisiva como siempre, habida cuenta de la continua aparición de nuevos virus de la gripe y la sempiterna posibilidad de una pandemia.

El Marco de PIP tiene como finalidad establecer un equilibrio en condiciones de igualdad entre el intercambio de virus y la compartición de los beneficios. Los avances en el ámbito de la tecnología de producción de vacunas, antivíricos y medios de diagnóstico no son suficientes por sí solos para proteger al mundo contra una pandemia. El acceso a los servicios y productos sanitarios sigue siendo desigual en todo el mundo; en cambio, el virus de la gripe es indiscriminado y todos los países pueden correr el mismo riesgo. Por ello, es vital que, en época de pandemia, las poblaciones más vulnerables puedan acceder a los productos contra la gripe elaborados gracias al intercambio rápido de virus.

---

[1] El virus de la gripe A(H1N1)pdm09 es el responsable de la pandemia de gripe de 2009, la primera emergencia de salud pública de importancia internacional declarada en virtud del RSI (2005).

[2] Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005), Informe del Comité de Examen acerca del funcionamiento del Reglamento Sanitario Internacional (2005) en relación con la pandemia por virus (H1N1) 2009, Informe de la Directora General. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011 (A64/10; (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_10-sp.pdf), consultado el 20 de septiembre de 2016.

[3] Preparación para una gripe pandémica: Marco para el intercambio de virus gripales y el acceso a las vacunas y otros beneficios. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011 (http://www.who.int/influenza/pip/en/), consultado el 19 de septiembre de 2016.

[4] Punto 13.1 del orden del día. Preparación para una gripe pandémica: intercambio de virus gripales y acceso a las vacunas y otros beneficios. 64.ª Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011 (WHA64.5; http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_R5-sp.pdf), consultado el 21 de septiembre de 2016.

Los virus se intercambian a través del Sistema Mundial de Vigilancia y Respuesta a la Gripe (SMVRG) integrado por 152 laboratorios, entre ellos 143 Centros Nacionales de Gripe (CNG) situados en 113 Estados Miembros, seis Centros Colaboradores de la OMS de Referencia e Investigación sobre la Gripe (CC de la OMS), cuatro Laboratorios Reguladores Esenciales de la OMS (LRE de la OMS) y 13 Laboratorio de Referencia de la OMS para el H5 (LRH5 de la OMS).[1,2] El Acuerdo Modelo de Transferencia de Material 1 (AMTM 1), que figura en el anexo 1 del Marco de PIP, es un contrato vinculante que establece las condiciones según las cuales los laboratorios del SMVRG intercambian entre sí materiales biológicos PIP.

La compartición de beneficios en el Marco de PIP se realiza de dos maneras: mediante la firma de un AMTM 2 y la contribución de partenariado (CP).[3] Las entidades que no forman parte del SMVRG —como fabricantes o instituciones académicas— y que reciben muestras físicas de virus firman un AMTM 2, que les obliga jurídicamente a proporcionar productos como vacunas, antivíricos y medios de diagnóstico en caso de pandemia. Los fabricantes de vacunas, productos farmacéuticos y medios de diagnóstico contra la gripe que recurren al SMVRG también pagan anualmente contribuciones de partenariado (CP), las cuales ascienden a un total de US$ 28 millones que se utilizan para reforzar la preparación y la respuesta ante una pandemia.

Primer examen del Marco de PIP

Al inicio del presente examen, el Marco de PIP llevaba cinco años aplicándose. Este primer examen estaba previsto en la sección 7.4.2 del Marco de PIP, en la que se señala que el Marco de PIP y sus apéndices serán examinados para el año 2016 «a fin de proponer a la Asamblea Mundial de la Salud en 2017, por conducto del Consejo Ejecutivo, revisiones que reflejen las novedades pertinentes».

---

[1] Sistema Mundial de Vigilancia y Respuesta a la Gripe (SMVRG). En: Organización Mundial de la Salud [sitio web]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (http://www.who.int/influenza/gisrs_laboratory/en/), consultado el 20 de octubre de 2016.

[2] Fuera del SMVRG también existen laboratorios para la gripe autorizados y designados por un Estado Miembro para proporcionar materiales bilógicos PIP al SMVRG. Estos laboratorios se ubican en Estados Miembros que no tienen un CNG, o bien se trata de laboratorios adicionales que llevan a cabo ciertas funciones normalmente realizadas por los CNG.

[3] Preparación para una gripe pandémica: Marco para el intercambio de virus gripales y el acceso a las vacunas y otros beneficios. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011 (http://www.who.int/influenza/pip/en/), consultado el 19 de septiembre de 2016, anexo 2 y sección 6.14.

El Grupo Asesor del Marco de PIP (en adelante, el «Grupo Asesor») celebró una Reunión Extraordinaria los días 13 y 14 de octubre de 2015 con los Estados Miembros, la industria y otras partes interesadas, y recomendó que se estableciera un grupo de expertos independientes para examinar la aplicación del Marco de PIP.[1] La Directora General estableció el Grupo de Examen, integrado por ocho expertos con una amplia variedad de especialidades, procedentes de todas las regiones de la OMS y con un adecuado equilibrio de género. Se pidió al Grupo de Examen que en el marco de su mandato se centrara en tres cuestiones:[2]

1. ¿Qué logros se han alcanzado desde que se adoptó el Marco de PIP?

2. ¿La aplicación del Marco de PIP ha hecho que mejore la preparación mundial frente a una gripe pandémica, incluida la vigilancia durante los periodos interpandémicos, y la capacidad de respuesta?

3. ¿Cuáles son los problemas que se plantean y las posibles formas de superarlos?

El Grupo de Examen fue designado en diciembre de 2015. Además de analizar el intercambio de VGPP a través del SMVRG, la recaudación de CP y su utilización en las cinco áreas de trabajo, la firma de AMTM 2 y la gobernanza del Marco de PIP, el Grupo de Examen también examinó otras cuestiones contextuales y de aplicación fundamentales, a saber: el manejo de datos sobre secuencias genéticas (DSG) con arreglo al Marco de PIP; los vínculos con otros programas o instrumentos (específicamente el Plan de Acción Mundial para Vacunas contra la Gripe (GAP),[3] el RSI (2005)[4] y la aplicación del Protocolo de Nagoya);[5] las interacciones con las principales partes interesadas en el Marco de PIP, en particular con la industria, la sociedad civil y otras partes interesadas; y los beneficios colaterales que puedan haberse derivado de la aplicación del Marco de PIP.

En 2016 el Grupo de Examen mantuvo varios encuentros presenciales en la sede de la OMS (Ginebra) y diversas reuniones por teleconferencia. Con el fin de recoger información útil para sus deliberaciones, el Grupo de Examen solicitó activamente la opinión del personal de la OMS, los Estados Miembros y muchas partes interesadas, entre ellas representantes del SMVRG, la industria y la sociedad civil, y consultó las bases de datos pertinentes. Esto se llevó a cabo mediante entrevistas individuales, comunicaciones por escrito, un proceso de consultas electrónicas abiertas con preguntas, y dos reuniones de consulta abiertas en la sede de la OMS. Tras varias de estas reuniones, el Grupo de Examen celebró una sesión informativa y una sesión de preguntas y respuestas para los Estados Miembros

---

[1] Grupo Asesor del Marco de PIP. Reunión Extraordinaria del Grupo Asesor del Marco de Preparación para una Gripe Pandémica, 13-14 de octubre de 2015, Ginebra (Suiza). Informe para la Directora General [en inglés]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2015 (http://www.who.int/influenza/pip/advisory_group/ag_spec_session_report.pdf), consultado el 24 de septiembre de 2016.

[2] *Ibid.*

[3] Plan de Acción Mundial para Vacunas contra la Gripe (GAP). En: Organización Mundial de la Salud [sitio web]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (http://www.who.int/influenza_vaccines_plan/es/), consultado el 22 de septiembre de 2016.

[4] Reglamento Sanitario Internacional (2005), 2.ª ed. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43983/1/9789243580418_spa.pdf), consultado el 22 de septiembre de 2016.

[5] Protocolo de Nagoya sobre acceso y participación en los beneficios. En: Convenio sobre la Diversidad Biológica [sitio web]. Montreal, Convenio sobre la Diversidad Biológica, Naciones Unidas, 2011 (https://www.cbd.int/abs/), consultado el 4 de octubre de 2016.

en la sede de la OMS. Todas las partes interesadas, así como el gran público, tuvieron acceso a esos encuentros, transmitidos en directo por internet desde el sitio web de la OMS.[1]

El principal informe comienza con una introducción al Marco de PIP y sus diferentes partes, seguida de una breve descripción del método de trabajo del Grupo de Examen. En el resto del informe se recogen las conclusiones y recomendaciones del Grupo de Examen. En el presente resumen de orientación se reseñan las principales conclusiones y se reproducen todas las recomendaciones.

Conclusiones y recomendaciones

Análisis global

Resumen de las conclusiones:

El Grupo de Examen concluyó que el Marco de PIP es un instrumento ambicioso e innovador para la preparación ante una gripe pandémica que se está aplicando correctamente. Asimismo consideró que el principio contenido en el Marco de PIP de situar el intercambio de virus y la compartición de los beneficios en igualdad de condiciones sigue siendo pertinente en la actualidad. La aplicación del Marco de PIP ha generado una mayor confianza y previsibilidad en la capacidad mundial de respuesta a una gripe pandémica. El éxito del Marco de PIP se debe en parte a la colaboración regular y comprometida de la OMS y los Estados Miembros con las principales partes interesadas, como la industria y la sociedad civil. Sin embargo, aunque se presentan informes periódicos sobre la aplicación del Marco de PIP, sus diversos elementos se podrían cohesionar más para brindar una imagen más nítida de los progresos generales.

Queda también claro que hay cuestiones clave que se deben abordar urgentemente para que el Marco de PIP siga siendo pertinente, como el modo de manejar los DSG con arreglo al Marco de PIP, la conveniencia o no de ampliar el Marco de PIP para incluir en él la gripe estacional o la posibilidad de utilizarlo como modelo para el intercambio de otros patógenos.

Recomendaciones:

1. La OMS debería elaborar un modelo de evaluación integral que incluya indicadores generales del éxito del Marco de Preparación para una Gripe Pandémica (PIP) para presentar informes anuales. Los informes deberían incluir una infografía que ilustre los progresos generales realizados en la aplicación del Marco de PIP para ofrecer una visión más clara de los progresos en materia de preparación y respuesta ante una pandemia.

[1] Grupo de Examen del Marco de PIP. Examen de 2016 del Marco de PIP, informes de las reuniones de Grupo de Examen del Marco de PIP. En: Organización Mundial de la Salud [sitio web]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (http://www.who.int/influenza/pip/2016-review/meetings/en/), consultado el 20 de septiembre de 2016.

2. La OMS debería comunicar de forma periódica y más eficaz los objetivos y el progreso realizado en la aplicación del Marco de PIP a los Estados Miembros, los laboratorios del Sistema Mundial de Vigilancia y Respuesta a la Gripe (SMVRG), la industria, la sociedad civil y otras partes interesadas. En particular, se debería mejorar la comunicación en torno a:

a) los progresos hacia la formulación de un modelo de evaluación integral;

b) las medidas de aplicación de la contribución de partenariado, las cuales deberían ser destacadas en los informes periódicos del Grupo Asesor y las sesiones informativas posteriores a las reuniones para que los progresos sean más visibles y se reconozcan claramente;

c) la comunicación y la transparencia en relación con cuestiones como la selección de países que recibirán ayuda para la aplicación de la contribución de partenariado, con el fin de mejorar la comprensión del Marco de PIP entre los Estados Miembros;

d) la importancia de las contribuciones voluntarias de partes interesadas y los compromisos en especie de los Estados Miembros, incluido el apoyo al SMVRG y su mantenimiento mediante el pago de los gastos corrientes de funcionamiento de los laboratorios.

3. El Director General debería realizar un estudio para determinar la conveniencia y las implicaciones de incluir los virus de la gripe estacional en el Marco de PIP.

4. El Marco de PIP es un modelo fundamental de reciprocidad en materia de salud pública mundial que podría aplicarse a otros patógenos; sin embargo, el alcance actual del Marco de PIP debería seguir limitándose por el momento a la gripe pandémica.

5. Los Estados Miembros deberían acordar la fecha en la que se realizará el próximo examen del Marco de PIP, que debería ser antes de finales de 2021.

Intercambio de virus

Resumen de las conclusiones:

El SMVRG ha visto ampliado su alcance y ha salido reforzado tras la adopción del Marco de PIP en 2011. Asimismo proporciona considerables beneficios a los Estados Miembros, como evaluaciones de los riesgos, virus candidatos para vacunas (VCV), kits de diagnóstico, reactivos, formación, fortalecimiento de la capacidad y otras aportaciones técnicas. El intercambio de virus a través del SMVRG funciona bien en general. Sin embargo, a pesar de que en 2009 se dio una respuesta rápida e integral a la emergencia provocada por la cepa del virus de la gripe H7N9, desde entonces se ha producido una disminución del intercambio de VGPP desde algunos países. A petición del Grupo Asesor, la Secretaría está estudiando las razones de esta disminución.

El SMVRG colabora estrechamente con el sector animal para llevar a cabo evaluaciones de riesgos y desarrollar VCV. Estos vínculos entre los sectores humano y animal, que incluyen la colaboración con la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), la Organización Mundial de Sanidad Animal (OIE) y la Red OIE-FAO de expertos en influenza animal (OFFLU), son especialmente importantes cuando el intercambio de virus humanos se retrasa.

El Mecanismo de Trazabilidad de los Virus de la Gripe (MTVG), aun siendo vital para hacer un seguimiento del intercambio de virus y, por consiguiente, para poner en marcha los mecanismos de compartición de beneficios del Marco de PIP, no es utilizado de forma coherente por todos los laboratorios.

Recomendaciones:

6. El Grupo de Examen acoge con agrado el estudio realizado por la secretaría del Marco de PIP sobre las razones del reciente descenso del intercambio de virus gripales potencialmente pandémicos. El Grupo Asesor debería, con carácter prioritario, hacer un seguimiento de los resultados del estudio con objeto de velar por el intercambio oportuno de todos los virus.

7. Dado el reciente descenso del intercambio de virus gripales potencialmente pandémicos, la OMS debería seguir ofreciendo formación y orientaciones operacionales técnicas a los Centros Nacionales de Gripe a fin de garantizar que sean plenamente conscientes de las funciones acordadas en el Acuerdo Modelo de Transferencia de Material 1, del uso eficaz del Mecanismo de Trazabilidad de los Virus de la Gripe, y de la importancia del intercambio apropiado de todos los materiales biológicos PIP y los datos sobre secuencias genéticas.

8. La OMS debería proporcionar a los laboratorios del SMVRG aclaraciones sobre la interpretación de las expresiones «oportunamente» y «siempre que sea viable» en relación con el intercambio de materiales biológicos PIP de todos los casos de virus A(H5N1) y otros virus gripales potencialmente pandémicos (sección 5.1.1 del Marco de PIP).

9. Si bien los datos sobre secuencias genéticas no sustituyen por completo la presencia física del virus, en los casos en que no sea posible enviar rápidamente materiales biológicos PIP, los datos sobre secuencias genéticas, si se dispone de ellos, deberían intercambiarse de inmediato.

10. El Programa Mundial de la Gripe (PMG) de la OMS debería fortalecer los contactos y los vínculos con los laboratorios, pertenezcan o no al SMVRG, y con otras redes, así como los procesos entre ellos.

11. La OMS, el SMVRG, la FAO, la OIE, la OFFLU y otros organismos deberían colaborar a fin de establecer orientaciones destinadas a los laboratorios del SMVRG y los laboratorios que realizan pruebas con animales para fortalecer sus relaciones y mejorar la vigilancia y la evaluación de riesgos de los virus gripales en la interacción entre animales y seres humanos.

Datos sobre secuencias genéticas

Resumen de las conclusiones:

Debido a la complejidad de su manejo en el Marco de PIP, los DSG no se incluyeron en la definición de material biológico PIP cuando se estableció el Marco de PIP. Por ello, si bien se hace un seguimiento del intercambio de virus a través del MTVG, el intercambio de DSG no es objeto de seguimiento, por lo que no desencadena la compartición de beneficios específicos prevista en el Marco de PIP. No obstante, gracias a los avances tecnológicos, los DSG desempeñan un papel cada vez más esencial en las investigaciones sobre la gripe, y en algunos casos pueden sustituir las muestras físicas para la evaluación del riesgo de

pandemia y la preparación de productos comerciales. Por lo tanto, se precisan urgentemente aclaraciones sobre el manejo de los DSG en el Marco de PIP.

El Grupo Asesor ya ha logrado ciertos avances positivos en el examen de posibles enfoques del manejo de los DSG en el Marco de PIP. Uno de los retos principales ha sido la falta de acuerdo sobre lo que debería ser objeto de seguimiento. Entre las opciones se incluye el seguimiento del acceso a los DSG o el seguimiento de los productos comerciales elaborados mediante la utilización de dichos datos. La transparencia en el intercambio y la trazabilidad de los DSG es crucial para determinar los beneficios resultantes que deberán compartirse.

Entre los diversos actores que han participado en los debates sobre cómo manejar los DSG hay diferentes opiniones sobre cuál sería el mejor sistema de trazabilidad y seguimiento. De las entrevistas y los debates más generales del Grupo de Examen se desprende claramente que también sigue habiendo cierta confusión entre las partes interesadas con respecto a las posibles opciones para el intercambio futuro de DSG.

Recomendaciones:

12. El Director General debería pedir a los Estados Miembros que consideren la posibilidad de modificar la definición de materiales biológicos PIP recogida en la sección 4.1 del Marco de PIP con objeto de incluir los datos sobre secuencias genéticas.

13. El Director General debería pedir a los Estados Miembros que examinen la posibilidad de aclarar el anexo 4, sección 9, en el que actualmente se indica que «Los laboratorios del SMVRG de la OMS enviarán datos sobre secuencias genéticas a GISAID y GenBank o a bases de datos semejantes en forma oportuna y en coherencia con el Acuerdo Modelo de Transferencia de Material», y lo enmienden para que rece del siguiente modo:

> «Los laboratorios del SMVRG de la OMS presentarán datos sobre secuencias genéticas a una o varias bases de datos de acceso público de su elección en forma oportuna y en coherencia con el Acuerdo Modelo de Transferencia de Material».

14. El Director General debería pedir a los Estados Miembros que consideren la posibilidad de actualizar y corregir el enunciado de la sección 5.2.2 del Marco de PIP, en la que actualmente se indica lo siguiente: «Reconociendo que la mayor transparencia y acceso a los datos sobre la secuencia genética de los virus gripales reviste importancia para la salud pública, y que existe una tendencia a utilizar bases de datos de dominio público o acceso público como GenBank y GISAID, respectivamente;»

> para que rece del siguiente modo:
>
> «Reconociendo que la mayor transparencia y acceso a los datos sobre la secuencia genética de los virus gripales reviste importancia para la salud pública, y que se utilizan bases de datos de dominio público o acceso público como GenBank y/o GISAID, respectivamente;»

15. Es crucial que el Marco de PIP se adapte a los avances tecnológicos, y que el Grupo Asesor elabore con carácter urgente recomendaciones para aclarar el manejo de datos sobre secuencias genéticas. El Grupo Asesor debería considerar la posibilidad de pedir a los Centros Colaboradores de la OMS que informen sobre cómo se realiza el manejo de los datos sobre secuencias genéticas, con objeto de proporcionar

información sobre las realidades operacionales del SMVRG en relación con la adquisición, intercambio y uso de tales datos, a fin de orientar las recomendaciones del Grupo Asesor sobre el manejo óptimo de datos sobre secuencias genéticas en el Marco de PIP.

16. El Director General debería lograr el apoyo de los Estados Miembros con objeto de velar por que los datos sobre secuencias genéticas de los virus gripales sigan siendo de acceso público en bases de datos sostenibles, a fin de lograr un intercambio oportuno, preciso y accesible de tales datos para la evaluación del riesgo de pandemia y la rapidez de la respuesta.

17. Teniendo en cuenta que los datos sobre secuencias genéticas pueden generarse en muchas entidades externas al SMVRG, y que son varias las opiniones sobre el mecanismo óptimo de trazabilidad y seguimiento, el Grupo Asesor debería considerar la posibilidad de ampliar y profundizar la colaboración con todas las partes interesadas.

Participación en los beneficios

Acuerdo Modelo de Transferencia de Material 2 (AMTM 2)

Resumen de las conclusiones:

Los AMTM 2 firmados hasta la fecha han permitido acceder a alrededor de 350 millones de dosis de vacunas contra la gripe pandémica para su suministro en tiempo real durante una pandemia. Sin embargo, las opciones contempladas en el Marco de PIP para que los fabricantes de otros productos que se utilizan en caso de pandemia (medios de diagnóstico, jeringuillas, etc.) adquieran compromisos en virtud de un AMTM 2 son demasiado limitadas, y se debería ofrecer la posibilidad de elegir entre una mayor variedad de compromisos

Gracias al enfoque estratégico de la secretaría del Marco de PIP de priorizar los acuerdos con grandes empresas que tienen vacunas precalificadas antes de entablar negociaciones con pequeñas y medianas empresas, se ha progresado considerablemente en la obtención de vacunas y antivíricos precalificados. Con el fin de facilitar la negociación de AMTM 2, la secretaría del Marco de PIP ha elaborado instrumentos[1] que definen los requisitos técnicos que deben cumplir los signatarios de AMTM 2, como la precalificación, los procedimientos de exportación y las autorizaciones reglamentarias.

La regularidad y la alta calidad de la comunicación entre la secretaría del Marco de PIP y la industria y otras partes interesadas han ayudado a concertar AMTM 2. En las pocas ocasiones en que las negociaciones se han complicado o estancado, la secretaría del Marco de PIP ha aplicado eficazmente el enfoque gradual recomendado por el Grupo Asesor para concertar acuerdos con mayor rapidez.[2]

---

[1] Frequently asked questions about Standard Material Transfer Agreements 2. En: Organización Mundial de la Salud [sitio web]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (http://www.who.int/influenza/pip/benefit_sharing/smta2_FAQs.pdf), consultado el 26 de septiembre de 2016.

[2] Grupo Asesor del Marco de PIP. Reunión del Grupo Asesor del Marco de Preparación para una Gripe Pandémica, 15-16 de octubre de 2015, Ginebra (Suiza). Informe para la Directora General [en inglés]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2015 (http://www.who.int/influenza/pip/ag_meetingreport_october2015.pdf), consultado el 22 de septiembre de 2015, párrafo 8.

La ejecución de los AMTM 2 cuando se produce un brote pandémico será esencial para la respuesta a la pandemia. Los Estados Miembros que dispongan de capacidad nacional para fabricar vacunas antigripales deben reconocer en sus planes de respuesta a pandemias de gripe los requisitos que se exigen a los fabricantes en los AMTM 2.

Recomendaciones:

18. La secretaría del Marco de PIP debería mejorar la comunicación de los progresos y logros alcanzados en relación con la concertación de AMTM 2, resaltando mejor su razón de ser y los criterios que rigen el establecimiento de prioridades para concertarlos, y aclarando el uso que se pretende dar a los antivíricos, las vacunas y los demás productos que permitan obtener.

19. La secretaría del Marco de PIP debería idear, para su examen por el Grupo Asesor y a reserva de la decisión final de los Estados Miembros, un procedimiento que permita incluir en el anexo 2 la aportación de contribuciones financieras y de materiales de recogida y procesamiento de muestras como opciones en los compromisos de los AMTM 2 de la categoría B.

20. El Director General debería considerar la posibilidad de pedir a los Estados Miembros que supriman el apartado 6.9 del Marco de PIP relativo a la reserva de vacunas en el contexto de la preparación para una gripe pandémica, toda vez que ya no tiene razón de ser.

21. El Director General debería pedir a los Estados Miembros con capacidad nacional de producción de vacunas que se comprometan a autorizar a las empresas fabricantes que entreguen a la OMS, a medida que se fabriquen, vacunas antipandémicas y otros productos que la OMS se asegure en virtud de los AMTM 2.

22. La OMS debería finalizar y hacer público en breve el Marco provisional para la gestión del riesgo de una gripe pandémica, que establecerá más claramente las condiciones para el cambio de producción de la vacuna estacional a la de la vacuna antipandémica.

Recaudación de las contribuciones de partenariado

Resumen de las conclusiones:

La participación de la industria en la elaboración colectiva[1] de la fórmula aplicable a la CP ha sido acogida muy favorablemente y ha tenido como resultado el pago temprano de las contribuciones en 2012 y la recaudación del 96%[2] del total de fondos previstos para 2013 y 2014. Sin embargo, no todas las empresas pagan sus contribuciones en el plazo previsto, lo que es preocupante porque el mecanismo de la CP depende de que todas las partes interesadas cumplan sus obligaciones.

---

[1] Partnership Contribution Standard Operating Procedures June 2015. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2015 (http://www.who.int/influenza/pip/benefit_sharing/pc_collection_sop.pdf?ua=1), consultado el 24 de septiembre de 2016, pág. 5, anexo 2.

[2] Cálculo basado en el documento *Pandemic Influenza Preparedness Framework, Partnership Contribution Annual Report 2015*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246229/1/WHO-OHE-PED-2016.01-eng.pdf), consultado el 24 de septiembre de 2016.

Varios representantes de la industria han señalado con preocupación que la fluctuación en la cuantía de las CP que se les exige entregar cada año les genera problemas presupuestarios y que preferirían abonar una cantidad fija.[1] De conformidad con la recomendación formulada por el Grupo Asesor en abril de 2016,[2] la industria ha iniciado un proceso de consultas para revisar la fórmula aplicable a la CP, en colaboración con todos los sectores industriales pertinentes (fabricantes de vacunas, medios de diagnóstico y medicamentos) y con la secretaría del Marco de PIP.[3]

En una encuesta sobre los costos de funcionamiento del SMVRG realizada a efectos del presente examen, las estimaciones obtenidas de 41 laboratorios indican que solo sus costos anuales totales de funcionamiento ascienden aproximadamente a US$ 39 millones. Aunque esta cifra es provisional y debería analizarse más en profundidad, esto indica que, probablemente, los costos de funcionamiento totales del conjunto del SMVRG han aumentado desde 2010.

Recomendaciones:

23. El Grupo Asesor debería valorar, en colaboración con la industria, la conveniencia de actualizar las estimaciones de los costos de funcionamiento u operación del SMVRG realizadas en 2010, como información de utilidad para revisar el cálculo de la fórmula de la CP. Esto facilitaría el pago puntual de la CP y su sostenibilidad como mecanismo de financiación para aplicar el Marco de PIP.

24. Teniendo en cuenta el buen resultado que ha dado el enfoque gradual para concertar AMTM 2 recomendado por el Grupo Asesor, este Grupo debería considerar la conveniencia de formular un método similar para solucionar el problema del pago insuficiente, el retraso en los pagos y el impago de las CP.

Aplicación de la contribución de partenariado

Resumen de las conclusiones:

Desde que los fondos de la CP se empezaran a distribuir en 2014, la aplicación del mecanismo de la CP ha permitido a los países elaborar planes plurianuales y ha impulsado la creación sostenible y provechosa de capacidad en los países prioritarios con respecto a cada una de las cinco áreas de trabajo en materia de preparación (laboratorio y vigilancia, carga de morbilidad, creación de capacidad de reglamentación, planificación de la distribución y comunicación de riesgos). También se ha creado un fondo de respuesta para su uso por la OMS en caso de que se produzca un brote pandémico.

Sin embargo, en ocasiones los gastos no se realizan al mismo ritmo que la recaudación, lo cual conduce a la percepción errónea entre algunos interesados de que no se necesitan

---

[1] Grupo de Examen del Marco de PIP. Informe de la tercera reunión del Grupo de Examen del Marco de Preparación para una Gripe Pandémica de 2016 [en inglés]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (http://www.who.int/influenza/pip/2016-review/meeting30march_1april.pdf), consultado el 4 de octubre de 2016.

[2] Grupo Asesor del Marco de PIP. Reunión del Grupo Asesor del Marco de Preparación para una Gripe Pandémica, 19-22 de abril de 2016, Ginebra (Suiza). Informe para la Directora General [en inglés]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (http://www.who.int/influenza/pip/ag_april2016_MeetingRpt.pdf?ua=1), consultado el 24 de septiembre de 2016.

[3] Secretaría del Marco de PIP, Organización Mundial de la Salud, datos inéditos, octubre de 2016.

fondos de preparación adicionales o de que no se están aplicando los planes de trabajo con arreglo a los plazos previstos.

La secretaría del Marco de PIP informa regularmente sobre los logros alcanzados y los problemas encontrados en la aplicación de la CP. A pesar de ello, las partes interesadas comunican regularmente problemas específicos a la OMS, a saber: 1) el hecho de que se sigan recaudando fondos para la CP mientras el fondo de respuesta permanece intacto, lo que les produce insatisfacción; esto parece indicar una falta de entendimiento de que el fondo de respuesta es un fondo de contingencia para responder rápidamente al inicio de una pandemia y de que su saldo es muy inferior al que se necesitará cuando se declare una pandemia; 2) el fundamento para seleccionar a los países beneficiarios prioritarios, a pesar de que se han publicado los criterios y el proceso de selección;[1] es probable que ello indique que algunos países desean ser incluidos en la lista; y 3) el desconocimiento de las vías por las que los fondos de la CP están creando capacidad en los países para aumentar la preparación frente una gripe pandémica.

Recomendaciones:

25. El Grupo Asesor debería considerar la inclusión en el Plan de aplicación de la CP 2018-2022 de métodos para evaluar el avance de los procesos, con objeto de hacer un mejor seguimiento de los progresos realizados en las principales áreas de trabajo.

26. El Grupo Asesor debería solicitar que se le presenten periódicamente informes y auditorías financieros y garantizar que se utilicen los debidos mecanismos de rendición de cuentas financieras. Además, debería pedir a la secretaría del Marco de PIP que explique por qué los fondos de la CP destinados a la respuesta serán seriamente insuficientes en caso de que se declare una pandemia.[2]

Gobernanza

Resumen de las conclusiones:

El Marco de PIP dispone de una estructura de gobernanza que funciona con eficacia a la hora de supervisar la aplicación práctica del Marco, gracias, entre otras cosas, a la decidida implicación de la OMS desde sus tres niveles de trabajo: la Sede, las oficinas regionales y las oficinas en los países. El Grupo Asesor sigue cumpliendo una función esencial en la gobernanza eficaz del Marco, supervisándola y orientándola con imparcialidad, responsabilidad y pragmatismo a partir de sus deliberaciones independientes. Sin embargo, sus miembros suelen dejar el Grupo tras cumplir un solo mandato de tres años, lo que puede entrañar interrupciones en la continuidad de los conocimientos.

---

[1] Pandemic Influenza Preparedness Framework, Partnership Contribution Implementation Plan 2013-2016. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2015 (http://www.who.int/influenza/pip/pip_pcimpplan_update_31jan2015.pdf?ua=1), consultado el 20 de septiembre de 2016, páginas 9-11.

[2] Véase la recomendación 2 *b*) del presente informe, en la que se indica lo siguiente: «La OMS debería comunicar de forma periódica y más eficaz los objetivos y el progreso realizado en la aplicación del Marco de PIP a los Estados Miembros, los laboratorios del Sistema Mundial de Vigilancia y Respuesta a la Gripe (SMVRG), la industria, la sociedad civil y otras partes interesadas. En particular, se debería mejorar la comunicación en torno a: *b*) las medidas de aplicación de la contribución de partenariado, las cuales deberían ser destacadas en los informes periódicos del Grupo Asesor y las sesiones informativas posteriores a las reuniones para que los progresos sean más visibles y se reconozcan claramente».

Aunque los informes anuales del Grupo Asesor[1] para la Directora General y los informes bienales de la Directora General[2] para la Asamblea Mundial de la Salud son exhaustivos y han tenido muy buena acogida, sus formatos y contenido difieren, lo que conlleva una preparación ineficiente de la información.

Algunos miembros del SMVRG, especialmente los CC de la OMS, estiman que debería haber mayor interacción entre ellos mismos, el Grupo Asesor y la secretaría del Marco de PIP, en particular a la hora de establecer grupos de trabajo técnicos y seleccionar a los expertos. Asimismo, podría ser útil que en los contactos directos que periódicamente mantiene el Grupo Asesor con la industria y la sociedad civil participaran también representantes del SMVRG.

Uno de los objetivos del Marco de PIP (sección 2) consiste en reforzar el SMVRG. En este sentido, desde 2011 se han ampliado el ámbito de trabajo y el alcance geográfico del Sistema y se ha mejorado su funcionamiento. Aun así, el liderazgo de esta red sigue revistiendo un carácter básicamente oficioso, y su coordinación reposa sobre todo en el PMG de la OMS. El hecho de que el SMVRG carezca de una estructura de liderazgo propia y oficializada ha tenido por consecuencia que en las actividades del Marco de PIP no hubiera una representación reconocida del conjunto de la red del SMVRG.

Como parte de la reforma de la labor de la OMS en materia de gestión de emergencias sanitarias emprendida en 2016, todas las actividades que la Organización lleva a cabo en el ámbito de las emergencias pasaron a depender de un nuevo Programa de Emergencias Sanitarias, al que está adscrita la secretaría del Marco de PIP.[3] Esta reorganización interna no altera para nada el compromiso de la OMS con el Marco de PIP. La secretaría del Marco depende en gran medida de una estrecha colaboración con muchas unidades técnicas de la OMS, en especial el PMG, que como unidad técnica a cargo de la gripe coordina el SMVRG, el cual a su vez secunda la aplicación del Marco de PIP.

Recomendaciones:

27. El Director General debería estudiar fórmulas para dotar al Grupo Asesor de mayor continuidad y mantener su acervo de conocimientos, por ejemplo previendo que sus miembros puedan cumplir un segundo mandato de duración flexible.

28. Para simplificar la labor de información convendría armonizar la estructura de los informes anuales que el Grupo Asesor presenta al Director General y la de los informes bienales que el Director General presenta a la Asamblea de la Salud.

29. La secretaría del Marco de PIP y el Grupo Asesor deberían abrir su colaboración con la sociedad civil a un mayor número de entidades participantes y trabajar más estrechamente con estas.

---

[1] Informes del Grupo Asesor del Marco de PIP [en inglés]. En: Organización Mundial de la Salud [sitio web]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (http://www.who.int/influenza/pip/pip_meetings_consultations/en/), consultado el 22 de septiembre de 2016.

[2] *Ibid.*

[3] Reforma de la labor de la OMS en la gestión de emergencias sanitarias. Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS. Informe de la Directora General. En: Organización Mundial de la Salud [sitio web]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (A69/30; http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_30-sp.pdf), consultado el 22 de septiembre de 2016.

30. En vista de la función esencial que cumplen los CC de la OMS dentro de la red del SMVRG, el Grupo Asesor debería entablar una colaboración más regular con dichos centros y con otros laboratorios esenciales del SMVRG, en particular al establecer grupos de trabajo técnicos.

31. El Director General debería abordar el tema de la ausencia de representación oficial de la red del SMVRG y alentar al PMG de la OMS y al SMVRG a oficializar cuanto antes dicha representación.

32. En todo proceso de reorganización interna de los departamentos de la OMS como parte del nuevo Programa de Emergencias Sanitarias, el Director General debería velar por que las actividades del SMVRG y el Marco de PIP sigan estando en estrecha sintonía con el PMG de la OMS e integrados en él, lo que conferiría más solidez a la dirección científica y técnica de la aplicación del Marco de PIP.

33. El Director General debería seguir proporcionando los recursos humanos y económicos necesarios para llevar adelante las actividades del Marco de PIP y aplicar las recomendaciones dimanantes del presente examen.

Vínculos con los programas de la OMS y otros instrumentos jurídicos

Plan de Acción Mundial para Vacunas contra la Gripe

Resumen de las conclusiones:

Existen importantes sinergias entre el Marco de PIP y el GAP,[1,2] en especial el hecho de alentar las transferencias de tecnología y la adquisición de capacidades en relación con los estudios de carga de morbilidad, los organismos de reglamentación y la comunicación de riesgos. No obstante, en la actualidad no se están concertando acuerdos de transferencia de tecnología mediante AMTM 2.

Será posible utilizar el examen del GAP realizado en noviembre de 2016 para valorar cuáles son los aspectos del GAP (estudios sobre la carga de morbilidad, pautas técnicas para los fabricantes de nuevas vacunas, distribución de vacunas o logística) a los que convendría dar continuidad como parte de la implantación de la CP del Marco de PIP.

Hoy por hoy la cantidad de vacunas contra la gripe pandémica que asegura la aplicación del Marco de PIP, sumada a la capacidad mundial de producción de vacunas (que incluye la nueva capacidad disponible a través del GAP), sigue siendo insuficiente para atender la demanda mundial que según las previsiones se generaría en el momento de una pandemia de gripe.

---

[1] Los objetivos del GAP, centrados en aumentar la capacidad de los países en desarrollo para fabricar vacunas antigripales, son los siguientes: aumento de la fabricación y utilización de las vacunas estacionales, aumento de la capacidad de producción de vacunas antipandémicas, y realización de las actividades pertinentes de investigación y desarrollo. El GAP fue elaborado por la OMS en colaboración con expertos universitarios y de salud pública, fabricantes de vacunas y organismos de financiación de países desarrollados y en desarrollo. La tercera y última consulta sobre el GAP tuvo lugar en noviembre de 2016.

[2] Plan de Acción Mundial para Vacunas contra la Gripe (GAP). En: Organización Mundial de la Salud [sitio web]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (http://www.who.int/influenza_vaccines_plan/es/), consultado el 22 de septiembre de 2016.

Recomendación:

34. El Grupo Asesor del Marco de PIP debería examinar las enseñanzas extraídas del Plan de Acción Mundial para Vacunas contra la Gripe (GAP), que llegó a su fin en noviembre de 2016, y determinar cuáles de sus aspectos serían útiles para secundar la aplicación del Marco.

Reglamento Sanitario Internacional (2005)

Resumen de las conclusiones:

Los fondos correspondientes a la CP del Marco de PIP pueden deparar beneficios adicionales en forma de mejora de las capacidades básicas prescritas en el RSI (2005),[1] especialmente en cuanto a la capacidad de laboratorio y vigilancia. Sin embargo, toda vez que los fondos de la CP no se empezaron a distribuir hasta 2014, aún no existen datos sobre la relación entre esos fondos y las capacidades básicas del RSI (2005). De cara al próximo examen del Marco de PIP cabría emprender un análisis de la incidencia que han tenido dichos fondos en las capacidades básicas prescritas en el RSI (2005).

Recomendación:

35. Convendría que en todas las actividades realizadas como parte del Marco de PIP se tuvieran muy presentes las disposiciones del RSI (2005) y que las iniciativas de creación de capacidad estuviesen en sintonía con las que se llevan a cabo en aplicación del RSI (2005), las favoreciesen y las complementasen. Para ello, y a fin de lograr un máximo de sinergia y eficacia, se precisaría una interacción más estrecha en los tres niveles de la OMS en todo lo referente a la aplicación del RSI (2005) y el Marco de PIP.

Protocolo de Nagoya al Convenio sobre la Diversidad Biológica

Resumen de las conclusiones:

El Marco de PIP es un instrumento multilateral sobre acceso y participación en los beneficios que parece ser coherente con los objetivos del Protocolo de Nagoya sobre acceso a los recursos genéticos y participación justa y equitativa en los beneficios derivados de su utilización del Convenio sobre la Diversidad Biológica.[2] En la negociación intergubernamental que condujo al Marco de PIP se establecieron reglas para acceder a VGPP y participar en los beneficios que de ahí se derivasen. En cambio, la aplicación del Protocolo de Nagoya puede introducir incertidumbre en relación con el intercambio de virus gripales, pues podría ocurrir que numerosas transacciones bilaterales requiriesen una negociación previa, lo que podría demorar el acceso a los virus. A medida que más países van implantando disposiciones legislativas nacionales para aplicar el Protocolo de Nagoya, más urgente resulta disipar esta incertidumbre y reducir el riesgo que trae consigo para la seguridad sanitaria mundial.

---

[1] Reglamento Sanitario Internacional (2005), 2.ª ed. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43983/1/9789243580418_spa.pdf), consultado el 22 de septiembre de 2016.

[2] Protocolo de Nagoya sobre acceso y participación en los beneficios. En: Convenio sobre la Diversidad Biológica [sitio web]. Montreal, Convenio sobre la Diversidad Biológica, Naciones Unidas, 2011 (https://www.cbd.int/abs/), consultado el 4 de octubre de 2016.

En muchos ámbitos no se entienden del todo las repercusiones que tiene la aplicación del Protocolo de Nagoya para la salud pública. La Secretaría de la OMS está elaborando un informe para aclarar estas repercusiones, pero a la vez es preciso que el sector de la salud pública conozca y entienda mejor el Protocolo y lo tenga más presente.

En el Protocolo de Nagoya no se determina de forma expresa un mecanismo por el cual reconocer un instrumento en relación con lo dispuesto en su artículo 4.4. El Grupo de Examen entiende que una entidad oficial que goce de autoridad y de credibilidad internacional, como la Reunión de las Partes o la Asamblea de la Salud, podría decidir que el Marco de PIP constituye un instrumento internacional especializado en materia de preparación y respuesta ante una gripe pandémica. Semejante decisión facilitaría el cumplimiento de los objetivos de acceso y compartición de beneficios del Marco de PIP, al garantizar que todos los países manejen del mismo modo los VGPP. A los efectos del Protocolo de Nagoya, el acceso a los VGPP y los beneficios derivados de él quedarían abarcados por el Marco de PIP, lo que dispensaría de suscribir acuerdos bilaterales caso por caso.

Recomendación:

36. El Marco de PIP debería ser considerado un instrumento internacional especializado para aportar mayor claridad a la aplicación del Protocolo de Nagoya en relación con las labores de preparación y respuesta ante una gripe pandémica:

- La Reunión de las Partes en el Protocolo de Nagoya de diciembre de 2016 brinda la ocasión de plantear el reconocimiento del Marco de PIP como instrumento internacional especializado en relación con la preparación y respuesta ante una gripe pandémica. A juicio del Grupo de Examen, sería útil para los objetivos del Marco de PIP que la Reunión de las Partes aprovechara esta oportunidad.

- Además, en la Asamblea Mundial de la Salud de 2017 convendría también plantear el reconocimiento del Marco de PIP como instrumento internacional especializado con arreglo al Protocolo de Nagoya.

Capítulo 1: Introducción y antecedentes

Garantizar la seguridad sanitaria de toda la población constituye hoy en día una preocupación fundamental en materia de salud pública. A causa del gran aumento de los viajes internacionales durante aproximadamente los últimos 40 años, las enfermedades ya no se puedan contener solo de forma geográfica. La seguridad sanitaria se convirtió en un aspecto prominente de la salud mundial después del brote de síndrome respiratorio agudo severo (SRAS) en 2003, la reaparición de la gripe por virus A(H5N1) en 2003 y 2004, y la gripe pandémica A(H1N1) pdm09[1] en 2009. En 2011, el informe del Comité de Examen acerca del funcionamiento del Reglamento Sanitario Internacional (2005) (RSI (2005)) en relación con la pandemia por virus A(H1N1) 2009 concluyó que el mundo estaba «mal preparado» para responder a una pandemia grave de gripe y que «la realidad inevitable es que en caso de pandemia grave habría decenas de millones de personas en riesgo de perder la vida».[2] Estos acontecimientos fueron una enseñanza valiosa para el mundo: solo se puede responder eficazmente al brote de un agente patógeno infeccioso que puede cruzar fronteras fácilmente mediante la colaboración estrecha y el intercambio de información entre los países.

Después de la reaparición de la gripe A(H5N1), potencialmente pandémica para el ser humano, a algunos países en desarrollo les preocupaba que, a pesar de haber facilitado muestras del virus a la red de laboratorios de salud pública del Sistema Mundial de Vigilancia y Respuesta a la Gripe (SMVRG), que recogen, estudian e intercambian los virus gripales, no podían costearse las vacunas ni otros productos médicos desarrollados gracias al intercambio de virus. Quedó patente que era necesario adoptar un nuevo sistema que eliminara los obstáculos para el intercambio de virus entre los científicos, la industria y los países y que garantizara al mismo tiempo un acceso justo y fácil a los productos de este intercambio por parte de quienes los necesitan más.

Tras cuatro años de negociaciones, este nuevo sistema quedó recogido en el Marco de Preparación para una Gripe Pandémica (PIP),[3] un instrumento internacional creado por 194 Estados Miembros de la OMS en 2011[4] que reunía a los países, la industria y la sociedad civil para preparar las defensas mundiales y reforzar la capacidad mundial de respuesta a una pandemia de gripe. Para ello, el Marco de PIP facilita el intercambio de virus gripales potencialmente pandémicos (VGPP) entre los países, con el fin de desarrollar antivirales, vacunas y medios de diagnósticos, asegurando a la vez un acceso justo y equitativo a estos productos en todo el mundo. El Marco de PIP también tiene por objeto aumentar las capacidades en materia de preparación frente a pandemias en todos los países y prioriza el apoyo

[1] El virus de la gripe A(H1N1)pdm09 es el responsable de la pandemia de gripe de 2009, la primera emergencia de salud pública de importancia internacional declarada en virtud del RSI (2005).

[2] Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005), Informe del Comité de Examen acerca del funcionamiento del Reglamento Sanitario Internacional (2005) en relación con la pandemia por virus (H1N1) 2009, Informe de la Directora General. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011 (A64/10; http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_10-sp.pdf), consultado el 20 de septiembre de 2016.

[3] Preparación para una gripe pandémica: Marco para el intercambio de virus gripales y el acceso a las vacunas y otros beneficios. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011 (http://www.who.int/influenza/pip/en/), consultado el 19 de septiembre de 2016.

[4] Punto 13.1 del orden del día. Preparación para una gripe pandémica: intercambio de virus gripales y acceso a las vacunas y otros beneficios. 64.ª Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011 (WHA64.5; http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_R5-sp.pdf), consultado el 21 de septiembre de 2016.

a aquellos que más lo necesitan. Un principio fundamental del Marco de PIP es que el intercambio de virus y la compartición de los beneficios se realicen en condiciones de igualdad, armonizando los intereses económicos y de la salud pública en un modelo beneficioso para todos y basado en el principio de la reciprocidad (véase la figura 1.1). El Marco de PIP permite una coordinación eficaz sin la necesidad de reescribir constantemente el reglamento, lo que provocaría retrasos que pueden ser devastadores para la salud pública durante una pandemia que se propaga con rapidez.

Los virus se intercambian a través de los 152 laboratorios del SMVRG, que incluyen 143 Centros Nacionales de Gripe (CNG) auspiciados por 113 Estados Miembros, 6 Centros Colaboradores de la OMS (CC de la OMS) para Referencia e Investigaciones sobre la Gripe, 4 Laboratorios Reguladores Esenciales de la OMS (LRE de la OMS) y 13 Laboratorios de Referencia de la OMS para el H5 (LRH5 de la OMS).[1,2] El Acuerdo Modelo de Transferencia de Material 1 (AMTM 1), que figura en el anexo 1 del Marco de PIP, es un contrato vinculante que establece las condiciones según las cuales los laboratorios del SMVRG intercambian materiales biológicos PIP entre ellos. Con la introducción de la tecnología de secuenciación genética y análisis de datos, una mayor proporción de virus se comparte por vía electrónica a través de sus secuencias genéticas, aunque los datos sobre secuencias genéticas (DSG) no se incluyan en los materiales biológicos PIP.

La compartición de los beneficios en el Marco de PIP se realiza de dos maneras: mediante la contribución de partenariado (CP) y la firma de un Acuerdo Modelo de Transferencia de Material 2 (AMTM 2). Los fabricantes de vacunas, productos farmacéuticos y medios de diagnóstico de la gripe que utilizan el SMVRG pagan anualmente CP, las cuales ascienden a un total de US$ 28 millones que se emplean para reforzar la preparación y respuesta ante una pandemia. Las entidades no pertenecientes al SMVRG que reciben muestras de virus, como los fabricantes o las instituciones académicas, firman un AMTM 2, un acuerdo jurídicamente vinculante para suministrar productos como vacunas, antivíricos y medios de diagnóstico si se produjera una pandemia.

¿Por qué se examina el Marco ahora?

La sección 7.4.2 del Marco de PIP prevé el primer examen del mismo (el «examen») y establece que el Marco de PIP y sus anexos deben ser examinados para 2016 «a fin de proponer a la Asamblea Mundial de la Salud en 2017, por conducto del Consejo Ejecutivo, revisiones que reflejen las novedades pertinentes».

El Grupo Asesor del Marco de PIP (el «Grupo Asesor») celebró una reunión extraordinaria el 13 y 14 de octubre de 2015 para recabar la opinión de los Estados Miembros, la industria y otras partes interesadas acerca del examen. El Grupo Asesor recomendó que se creara un pequeño grupo de expertos independientes para examinar la aplicación del Marco de PIP por

[1] Sistema Mundial de Vigilancia y Respuesta a la Gripe (SMVRG). En: Organización Mundial de la Salud [sitio web]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (http://www.who.int/influenza/gisrs_laboratory/en/ [en inglés solamente]), consultado el 20 de octubre de 2016.

[2] También existen laboratorios no pertenecientes al SMVRG que los Estados Miembros autorizan y designan para proporcionar materiales biológicos PIP al SMVRG. Se trata de laboratorios que se encuentran en Estados Miembros que no cuentan con un CNG o laboratorios adicionales que desempeñan ciertas funciones que habitualmente incumben a los CNG.

medio de un enfoque transparente e incluyente.[1] Con ese fin, la Directora General estableció el Grupo de Examen, integrado por ocho expertos con una amplia variedad de especialidades y procedentes de todas las regiones de la OMS. Se encomendó al Grupo de Examen que contestara a las preguntas siguientes:[2]

1. ¿Qué logros se han alcanzado desde que se adoptó el Marco de PIP?

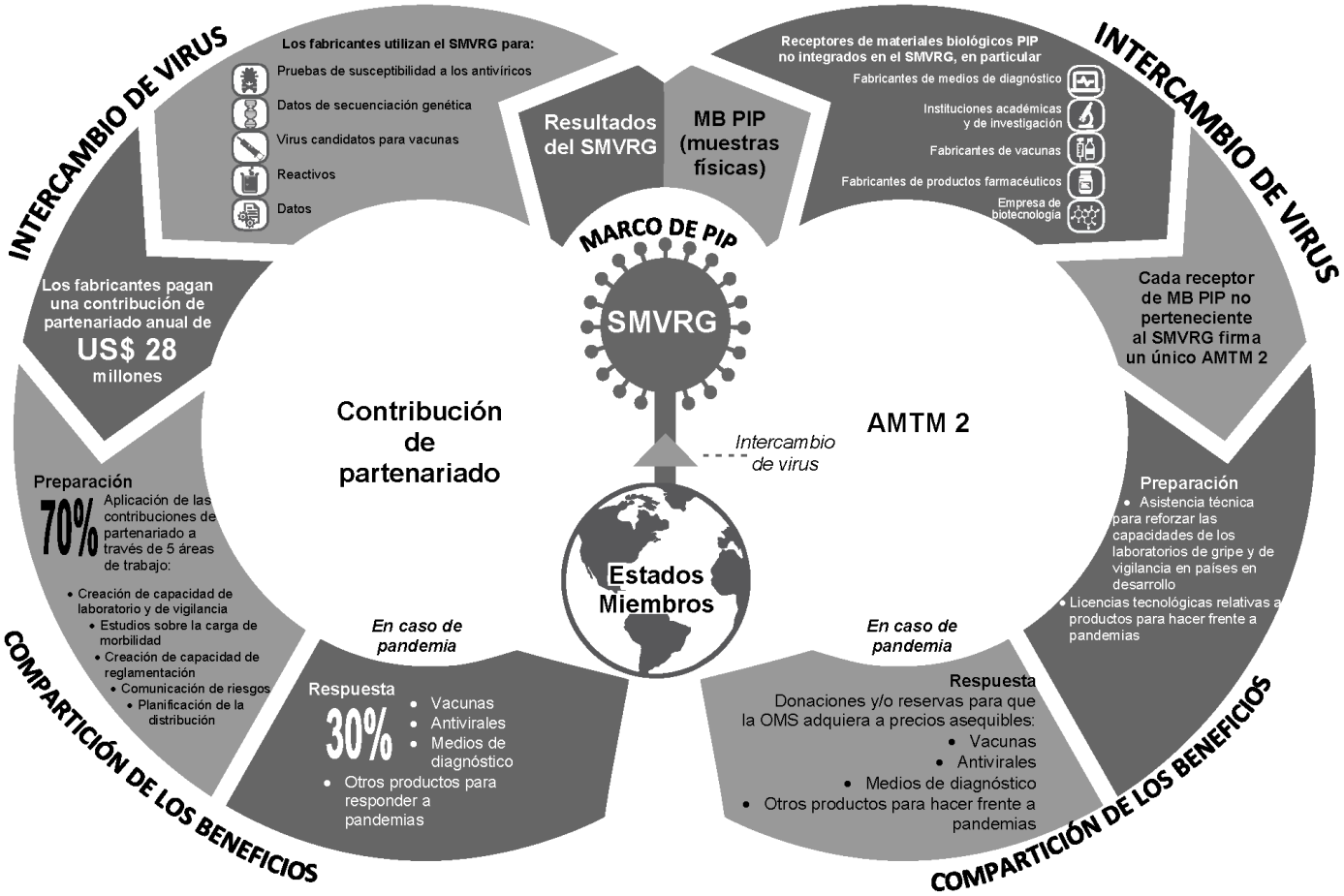
2. ¿Ha mejorado la aplicación del Marco de PIP la preparación mundial frente a una gripe pandémica, incluida la vigilancia durante los periodos interpandémicos, y la capacidad de respuesta?

3. ¿Cuáles son los problemas que se plantean y las posibles formas de superarlos?

[1] Grupo Asesor del Marco de PIP. Reunión extraordinaria del Grupo Asesor del Marco de Preparación para una Gripe Pandémica (PIP), 13-14 de octubre de 2015, Ginebra (Suiza). Informe para la Directora General. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2015 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_22Add1-sp.pdf), consultado el 24 de septiembre de 2016.

[2] *Ibid.*

Figura 1.1: Los componentes relativos al intercambio de virus y la compartición de los beneficios del Marco de PIP



SMVRG: Sistema Mundial de Vigilancia y Respuesta a la Gripe, compuesto por 143 Centros Nacionales de la Gripe (CNG) auspiciados por 113 Estados Miembros, 6 Centros Colaboradores de la OMS (CC), 4 Laboratorios Reguladores Esenciales de la OMS (LRE) y 13 Laboratorios de Referencia de la OMS para el H5 (LRH5)
Los fabricantes que pagan la contribución de partenariado pueden optar también a firmar un AMTM2

MB PIP: materiales biológicos PIP
AMTM 2: Acuerdo Modelo de Transferencia de Material 2 (y el AMTM 1 es el acuerdo firmado por los CNG para formar parte del SMVRG); el AMTM 2 es válido hasta el fin de la siguiente pandemia

Fuente: *OMS, 2016*

Capítulo 2: Método de trabajo

Durante la Reunión Extraordinaria del Grupo Asesor, celebrada el 13 y 14 de octubre de 2015, se trató de obtener la opinión de los Estados Miembros, la industria y otras partes interesadas acerca del mandato y la orientación del examen. Tras la reunión, el Grupo Asesor hizo recomendaciones a la Directora General sobre la organización, el proceso, el alcance y el mandato del examen.[1]

El Grupo de Examen fue designado en diciembre de 2015 y celebró cuatro reuniones presenciales entre marzo y septiembre de 2016 en la sede de la OMS en Ginebra. Estas reuniones estuvieron precedidas por dos teleconferencias en enero y febrero de 2016. El Grupo de Examen celebró sesiones de deliberación a las que solo tuvieron acceso los miembros y la Secretaría del Grupo de Examen. Además, se invitó a representantes de los Estados Miembros a asistir a una sesión de información y de preguntas y respuestas después de la teleconferencia de febrero de 2016 y las reuniones de marzo, junio y agosto/septiembre de 2016. Estas sesiones fueron transmitidas en vivo en el sitio web de la OMS, lo que permitió a todas las partes interesadas y al público tener acceso a las mismas.[2] Asimismo, la Presidenta del Grupo de Examen, la Dra. Christine Mwelwa Kaseba-Sata, presentó información actualizada sobre la labor del Grupo de Examen a la 69.ª Asamblea Mundial de la Salud el 25 de mayo de 2016.[3]

Los métodos de trabajo del Grupo de Examen se detallan en el anexo II y se resumen de la siguiente manera. El Grupo de Examen empezó su trabajo realizando un análisis sistemático del Marco de PIP y destacando las áreas que consideraba que no funcionaban eficazmente y los posibles motivos. El Grupo de Examen analizó documentos clave, como informes relativos a la labor del Grupo Asesor, la aplicación del Marco de PIP y un estudio sobre la aplicación del Protocolo de Nagoya.

Con objeto de recoger información útil para sus deliberaciones, el Grupo de Examen trató activamente de obtener durante el proceso aportaciones de los Estados Miembros y representantes del SMVRG, la industria, organizaciones de la sociedad civil, bases de datos pertinentes y otras partes interesadas, por medio de entrevistas y un proceso electrónico de consulta que incluía preguntas. En el contexto de las reuniones del Grupo de Examen, el 30 de marzo de 2016 y el 29 de agosto de 2016 se celebraron consultas abiertas en la sede de la OMS con los Estados Miembros, la sociedad civil y otras partes interesadas. En total, el Grupo de Examen realizó 40 entrevistas a informantes clave; recibió varias comunicaciones por escrito de Estados Miembros, la industria, la sociedad civil, bases de datos y otras partes interesadas; examinó otras iniciativas en curso para proteger la salud pública mundial; y solicitó información al personal de la OMS en la sede y las oficinas regionales.

---

[1] *Ibid.*

[2] Grupo de Examen del Marco de PIP. Examen de 2016 del Marco de PIP, informes de las reuniones del Grupo de Examen del Marco de PIP [en inglés]. En: Organización Mundial de la Salud [sitio web]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (http://www.who.int/influenza/pip/2016-review/meetings/en/), consultado el 20 de septiembre de 2016.

[3] Dra. Christine Mwelwa Kaseba-Sata, Presidenta del Grupo de Examen. Información actualizada sobre el trabajo del Grupo de Examen en la 69.ª Asamblea Mundial de la Salud. Comisión A, miércoles, 25 de mayo de 2016, sesión nocturna. En: Organización Mundial de la Salud [sitio web]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (http://www.who.int/mediacentre/events/2016/wha69/webstreaming/es/), consultado el 29 de septiembre de 2016.

El Grupo de Examen presentó su informe final a la Directora General en octubre de 2016 para que lo transmitiera al Consejo Ejecutivo de la OMS en enero de 2017 y a la Asamblea de la Salud en mayo de 2017.

Capítulo 3: Análisis global

En este informe, el Grupo de Examen cumple su mandato de:[1]

1. Debatir los logros del Marco de PIP;

2. Examinar si la aplicación del Marco de PIP ha hecho que mejore la preparación mundial frente a una gripe pandémica, incluida la vigilancia durante los periodos inter-pandémicos, y la capacidad de respuesta;

3. Debatir los posibles problemas que se plantean y las formas de superarlos.

Este capítulo aborda los dos primeros puntos adoptando un enfoque global del Marco de PIP en su conjunto y los logros (véase la figura 3.1) y las dificultades generales; en los capítulos posteriores (del 4 al 8) se aborda el tercer punto por medio del examen de los logros y problemas relacionados con elementos específicos del Marco de PIP y las posibles formas de superar los problemas.

[1] Grupo Asesor del Marco de PIP. Reunión extraordinaria del Grupo Asesor del Marco de Preparación para una Gripe Pandémica (PIP), 13-14 de octubre de 2015, Ginebra (Suiza). Informe para la Directora General. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2015 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_22Add1-sp.pdf), consultado el 24 de septiembre de 2016.

Figura 3.1 Los 10 logros principales del Marco de PIP

3.1 Un enfoque innovador para mejorar la preparación ante las pandemias

Principales conclusiones

Conclusión 1. El Marco de PIP, el cual se negoció mediante un amplio proceso intergubernamental, se considera un instrumento imaginativo e innovador para la preparación ante una gripe pandémica. Demuestra que el equilibrio entre el intercambio de virus y la compartición de los beneficios en igualdad de condiciones es un enfoque acertado para mejorar la preparación ante una gripe pandémica, lo que contribuye a mejorar la seguridad sanitaria mundial.

Conclusión 2. El Marco de PIP ha mejorado la preparación mundial ante una gripe pandémica por medio de un acceso fiable a los virus y sus esfuerzos constantes por garantizar un acceso en tiempo real cada vez mayor a las vacunas y los antivirales en el caso de gripe pandémica. Asimismo, ha mejorado la preparación financiando el fortalecimiento de la capacidad de los países prioritarios con poca o ninguna capacidad nacional para detectar, vigilar y compartir virus gripales novedosos, y garantizando que existe un fondo específico de respuesta frente a pandemias. A través de estas actividades, hay confianza y una mayor previsibilidad en la capacidad mundial de respuesta a una gripe pandémica, así como en la equidad de la respuesta.

Conclusión 3. El Marco de PIP es un modelo según el cual los Estados Miembros colaboran de forma transparente y eficaz, por conducto de la OMS, con distintos interesados directos, como la industria y la sociedad civil. La OMS organiza reuniones periódicas entre la industria y la sociedad civil y los Estados Miembros para llevar a la práctica diferentes aspectos del Marco de PIP y los involucra en etapas clave para la toma de decisiones. Dada la variedad de sus perspectivas, las partes interesadas hacen aportaciones fundamentales que contribuyen al éxito del Marco de PIP.

Conclusión 4. La evaluación continua de los riesgos de los virus de la gripe estacional realizada por el SMVRG y la evaluación periódica de los riesgos que plantean otros virus de la gripe de origen zoonótico para determinar su potencial pandémico ofrecen beneficios clave a los países a la hora de fortalecer las capacidades básicas de respuesta a la gripe estacionaria y de preparación frente a pandemias.

Conclusión 5. Aunque se presentan informes periódicos sobre aspectos individuales del Marco de PIP, como se prevé en las secciones 7.2.5 y 7.4.1, estos elementos no se reúnen actualmente en un modelo de evaluación global, lo que dificulta que las distintas partes interesadas tengan una visión integral del progreso general.

Conclusión 6. Se podrían reconocer de manera más visible las contribuciones hechas al Marco de PIP, incluido el apoyo considerable brindado por los Estados Miembros a sus laboratorios del SMVRG. Este reconocimiento podría basarse en la práctica existente de la secretaría del Marco de PIP de reconocer formalmente los pagos relativos a la CP.

El Marco de PIP adoptó un enfoque innovador al colaborar con las partes interesadas, en particular la industria, de una forma que no se había conseguido anteriormente en el área de la salud pública. Reunió a actores clave de la atención de salud pública y privada en una alianza que fue difícil de negociar, pero que ha tenido éxito.

3.2 Garantizar la pertinencia del Marco de PIP

Conclusión 7. Los principios del Marco de PIP, especialmente los relativos al intercambio de virus y la compartición de los beneficios en igualdad de condiciones, siguen siendo tan pertinentes como hace cinco años, dada la amenaza extraordinaria que presentan para la salud pública los virus gripales en constante mutación y el número creciente de emergencias sanitarias, como los brotes de enfermedad por el virus del Ebola y el virus de Zika.

Conclusión 8. Es especialmente importante mantener la contribución del Marco de PIP y demostrar los beneficios que aporta la preparación ante una gripe pandémica, ya que los países con varias prioridades sanitarias en pugna normalmente centran su atención en las amenazas planteadas por enfermedades locales y, por consiguiente, puede que no estén preparados para una gripe pandémica. El Marco de PIP debe seguir demostrando que contribuye a aumentar la seguridad sanitaria mundial en el contexto de un panorama más amplio de intervenciones de salud pública con el fin de seguir siendo pertinente para las instancias normativas, los gobiernos, la industria y las organizaciones internacionales.

Conclusión 9. Actualmente, el Marco de PIP no especifica el momento en el que se llevarán a cabo los exámenes posteriores. Para garantizar que el Marco de PIP siga siendo pertinente y tenga el impacto adecuado, es necesario revisar periódicamente su funcionamiento. Los Estados Miembros deben indicar la frecuencia con la que los exámenes deberían realizarse en el futuro.

Conclusión 10. Una preocupación urgente y cada vez mayor entre los Estados Miembros y otras partes interesadas ha sido cómo abordar las repercusiones de las nuevas tecnologías, en particular en relación con el manejo de los DSG, con arreglo al Marco de PIP.

Aunque el texto del Marco de PIP fue formulado de la forma más prospectiva posible, también refleja un momento político, científico, tecnológico y económico particular. Preparar al mundo para una gripe pandémica continúa siendo una misión crítica y es importante que el Marco de PIP siga siendo pertinente por medio de su adaptación al panorama de la salud mundial, en constante evolución.

La salud mundial, especialmente en relación con los patógenos infecciosos, se inscribe cada vez más en el contexto de la seguridad sanitaria, donde las distintas iniciativas y los actores clave van más allá del sector sanitario e incluyen a actores humanitarios, organismos de desarrollo, organismos de las Naciones Unidas y comunidades. El panorama de la financiación también es más amplio y la financiación para responder a las pandemias ahora incluye el nuevo Mecanismo de Financiamiento para Emergencias Pandémicas del Banco Mundial.[1]

El Marco de PIP también debe adaptarse a los avances tecnológicos, los cuales pueden cambiar la forma en la que los virus gripales se comparten o propician el desarrollo de nuevos productos. Estos cambios pueden incluir nuevos métodos de análisis de laboratorio, cambios en la tecnología empleada para la producción de vacunas antigripales y tecnologías de comunicación novedosas, así como novedades en el uso de secuencias genéticas de virus gripales.

[1] *Pandemic Emergency Facility: Frequently Asked Questions*. En: Banco Mundial [sitio web]. Ginebra, Banco Mundial, 2016 (http://www.worldbank.org/en/topic/pandemics/brief/pandemic-emergency-facility-frequently-asked-questions), consultado el 26 de octubre de 2016.

3.2.1 Debate sobre la inclusión de la gripe estacional en el Marco de PIP

Conclusión 11. El Grupo de Examen recibió opiniones muy diversas de informadores clave, como los Estados Miembros, la industria y la sociedad civil, sobre este asunto complejo y difícil; había opiniones firmes tanto a favor como en contra de incluir la gripe estacional en el Marco de PIP. Deben estudiarse más en profundidad las repercusiones que tendría la inclusión de la gripe estacional.

El Marco de PIP indica en su alcance (sección 3.2) que el Marco «no se aplica a los virus de la gripe estacional». Aunque se consideró incluir los virus de la gripe estacional, estos no figuran en el texto final del Marco de PIP. Sin embargo, en realidad, los virus de la gripe estacional y pandémica existen como un todo continuo con humanos, aves y otros animales. Cada uno de los virus gripales novedosos potencialmente pandémicos se debe a la constante evolución de los virus, que pueden reagruparse con otros virus gripales. Esto se denomina «variaciones antigénicas mayores»[1] y puede llevar rápidamente a la aparición de nuevos virus potencialmente pandémicos.

La gran mayoría de los virus compartidos a través del SMVRG son virus estacionales; anualmente se comparten 28 000 virus estacionales con los CC de la OMS.[2] Estos virus experimentan «variaciones antigénicas menores»[3] mediante la mutación, lo que a menudo exige una actualización de los virus en la vacuna estacional. Además, estas «variaciones antigénicas menores» pueden ser importantes y transformar los virus en virus estacionales virulentos. La mayoría de la labor del SMVRG consiste en la evaluación de riesgos estacionales, la caracterización de virus, el desarrollo de virus candidatos para vacunas (VCV) y reactivos y kits de diagnóstico y la formulación de recomendaciones sobre los virus para la vacuna estacional. Esto tiene una importancia crítica para los fabricantes y los países. Además, la producción eficaz de la vacuna estacional es vital para la producción de una vacuna antipandémica, ya que se utilizan las mismas instalaciones. Estas instalaciones deben ser sólidas si se desea cambiar rápida y oportunamente de la producción de la vacuna estacional a la producción de una vacuna antipandémica en el momento adecuado.[4]

---

[1] De acuerdo con los CDC, «las variaciones antigénicas mayores son cualquier modificación súbita e importante que da lugar a nuevas proteínas hemaglutinina (y/o hemaglutinina y neuraminidasa) en virus de la gripe A que infectan al ser humano. Estas variaciones producen la aparición de un nuevo subtipo de virus de la gripe A o un virus con una combinación de hemaglutinina o de hemaglutinina y neuraminidasa surgido de una población animal que es tan diferente del mismo subtipo presente en el ser humano que la mayoría de las personas no tienen inmunidad contra él». *How the Flu Virus Can Change: «Drift» and «Shift»*. Atlanta, Georgia: Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos, 2016 (http://www.cdc.gov/flu/about/viruses/change.htm), consultado el 19 de septiembre de 2016.

[2] Programa Mundial de la Gripe, Organización Mundial de la Salud, datos inéditos, octubre de 2016.

[3] Los CDC definen las variaciones antigénicas menores como «pequeños cambios en los genes de los virus gripales que ocurren de manera continuada a lo largo del tiempo mientras el virus se replica». *How the Flu Virus Can Change: «Drift» and «Shift»*. Atlanta, Georgia: Centros para la Prevención y el Control de las Enfermedades, 2016 (http://www.cdc.gov/flu/about/viruses/change.htm), consultado el 19 de septiembre de 2016.

[4] *Influenza Vaccine Response during the Start of a Pandemic*, informe de una consulta informal de la OMS celebrada en Ginebra (Suiza) del 29 de junio al 1 de julio de 2015. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/207751/1/WHO_OHE_PED_GIP_2016.1_eng.pdf), consultado el 20 de septiembre de 2016.

Cabe señalar que en el contexto de la aplicación del mecanismo de CP del Marco de PIP, el valor de la producción de la vacuna estacional es la base sobre la que cada fabricante de vacunas que utiliza el SMVRG determina su «rango de ventas», el cual a su vez constituye el factor determinante para calcular la cantidad que la OMS pide a cada empresa que contribuya.

La distinción entre los virus estacionales y pandémicos puede presentar dificultades. Esto es particularmente evidente cuando un virus —como el de la gripe A(H1N1)— causa una epidemia grave en un país bastante después de que se haya declarado el fin de la pandemia original. Esto ocurrió en mayo de 2016 en Fiji, cuando la gripe A(H1N1) causó la muerte a varias embarazadas[1] bastante después de que se hubiera declarado el fin de la pandemia.

Sin embargo, la ampliación del Marco de PIP para incluir la gripe estacional provocaría un aumento considerable del volumen de trabajo para los laboratorios del SMVRG si el seguimiento de los virus estacionales se realiza de la misma manera que el de los virus gripales potencialmente pandémicos. También se debería examinar el aspecto relativo a la compartición de beneficios.

3.2.2 Mejora de la comunicación sobre el Marco de PIP

Conclusión 12. Algunas partes interesadas no entienden claramente los aspectos clave del Marco de PIP, como la selección de países prioritarios para la aplicación de la CP y el progreso que se está logrando en los proyectos financiados por la CP. Aunque la comunicación de la OMS y el Grupo Asesor con las partes interesadas ya es constante y transparente, estas lagunas de comprensión deben subsanarse mediante la mejora de la comunicación sobre aspectos clave del Marco de PIP, su aplicación y sus logros.

Sería beneficioso que la aplicación del Marco de PIP vaya acompañada de una comprensión lo más amplia posible. Aunque la secretaría del Marco de PIP se comunica frecuentemente por medio de reuniones presenciales, teleconferencias, boletines y el sitio web[2] de la OMS sobre el Marco de PIP, la rotación de personal dentro de las misiones permanentes de los Estados Miembros en Ginebra, las oficinas regionales de la OMS y las organizaciones interesadas lleva a la pérdida de la memoria institucional, lo que significa que no participan de una manera óptima en el contexto del Marco de PIP.

La información sobre la importancia del Marco de PIP para la salud pública también debería dirigirse a un abanico más amplio de organizaciones de la sociedad civil, puesto que la falta de comprensión acerca de la gravedad de la gripe puede tener repercusiones de mayor alcance para la salud.

---

[1] Fiji Health & Nutrition Cluster. Bulletin #8: Covering Period 6 May-13 June, 2016. En: Ministerio de Salud y Servicios Médicos de Fiji [sitio web]. Toorak: Ministerio de Salud y Servicios Médicos de Fiji; 2016 (http://www.health.gov.fj/wp-content/uploads/2016/03/20160613_HNC_Bulletin8_final.pdf), consultado el 4 de octubre de 2016.

[2] Marco de Preparación para una Gripe Pandémica. En: Organización Mundial de la Salud [sitio web]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (http://www.who.int/influenza/pip/en/), consultado el 20 de septiembre de 2016.

3.3 Aplicación del Marco de PIP a otros patógenos

Conclusión 13. El éxito del Marco de PIP a la hora de garantizar un acceso mejor y más equitativo a los virus, las vacunas, los antivirales y los medios de diagnóstico ha llevado a que algunas partes interesadas propongan ampliar el Marco de PIP para incluir otros patógenos infecciosos, mientras que otras han sugerido tomar los principios del Marco de PIP como modelo.

Conclusión 14. La ampliación del Marco de PIP actual para incluir patógenos diferentes a los virus de la gripe, como recomienda el informe de 2016 del Grupo de Alto Nivel de las Naciones Unidas sobre la Respuesta Mundial a las Crisis Sanitarias,[1] sería un proceso muy complicado y podría poner en peligro su viabilidad; ninguna otra afección tiene un sistema en el que una red de laboratorios de salud pública y la industria son interdependientes desde hace tanto tiempo.

Conclusión 15. Es probable que el uso de los principios del Marco de PIP como modelo de equidad y reciprocidad en otras enfermedades, como recomienda el informe de 2016 del Comité de Examen sobre el papel del RSI (2005) en el brote de ebola y la respuesta que se le ha dado,[2] sea más factible que ampliar su alcance, aunque es probable que siga siendo difícil

El éxito del Marco de PIP ha llevado a que algunas partes interesadas consideren cómo se podrían extrapolar a otras enfermedades las enseñanzas extraídas de su aplicación. Algunos informes han llegado a sugerir que se debería ampliar el propio Marco de PIP. El Grupo de Alto Nivel de las Naciones Unidas sobre la Respuesta Mundial a las Crisis Sanitarias recomendó en su informe publicado en enero de 2016 que «la OMS convoque a sus Estados miembros para renegociar el Marco de Preparación para una Gripe Pandémica con miras a incluir otros patógenos nuevos, convertirlo en un instrumento jurídicamente vinculante y lograr un equilibrio adecuado entre las obligaciones y los beneficios, de conformidad con los principios del Protocolo de Nagoya de 2010 al Convenio sobre la Diversidad Biológica».[1]

En opinión de este Grupo de Examen, aunque el Marco de PIP podría emplearse como un modelo eficaz, la ampliación del propio Marco de PIP para incluir otros patógenos sería muy difícil. El informe de 2016 del Comité de Examen sobre el papel del RSI (2005) refleja un enfoque más pragmático, ya que recomendaba que la OMS y los Estados Partes «deberían considerar la posibilidad de utilizar el Marco de PIP o acuerdos similares ya existentes como modelo para crear nuevos acuerdos con respecto a otros agentes infecciosos que hayan causado o pudieran ser causa de emergencias de salud pública de importancia internacio-

[1] Proteger a la humanidad de futuras crisis sanitarias, Informe del Grupo de Alto Nivel sobre la Respuesta Mundial a las Crisis Sanitarias, Recomendación 15. Asamblea General de las Naciones Unidas, 9 de febrero de 2016. Nueva York, Naciones Unidas, 2016 (A/70/723; http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/70/723&Lang=S), consultado el 20 de septiembre de 2016.

[2] Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005), Informe del Comité de Examen sobre el papel del Reglamento Sanitario Internacional (2005) en el brote de ebola y la respuesta que se le ha dado, Informe de la Directora General, 13 de mayo de 2016. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (A69/21; http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_21-sp.pdf?ua=1), consultado el 20 de septiembre de 2016.

nal. Dichos acuerdos deberían basarse en el principio de compensar el intercambio de muestras y datos con la compartición de beneficios en pie de igualdad».[1]

Buscar el equilibrio entre los intereses de distintas partes interesadas para garantizar la equidad en la salud pública es complejo. El hecho de que el Marco de PIP sea el primer acuerdo mundial de este tipo tiene mucho que ver con la singularidad del propio virus de la gripe: muta frecuentemente y, debido a la necesidad de contar con vacunas contra la gripe estacional actualizadas, tiene un ciclo de producción continuo, lo que, a su vez, da lugar a una fuente de ingresos constante para los fabricantes, así como una línea de producción de alta calidad que permite a los fabricantes estar preparados para pasar de la producción de vacunas contra la gripe estacional a la producción de vacunas contra la gripe pandémica. Asimismo, existe una red sólida y establecida de laboratorios en el SMVRG que monitorea la gripe, lo que sirvió de base para el Marco de PIP.

Sin embargo, en lo que concierne a la mayoría de patógenos nuevos y emergentes, no existe una red establecida de laboratorios que intercambie periódicamente muestras y conocimientos especializados con una capacidad establecida de producción de vacunas (u otro producto). De este modo, aunque el intercambio de virus y la compartición de beneficios en pie de igualdad se podrían aplicar a otros patógenos, es probable que el uso del Marco de PIP como modelo presente importantes obstáculos operacionales y de aplicación.

Recomendaciones generales

1. La OMS debería desarrollar un modelo de evaluación integral que incluya indicadores generales del éxito del Marco de Preparación para una Gripe Pandémica (PIP) para presentar informes anuales. Los informes deberían incluir una infografía que ilustre los progresos generales realizados con respecto a la aplicación del Marco de PIP para tener una mayor claridad en cuanto a la mejora de la preparación y la respuesta frente a una pandemia.

2. La OMS debería comunicar de forma periódica y más eficaz los objetivos y el progreso realizado en relación con la aplicación del Marco de PIP a los Estados Miembros, los laboratorios del SMVRG, la industria, la sociedad civil y otras partes interesadas. En particular, se debería mejorar la comunicación en torno a:

   a) El progreso en relación con el modelo de evaluación integral;

   b) Las medidas de aplicación de la CP, las cuales deberían ser destacadas en los informes periódicos del Grupo Asesor y las sesiones informativas posteriores a las reuniones para que el progreso sea más visible y se reconozca claramente;

   c) La comunicación y la transparencia en relación con cuestiones como la selección de países que recibirán ayuda para la aplicación de la CP, con el fin de mejorar la comprensión del Marco de PIP entre los Estados Miembros;

[1] Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005), Informe del Comité de Examen sobre el papel del Reglamento Sanitario Internacional (2005) en el brote de ebola y la respuesta que se le ha dado, Informe de la Directora General, 13 de mayo de 2016. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (A69/21; http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_21-sp.pdf?ua=1), consultado el 20 de septiembre de 2016.

d) La importancia de las contribuciones voluntarias de partes interesadas y los compromisos en especie de los Estados Miembros, que incluyen el apoyo al SMVRG y el mantenimiento del mismo al cubrir los gastos de funcionamiento habituales de los laboratorios.

3. El Director General debería realizar un estudio para determinar si conviene o no y las implicaciones de incluir los virus de la gripe estacional en el Marco de PIP.

4. El Marco de PIP es un modelo fundamental de reciprocidad en materia de salud pública mundial que podría aplicarse a otros patógenos; sin embargo, el alcance actual del Marco de PIP debería seguir limitándose a la gripe pandémica en estos momentos.

5. Los Estados Miembros deberían determinar la fecha en la que se realizará el próximo examen del Marco de PIP, que debería ser antes de finales de 2021.

Capítulo 4: Intercambio de virus

4.1 Panorama general

Principales conclusiones

Conclusión 16. El mecanismo de intercambio de virus del SMVRG funciona bien en general y está en vías de extenderse a más regiones geográficas. Entre 2011 y 2016, el número de CNG pasó de 136 a 143, el de Laboratorios de Referencia de la OMS para el H5 de 12 a 13; y el número de CC de la OMS se mantuvo en seis y en cuatro el de los LRE de la OMS. En el plano operacional, existen plataformas para el intercambio rápido de información e interacciones sólidas entre diferentes organizaciones. El Proyecto OMS de Fondo para Envíos (en adelante «Fondo para Envíos») ha mejorado la capacidad de los laboratorios para intercambiar virus.

Conclusión 17. En el Marco de PIP (anexo 4) se establecen los principios rectores para los mandatos de los laboratorios del SMVRG de la OMS; la evaluación del cumplimiento de tales mandatos se lleva a cabo mediante autoevaluaciones de los laboratorios del SMVRG y encuestas a los CNG. Los datos recabados demuestran que los laboratorios cumplen las obligaciones que les corresponden en virtud del AMTM 1.

Conclusión 18. De los debates del Grupo de Examen con informadores clave de los laboratorios se desprendió que aquellos no tenían una idea clara de la definición de los términos «oportunamente» y «representativo» con respecto al intercambio de materiales biológicos PIP y de DSG, ni el significado de la expresión «siempre que sea viable» en relación con el intercambio de todos los casos de infección por virus A(H5N1) y otros VGPP en la sección 5.1.1 del Marco.

Conclusión 19. El SMVRG ofrece beneficios considerables, como la realización de evaluaciones de riesgos críticos, y la provisión de virus para vacunas y recomendaciones conexas, kits de diagnóstico, reactivos, virus de referencia, conocimientos técnicos, formación y creación de capacidad. El fomento de la capacidad de laboratorio para la gripe parece haber tenido beneficios colaterales para otros patógenos, como el coronavirus causante del síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS-CoV).[1] *Sin embargo, el Grupo de Examen observó que existen algunos obstáculos (por ejemplo políticos, normativos y logísticos) al suministro de reactivos y kits de diagnóstico en algunos laboratorios.*

Conclusión 20. La autoevaluación del SMVRG puso también de manifiesto puntos débiles, como deficiencias en la cobertura geográfica (especialmente en África y Oriente Medio), además de financiación nacional insuficiente y falta de atención prioritaria a la vigilancia antigripal.[2]

---

[1] Self-assessment of the WHO Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS), Report to the Advisory Group. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2014 (http://www.who.int/influenza/pip/virus_sharing/gisrs_self_assessment.pdf), consultado el 19 de septiembre de 2016, sección 4.1.

[2] *Ibid.,* sección 4.2.

Conclusión 21. Existen vínculos permanentes entre laboratorios del SMVRG y otros laboratorios que no pertenecen al sistema, en particular en el sector animal. Sin embargo, en opinión de algunos informantes debería haber vínculos más estrechos entre las partes del sistema enmarcadas en el SMVRG y las que no lo están.

Conclusión 22. El SMVRG colabora estrechamente con la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), la Organización Mundial de Sanidad Animal (OIE) y la Red OIE-FAO de expertos en influenza animal (OFFLU) para llevar a cabo evaluaciones de riesgos y desarrollar virus candidatos para vacunas. En algunos casos, cuando no se intercambian virus de infecciones de seres humanos (o el intercambio se retrasa) debido a controles a la exportación, a la indecisión política o a razones de otro tipo, se han utilizado virus animales para la evaluación de riesgos y el desarrollo de VCV. Sin embargo, no está claro cuándo intercambiar muestras de origen animal con el SMVRG, lo cual podría mejorarse.

Conclusión 23. En el caso de una pandemia de gripe, el SMVRG se enfrentará a un aumento súbito de muestras para procesar, y se han manifestado inquietudes por la posibilidad de que la red se vea desbordada. La OMS ha facilitado orientaciones para prepararse ante esa contingencia, en particular para dar prioridad al envío de muestras de virus a los CC de la OMS a fin de que estos los sometan a nuevos análisis y desarrollen VCV.[1] Las orientaciones demostraron ser valiosas durante la pandemia del virus A(H1N1) de 2009, por lo que será preciso mantenerlas o mejorarlas, según sea necesario, y seguir publicándolas.

Conclusión 24. Tras la reciente presentación de la publicación Tool for Influenza Pandemic Risk Assessment *(TIPRA),[2] la OMS tiene la oportunidad de colaborar con Estados Miembros que cuentan con laboratorios del SMVRG para fortalecer las capacidades de evaluación de riesgos en relación con la gripe pandémica.*

Dado que la gripe evoluciona rápidamente y la amenaza potencial que representa como enfermedad pandemiógena, es fundamental para la vigilancia, preparación y respuesta contar con un sistema mundial de intercambio de virus gripales que sea robusto. El seguimiento de la evolución y propagación mundiales de los virus de la gripe ayuda a los funcionarios de salud pública a efectuar estudios de evaluación de riesgos y detectar posibles virus pandémicos; por otro lado, las muestras de virus y la información sobre las secuencias genéticas son indispensables para elaborar los medios de diagnóstico, vacunas y productos farmacéuticos necesarios para detectar, prevenir y tratar la enfermedad.

El SMVRG lleva a cabo muchas de estas funciones y es el pilar del Marco de PIP. Durante más de 60 años una red mundial de laboratorios de salud pública, conocida como Red Mundial de Vigilancia de la Gripe, ha venido efectuando la recopilación y seguimiento de los virus gripales. Con la adopción del Marco de PIP en 2011, pasó a denominarse SMVRG con objeto de reflejar la ampliación de sus funciones, que se establecen en el AMTM 1 (anexo 1

[1] WHO checklist for influenza pandemic preparedness planning. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2005 (WHO/CDS/CSR/GIP/2005.4; http://www.who.int/influenza/resources/documents/FluCheck6web.pdf), consultado el 19 de septiembre de 2016.

[2] Tool for Influenza Pandemic Risk Assessment (TIPRA), publicación de la versión 1. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (WHO/OHE/PED/GIP/2016.2; http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250130/1/WHO-OHE-PED-GIP-2016.2-eng.pdf), consultado el 4 de octubre de 2016.

del Marco de PIP), un contrato vinculante en el que se especifican las condiciones en las que los laboratorios del SMVRG intercambian virus gripales potencialmente pandémicos.

Los laboratorios del SMVRG efectúan un seguimiento de la evolución de los virus gripales, lo que les permite ofrecer a los Estados Miembros una evaluación de riesgos (véase el recuadro 4.1) y alerta temprana vitales, por ejemplo mediante resúmenes mensuales de evaluación de riesgos.[1] Si bien el Marco de PIP (sección 3) se limita a los virus gripales potencialmente pandémicos, la red del SMVRG maneja todos los virus gripales humanos y algunos virus gripales de origen animal que suponen una amenaza para los seres humanos (por ejemplo, H3N2v y H5, H7 o H9). Todos los virus gripales que son pertinentes para las vacunas estacionales o la preparación frente a una pandemia deben entrar en la red del SMVRG por un canal apropiado.

La red del SMVRG proporciona importantes beneficios a los Estados Miembros y otras entidades, en particular los siguientes: consulta oficiosa especializada sobre la mejora de la selección de los virus para las vacunas antigripales,[2] orientaciones sobre la interrupción de la producción de vacunas estacionales para concentrarse en fabricar vacunas antipandémicas,[3] cursos de formación, conferencias especializadas para los CNG, y un mayor número de publicaciones científicas conjuntas, por ejemplo sobre la formulación por parte de la OMS de sus recomendaciones relativas a los virus para vacunas.[4] En algunos casos, se ha aprovechado también la red del SMVRG para responder a amenazas debidas a patógenos no gripales (por ejemplo, para la vigilancia del virus sincitial respiratorio)[5] y algunos laboratorios del SMVRG detectan sistemáticamente otros patógenos, como los del sarampión y la poliomielitis.[6]

Los CNG constituyen el eje central del Sistema Mundial de Vigilancia. Se encargan de recoger «muestras clínicas de casos sospechosos de infección» por VGPP, sirven «como centro de acopio de virus gripales presuntamente pandémicos aislados», efectúan análisis prelimina-

---

[1] Monthly Risk Assessment Summary, Influenza at the Human-Animal Interface. En: Organización Mundial de la Salud [sitio web]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011 a 2016 (http://www.who.int/influenza/human_animal_interface/HAI_Risk_Assessment/en/), consultado el 20 de septiembre de 2016.

[2] Por ejemplo, la 4.ª Consulta oficiosa para mejorar la selección de los virus para las vacunas antigripales. En: Organización Mundial de la Salud [sitio web]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2015 (http://www.who.int/influenza/vaccines/virus/4thmtg_improve_vaccine_virus_selection/en/), consultado el 19 de septiembre de 2016.

[3] Organización Mundial de la Salud. *Influenza vaccine response during the start of a pandemic,* informe de una consulta informal de la OMS celebrada en Ginebra (Suiza) del 29 de junio al 1 de julio de 2015. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/207751/1/WHO_OHE_PED_GIP_2016.1_eng.pdf), consultado el 19 de septiembre de 2016.

[4] Ampofo W, Azziz-Baumgartner E, Bashir U, Cox NJ, Fasce R, Giovanni M, et al. «Strengthening the influenza vaccine virus selection and development process: Report of the 3rd WHO Informal Consultation for Improving Influenza Vaccine Virus Selection held at WHO headquarters, Geneva, Switzerland, 1-3 April 2014». *Vaccine*. 2014;36:4368-82. doi: 10.1016/j.vaccine.2015.06.090.

[5] Organización Mundial de la Salud. WHO informal consultation on surveillance of respiratory syncytial virus on the WHO Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS) platform, 25–27 March 2015. *Weekly Epidemiological Record - Relevé épidémiologique hebdomadaire* 2016;91:1 (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26753193), consultado el 19 de septiembre de 2016.

[6] Self-assessment of the WHO Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS), Report to the Advisory Group. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2014 (http://www.who.int/influenza/pip/virus_sharing/gisrs_self_assessment.pdf), consultado el 19 de septiembre de 2016.

res y envían «en el plazo de una semana, muestras clínicas y/o virus», entre otras funciones.[1] Los Estados Miembros, a través de sus CNG, están obligados a «suministrar (...) Materiales biológicos PIP obtenidos de todos los casos de infección humana por [VGPP] (...) siempre que sea viable» en el plazo de una semana al CC de la OMS o el LRH5 de la OMS «que elija el Estado Miembro de origen».[2]

Los CC de la OMS realizan análisis detallados de los VGPP, en particular la «tipificación y subtipificación», aislamiento de virus, «análisis antigénicos y genéticos detallados» y «pruebas de sensibilidad a los antivíricos», entre otras tareas.[3] Una función fundamental de los CC de la OMS es la selección y creación de VCV. Un VCV es un virus que se ha modificado a partir del tipo salvaje[4] con objeto de que sea más adecuado para la producción de vacunas, sin perder la similitud antigénica.[5] Por lo general ello significa: 1) atenuar (o debilitar) el virus para que no provoque una enfermedad grave; 2) garantizar que se desarrolle bien en huevos y cultivos celulares; y 3) asegurarse de que siga desencadenando la respuesta inmunitaria adecuada.[6] Puesto que los VCV constituyen la base de las vacunas, disponer de VCV eficaces es fundamental para que las vacunas estacionales funcionen y para conseguir una respuesta robusta ante una pandemia de gripe. Los CC de la OMS están obligados a difundir ampliamente toda la información recopilada, junto con los VCV y los reactivos.[7] Entre el 1 de agosto de 2014 y el 31 de julio de 2015, los CC de la OMS caracterizaron 123 VGPP procedentes de cinco países (Bangladesh, Canadá, China, Egipto y Estados Unidos de América).[8]

---

[1] Preparación para una gripe pandémica: Marco para el intercambio de virus gripales y el acceso a las vacunas y otros beneficios. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011 (http://www.who.int/influenza/resources/pip_framework/es/), consultado el 21 de septiembre de 2016, anexo 5, Centros Nacionales de Gripe, mandato básico, B. Actividades de laboratorio y actividades conexas.

[2] *Ibid.,* sección 5.1.1.

[3] *Ibid.,* anexo 5, Centros Colaboradores de la OMS sobre la Gripe, mandato básico, B. Análisis de laboratorio y actividades conexas.

[4] Los virus salvajes son los que existen en la naturaleza y están presentes de forma natural en los seres humanos o los animales. No están modificados ni reordenados como muchos de los virus vacunales.

[5] Los virus con antígenos similares son los que provocan respuestas equivalentes, según las mediciones en pruebas serológicas.

[6] Making a Candidate Vaccine Virus (CVV) for a HPAI (Bird Flu) Virus. En: Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades [sitio web]. Atlanta, Centro Nacional de Inmunización y Enfermedades Respiratorias, CDC, 2016 (http://www.cdc.gov/flu/avianflu/candidate-vaccine-virus.htm), consultado el 19 de septiembre de 2016.

[7] Preparación para una gripe pandémica: Marco para el intercambio de virus gripales y el acceso a las vacunas y otros beneficios. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011 (http://www.who.int/influenza/resources/pip_framework/es/), consultado el 21 de septiembre de 2016, anexo 5, Centros Colaboradores de la OMS sobre la Gripe, mandato básico, B. Análisis de laboratorio y actividades conexas.

[8] Grupo Asesor del Marco de PIP. *Pandemic Influenza Preparedness Framework («PIP Framework») Advisory Group annual report to the Director-General under PIP Framework section 7.2.5: 2015 Annual Report*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2015 (http://www.who.int/influenza/pip/ag_annual_report_2015.pdf), consultado el 20 de septiembre de 2016, pág. 17.

Los Laboratorios de Referencia de la OMS para el H5 se ocupan de algunas de las mismas tareas que los CC de la OMS, pero para un subgrupo concreto de virus gripales que tienen el antígeno hemaglutinina H5.[1] Los Laboratorios Reguladores Esenciales de la OMS se ocupan del «desarrollo, la regulación y la normalización de vacunas antigripales», especialmente a través del desarrollo de VCV[2] y la preparación de reactivos de referencia para normalizar las vacunas antigripales.[3]

Recuadro 4.1. Herramienta de Evaluación del Riesgo de Gripe Pandémica (TIPRA)[4]

Una de las funciones centrales del SMVRG en su conjunto es proporcionar los datos necesarios para que los países puedan dar una respuesta eficaz y satisfactoria.[5] Con esta información, y con otras fuentes, con arreglo a lo indicado en el Marco de PIP (sección 6.2.3) corresponde a la Secretaría de la OMS poner «a disposición de todos los Estados Miembros de forma rápida, sistemática y oportuna las evaluaciones del riesgo pandémico». Habida cuenta de la necesidad de contar con una herramienta específica de evaluación de riesgos, se ha puesto en marcha la TIPRA en apoyo de una evaluación del riesgo de VGPP que sea oportuna y fácil de actualizar.[6] La herramienta se centra en el potencial cualitativo de un virus para provocar una pandemia, en función de la evaluación de expertos, a partir de diferentes elementos del virus que afectan a su transmisibilidad y la gravedad de la enfermedad que provocan. Con la herramienta se pretende contestar a la siguiente pregunta: ¿Cuál es el riesgo de que el virus se transmita de una persona a otra de forma sostenida? Para evaluar este riesgo se evalúan dos componentes: ¿Cuál es la probabilidad de que el virus se transmita de forma sostenida de una persona a otra? y ¿qué consecuencias entraña para la población humana que el virus adquiera transmisibilidad sostenida de una persona a otra? Las razones que impulsan el uso de la herramienta pueden ser epidemiológicas (por ejemplo, la aparición de casos humanos de virus gripales no estacionales o animales) o virológicas (por ejemplo, estudios en animales de laboratorio que indican que el virus tiene la capacidad de transmitirse a animales no infectados por contacto directo o por gotículas provenientes de la respiración).[7]

---

[1] Preparación para una gripe pandémica: Marco para el intercambio de virus gripales y el acceso a las vacunas y otros beneficios. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011 http://www.who.int/influenza/resources/pip_framework/es/), consultado el 21 de septiembre de 2016, anexo 5, Laboratorios de Referencia de la OMS para el H5, mandato básico, B. Actividades de laboratorio y actividades conexas.

[2] *Ibid.,* anexo 5, Laboratorios Reguladores Esenciales de la OMS.

[3] *Ibid.,* anexo 5, Laboratorios Reguladores Esenciales de la OMS, mandato básico, B. Actividades de laboratorio y actividades conexas.

[4] Herramienta de Evaluación del Riesgo de Gripe Pandémica (TIPRA). En: Organización Mundial de la Salud [sitio web]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (http://www.who.int/influenza/areas_of_work/human_animal_interface/tipra/en/), consultado el 20 de octubre de 2016.

[5] Preparación para una gripe pandémica: Marco para el intercambio de virus gripales y el acceso a las vacunas y otros beneficios. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011 http://www.who.int/influenza/resources/pip_framework/es/), consultado el 19 de septiembre de 2016, sección 6.2.1.

[6] La TIPRA se basa en la los CDC de los Estados Unidos denominada *Influenza Risk Assessment Tool:* http://www.cdc.gov/flu/pandemic-resources/tools/risk-assessment.htm.

[7] Tool for Influenza Pandemic Risk Assessment (TIPRA), publicación de la versión 1. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (WHO/OHE/PED/GIP/2016.2; http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250130/1/WHO-OHE-PED-GIP-2016.2-eng.pdf), consultado el 4 de octubre de 2016.

Los costos de intercambiar virus pueden ser considerables para algunos laboratorios. El Fondo para Envíos, iniciado en 2005, proporciona financiación para que los CNG (y en algunos casos otros laboratorios nacionales de gripe) envíen muestras de virus estacionales y pandémicos a los CC de la OMS y los LRH5 de la OMS.[1] Desde 2015, las CP han financiado la totalidad del costo del Fondo para Envíos. Además de los costos de envío, el Fondo para Envíos también se ha utilizado para racionalizar los procedimientos de expedición y ofrecer apoyo técnico y logístico de la OMS en relación con el envío de sustancias infecciosas.[2] Desde el 1 de agosto de 2015 hasta el 31 de julio de 2016, el Fondo para Envíos se utilizó para facilitar 213 envíos de virus estacionales y pandémicos.[3]

4.2 Mediciones del intercambio de virus

Principales conclusiones

Conclusión 25. Si bien el intercambio de materiales biológicos PIP aumentó tras la adopción del Marco de PIP, en los dos últimos años se ha observado un descenso. La autoevaluación de septiembre de 2014 del SMVRG puso de relieve que la respuesta a la aparición de la cepa del virus de la gripe A(H7N9) en 2013 fue rápida e integral, pero que el intercambio de virus ha descendido desde entonces.[4] En general, ha habido una reducción del intercambio de VGPP desde algunos países. Tal como solicitó el Grupo Asesor, la OMS ha puesto en marcha un estudio para entender las razones y el significado de tal descenso. Está previsto que el informe se presente al Grupo Asesor en octubre de 2016.

Pese a la expansión de la red del SMVRG y la asistencia con los envíos, se ha registrado un preocupante descenso en el intercambio de virus en el SMVRG desde el máximo de 370 VGPP entre el 1 de agosto de 2012 y el 31 de julio de 2013. El Grupo Asesor del Marco de PIP señaló esta tendencia en su reunión de abril de 2016:

Si bien el intercambio de materiales biológicos PIP aumentó inicialmente tras la adopción del Marco de PIP, los datos recientes señalan una tendencia decreciente en el intercambio de VGPP. Las cifras detalladas para H5N1, H7N9, H10N8 y H9N2 ilustran que en determinados países el número de virus intercambiados fue considerablemente inferior al de casos humanos confirmados entre 2011 y 2016.[5]

En la figura 4.1 se muestra el intercambio de virus con los CC de la OMS durante parte de 2016.

---

[1] Shipping and logistics activity. En: Organización Mundial de la Salud [sitio web]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (http://www.who.int/influenza/gisrs_laboratory/logistic_activities/en/), consultado el 19 de septiembre de 2016.

[2] *Ibid.*

[3] Secretaría del Marco de PIP, Organización Mundial de la Salud, datos inéditos, octubre de 2016.

[4] Self-assessment of the WHO Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS), Report to the Advisory Group. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2014 (http://www.who.int/influenza/pip/virus_sharing/gisrs_self_assessment.pdf), consultado el 19 de septiembre de 2016, sección 4.1.

[5] Grupo Asesor del Marco de PIP. Reunión del Grupo Asesor del Marco de Preparación para una Gripe Pandémica, 19-22 de abril de 2016, Ginebra (Suiza). Informe para la Directora General [en inglés]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (http://www.who.int/influenza/pip/ag_annual_report_2015.pdf), consultado el 24 de septiembre de 2016, párr. 56.

Los datos de la OMS y del Mecanismo de Trazabilidad de los Virus de la Gripe (MTVG) muestran que:

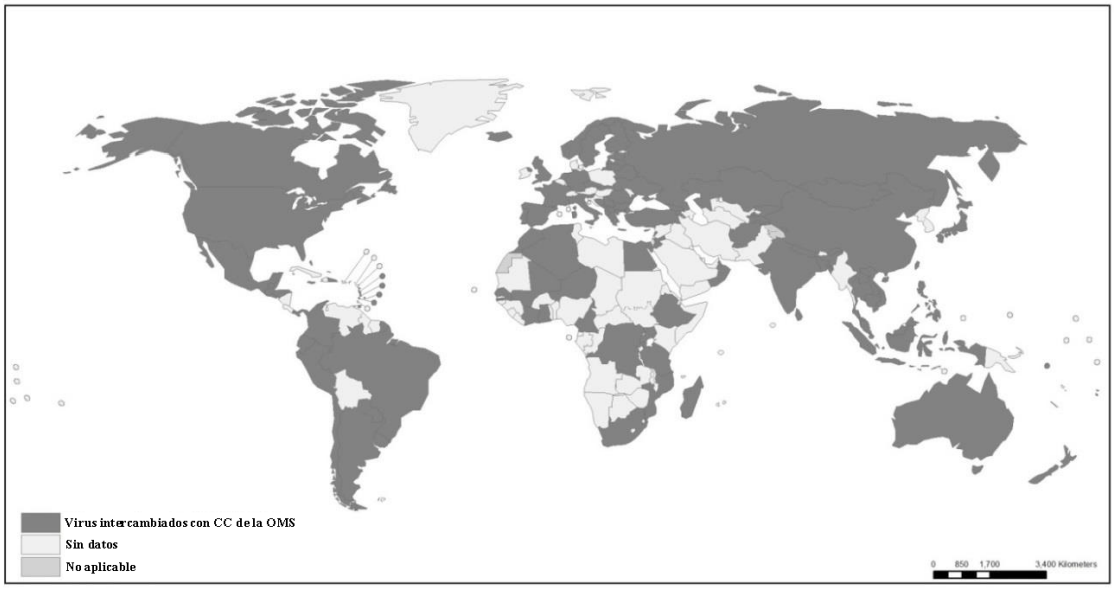
- Del 1 de agosto de 2014 al 31 de julio de 2015, el Mecanismo registró 156 envíos de VGPP desde los CC y LRE de la OMS, 92 de los cuales fueron a laboratorios ajenos al SMVRG.[1] Esto representa un descenso del 71% en los intercambios registrados de VGPP en relación con el año anterior.[2]

- Del 1 de agosto de 2015 hasta el 31 de julio de 2016, se registró en el Mecanismo de Trazabilidad el intercambio de 84 VGPP procedentes de CC de la OMS. De esos virus, 47 se intercambiaron con laboratorios ajenos al SMVRG.[3]

- De marzo de 2011 a febrero de 2016, se intercambiaron 79 VCV con laboratorios del SMVRG y otros 174 con laboratorios ajenos al sistema.[3]

- En el año transcurrido desde marzo de 2015 hasta febrero de 2016, se intercambiaron ocho VCV con dos laboratorios del SMVRG y 13 VCV se intercambiaron con ocho laboratorios ajenos al sistema.[4]

Figura 4.1: Países, zonas y territorios que han intercambiado virus con Centros Colaboradores de la OMS de febrero a septiembre de 2016



Las denominaciones empleadas en este mapa y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Organización Mundial de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas de puntos representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

Procedencia de los datos: Informes de los CC de la OMS para la consulta de la Organización sobre la composición de las vacunas antigripales, realizada en septiembre de 2016.
Cartografía: Equipo del SMVRG de la OMS
Organización Mundial de la Salud

Organización Mundial de la Salud

©OMS 2016. Todos los derechos reservados.

[1] *PIP Framework Advisory Group. Pandemic Influenza Preparedness Framework («PIP Framework») Advisory Group annual report to the Director-General under PIP Framework section 7.2.*5: 2015 Annual Report. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2015 (http://www.who.int/influenza/pip/ag_annual_report_2015.pdf, consultado el 20 de septiembre de 2016), pág. 9.

[2] *Ibid.*, pág. 9.

[3] Programa Mundial de la Gripe, Organización Mundial de la Salud, datos inéditos, octubre de 2016.

[4] *Ibid.*

Durante un brote, las muestras representativas procedentes de cada ubicación geográfica y momento en el tiempo son fundamentales para una eficaz evaluación de los riesgos y otras actividades del SMVRG. Por lo tanto, el descenso en el intercambio de virus supone una dificultad potencialmente grave para el objetivo del Marco de PIP de mejorar la preparación y respuesta ante una gripe pandémica.

A petición del Grupo Asesor, la OMS está llevando a cabo un estudio de las razones y el significado del descenso del intercambio de virus y sus repercusiones en los objetivos del Marco de PIP.

La información remitida por el PMG de la OMS (que coordina la labor de la Organización sobre la gripe pandémica y estacional, y en particular la de supervisión del SMVRG) y las entrevistas con informantes clave pusieron de relieve varios aspectos en los que convendría que hubiera más claridad en relación con el intercambio de virus: que los CNG no acaben de entender bien que el intercambio de los datos sobre secuencias genéticas de los VGPP no sustituye el intercambio de materiales físicos; diferentes interpretaciones de la redacción del requisito recogido en el Marco de PIP de que todos los VGPP deberían intercambiarse «siempre que sea viable»; trámites de exportación que pueden ser complejos y en los que intervienen otros ministerios, y no solo el de Salud; inquietud en los países sobre pérdida de control y derechos soberanos; e incertidumbre en los países que tienen un CNG y un CC de la OMS sobre si basta el intercambio entre esos dos laboratorios para ajustarse a una interpretación literal de los requisitos del Marco de PIP, de modo que sería innecesario el intercambio internacional previsto en el Marco de PIP.

Si bien el estudio de la OMS contribuirá a entender el reciente descenso observado en el intercambio de virus, la aplicación del Marco de PIP está sentando muchos de los cimientos necesarios para recuperar la tendencia ascendente. Las actividades de creación de capacidad financiadas en virtud de los planes de trabajo de las CP en relación con el área de trabajo de Laboratorio y Vigilancia van dirigidas a 43 países prioritarios con el objetivo de mejorar su capacidad para detectar y compartir virus gripales novedosos (véase el capítulo 6, sección 6.3.2.1). Las inversiones de las CP también contribuyen a mejorar la capacidad de los países para supervisar la evolución de los VGPP y llevar a cabo evaluaciones de riesgos.

4.3 Mecanismo de Trazabilidad de los Virus de la Gripe

Principales conclusiones

Conclusión 26. La utilización coherente del MTVG entre los laboratorios del SMVRG es crucial para garantizar la transparencia y el logro del objetivo del Marco de PIP de una compartición equitativa de beneficios.

Conclusión 27. El mantenimiento de los registros del MTVG es esporádico entre los CNG porque muchos de ellos se dedican sobre todo y de manera sistemática a los virus gripales estacionales, mientras que el Mecanismo se utiliza específicamente para las muestras con potencial pandémico. Por lo tanto muchos CNG utilizan poco estas herramientas en sus labores cotidianas. Si bien los CC de la OMS utilizan la herramienta de manera coherente, por lo general los CNG no registran los envíos de materiales biológicos PIP. Esto parece deberse a la falta de conocimientos, por lo que la formación en el uso del Mecanismo podría ayudar a solucionar el problema.

El MTVG es una herramienta en línea de acceso público para el seguimiento de VGPP «que circulan dentro del SMVRG (...) o que entran y salen de él».[1] La información es utilizada: por la OMS para detectar usuarios del SMVRG que están sujetos a firmar el AMTM 2; por los Estados Miembros para consultar el uso dado a los virus que intercambian; y por otras partes interesadas para constatar de qué modo el SMVRG mejora la preparación para una gripe pandémica. El sistema depende de que los laboratorios del SMVRG realicen de forma coherente las notificaciones de la transferencia y recepción de los VGPP.

Saber quién recibe VGPP es crucial para el sistema de compartición de beneficios del Marco de PIP, así como para su objetivo de transparencia. Con anterioridad al Mecanismo de Trazabilidad los Estados Miembros no disponían de un sistema de seguimiento que les informara del destino ulterior de los virus que habían intercambiado. El Mecanismo de Trazabilidad contiene más de 1000 registros de VGPP y más de 1100 de envíos, en los que están representados 19 subtipos de virus gripales.[2] Deben registrarse las transacciones tanto al envío como a la recepción de muestras. Sin embargo, en la práctica muchos CNG no registran los envíos de salida, y dejan que los CC incorporen la información retroactivamente. Esta práctica elimina una importante salvaguarda para la integridad de los datos e incrementa la carga de trabajo de los CC de la OMS.

En conversaciones con laboratorios del SMVRG, quedó patente para el Grupo de Examen que una razón importante de esta deficiencia era la falta de conocimiento entre los CNG sobre el Mecanismo de Trazabilidad y sobre el momento en que se esperaba que se utilizara. Los VGPP constituyen un porcentaje relativamente pequeño del total de muestras de los virus gripales intercambiados, de modo que muchos CNG no tienen sistematizados los trámites conexos.

Recomendaciones: intercambio de virus

6. El Grupo de Examen acoge con agrado el estudio realizado por la secretaría del Marco de PIP sobre las razones del reciente descenso en el intercambio de virus gripales potencialmente pandémicos. El Grupo Asesor debería, con carácter prioritario, hacer un seguimiento de los resultados del estudio con objeto de velar por el intercambio oportuno de todos los virus.

7. Dado el reciente descenso en el intercambio de virus gripales potencialmente pandémicos, la OMS debería seguir ofreciendo formación y orientaciones operacionales técnicas a los Centros Nacionales de Gripe a fin de garantizar que sean plenamente conscientes de las funciones acordadas en el AMTM 1, del uso eficaz del Mecanismo de Trazabilidad de los Virus de la Gripe, y de la importancia del intercambio apropiado de todos los materiales biológicos PIP y los datos sobre secuencias genéticas.

8. La OMS debería proporcionar a los laboratorios del SMVRG aclaraciones sobre la interpretación de las expresiones «oportunamente» y «siempre que sea viable» en relación con el intercambio de materiales biológicos PIP de todos los casos de

[1] Preparación para una gripe pandémica: Marco para el intercambio de virus gripales y el acceso a las vacunas y otros beneficios. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011 (http://www.who.int/influenza/resources/pip_framework/es/), consultado el 19 de septiembre de 2016, sección 5.3.1.

[2] Mecanismo de Trazabilidad de los Virus de la Gripe [sitio web]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (https://extranet.who.int/ivtm/), consultado el 10 de junio de 2016.

virus A(H5N1) y otros virus gripales potencialmente pandémicos (sección 5.1.1 del Marco de PIP).

9. Si bien los datos sobre secuencias genéticas no sustituyen por completo la presencia física del virus, en los casos en que no sea posible enviar rápidamente materiales biológicos PIP, los datos sobre secuencias genéticas, si se dispone de ellos, deberían intercambiarse de inmediato.

10. El Programa Mundial de la Gripe de la OMS debería fortalecer los contactos y los vínculos con los laboratorios, pertenezcan o no al SMVRG, y otras redes, así como los procesos entre ellos.

11. La OMS, el SMVRG, la FAO, la OIE, la OFFLU y otros organismos deberían colaborar a fin de establecer orientaciones destinadas a los laboratorios del SMVRG y los laboratorios que realizan pruebas con animales para fortalecer sus relaciones y mejorar la vigilancia y la evaluación de riesgos de los virus gripales en la interacción ente animales y seres humanos.

Capítulo 5: Datos sobre secuencias genéticas

Principales conclusiones

Conclusión 28. Debido a la complejidad de lograr un manejo óptimo de los datos en el Marco de PIP, los DSG no se incluyeron en la definición de material biológico PIP en la sección 4.1. Gracias a los avances tecnológicos ha sido posible conseguir que los DSG ofrezcan cada vez más información complementaria y, en algunos casos, sustituyan las muestras físicas durante la evaluación del riesgo de pandemia y la preparación de productos comerciales. Ya se han intercambiado las secuencias de muchos VGPP; lo que ya no está tan claro con arreglo al Marco de PIP es de qué modo el intercambio de DSG desencadenará la compartición de beneficios, y cuál debería ser el elemento desencadenante. Por lo tanto, se precisa urgentemente que se aclare el manejo de los DSG en el Marco de PIP a fin de garantizar que se guía por los mismos principios que el intercambio de materiales biológicos PIP.

Conclusión 29. El lenguaje utilizado en el Marco de PIP (anexo 4, sección 9) se presta a confusión, puesto que puede interpretarse que los laboratorios del SMVRG de la OMS deben presentar secuencias genéticas tanto a la base de datos de la Iniciativa mundial para intercambiar todos los datos sobre la gripe (GISAID) (EpiFlu™) como a la base de datos de GenBank, en lugar de presentarlos a una sola base de datos, si así se desea.

Conclusión 30. El Grupo Asesor ya ha logrado ciertos avances positivos en el examen de posibles enfoques para el manejo de los DSG en el Marco de PIP, según solicitan los Estados Miembros en la sección 5.2.4.[1] Uno de los retos principales ha sido la falta de acuerdo sobre lo que debería ser objeto de seguimiento. Entre las opciones se incluye el seguimiento del acceso a los DSG o el de los productos comerciales para cuya elaboración se han utilizado DSG. La transparencia en el intercambio y la trazabilidad de los DSG es crucial para determinar los beneficios resultantes que deberán compartirse.

Conclusión 31. Entre las partes interesadas que han participado en los debates sobre el manejo de los DSG varían las opiniones sobre cuál sería el mejor funcionamiento posible del sistema de trazabilidad y seguimiento. En las entrevistas del Grupo de Examen y los debates generales quedó patente que sigue habiendo cierta confusión con respecto a las posibles opciones para el intercambio futuro de datos y los procedimientos operativos.

Conclusión 32. Los CC de la OMS desempeñan una función central en la compilación de DSG de VGPP a través del Sistema Mundial de Vigilancia. Su conocimiento de las realidades del intercambio de DSG a través del SMVRG será fundamental para orientar los debates en curso sobre el manejo óptimo de los DSG en el Marco de PIP.

Conclusión 33. Es fundamental que el SMVRG tenga acceso a bases de datos sostenibles a fin de poder incorporar e intercambiar rápidamente los datos sobre secuencias, por ejemplo el intercambio rápido de virus gripales A(H7N9) por parte de China.

[1] Grupo Asesor del Marco de PIP. Reunión del Grupo Asesor del Marco de Preparación para una Gripe Pandémica, 19-22 de abril de 2016, Ginebra (Suiza). Informe para la Directora General [en inglés]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (http://www.who.int/influenza/pip/ag_april2016_MeetingRpt.pdf?ua=1), consultado el 24 de septiembre de 2016, párr. 53.

5.1 Panorama general

Los DSG son importantes para la vigilancia y evaluación de riesgos porque las secuencias pueden revelar cambios genéticos específicos en los virus gripales en circulación asociados con la patogenicidad y la transmisión entre seres humanos. Los DSG se utilizan también para estudiar la evolución de los virus gripales, y los segmentos de los DSG pueden utilizarse para designar cebadores y sondas destinados a los medios de diagnóstico. Si bien los DSG no pueden sustituir por completo las muestras físicas del virus en muchos aspectos, por ejemplo en el desarrollo de productos (debido principalmente a prescripciones de reglamentación), los DSG se utilizan cada vez más para desarrollar varios tipos nuevos de vacunas sin necesidad de la presencia física del virus.

Los DSG y los materiales físicos se tratan de forma diferente en el Marco de PIP (véase la figura 5.1). Los DSG no se incluyen en la definición de materiales biológicos PIP de la sección 4.1, y no existe mecanismo alguno (elemento desencadenante) que lleve a la práctica el requisito de compartición de beneficios a partir de los DSG. Así pues, existe una falta de concordancia entre el tratamiento de los DSG en el Marco de PIP y el uso real que les dan los científicos. Esta falta de concordancia, de no resolverse pronto, podría suponer una amenaza para la pertinencia del Marco de PIP, puesto que el intercambio de los DSG se realiza mayoritariamente al margen del intercambio de virus y de las reglas del intercambio de beneficios del Marco de PIP.

Las expectativas con respecto al intercambio de DSG de los VGPP se enuncian en el anexo 5 del Marco de PIP. En el mandato básico de los CC de la OMS se indica que estos deberían «incorporar de forma puntual a una base de datos pública las secuencias disponibles de los genes de la hemaglutinina y la neuraminidasa, así como de otros genes de los virus A(H5) y otros virus gripales con potencial pandémico, nunca más de 3 meses después de que se haya completado la secuenciación».

Entre las principales bases de datos sobre secuencias genéticas que almacenan DSG de virus gripales se incluyen las siguientes: la base de datos EpiFlu™ [1] de GISAID, GenBank, el Archivo Europeo de Nucleótidos (ENA),[2] el DNA Data Bank of Japan (DDBJ)[3] (GenBank, ENA y DDBJ participan en la International Nucleotide Sequence Database Collaboration (INSDC)),[4] OpenFluDB,[5] e Influenza Research Database (IRD).[6]

---

[1] EpiFlu™ Database. En: GISAID [sitio web]. Bonn, GISAID, 2016 (http://platform.gisaid.org/epi3/frontend#13da29), consultado el 29 de septiembre de 2016.

[2] Archivo Europeo de Nucleótidos. En: European Nucleotide Archive [sitio web]. Hinxton (Reino Unido), European Bioinformatics Institute (EMBL-EBI), 2016 (http://www.ebi.ac.uk/ena), consultado el 29 de septiembre de 2016.

[3] Introduction of DDBJ. En: DNA Data Bank of Japan [sitio web]. Shizuoka, DNA Data Bank of Japan, 2016 (http://www.ddbj.nig.ac.jp/intro-e.html), consultado el 29 de septiembre de 2016.

[4] International Nucleotide Sequence Database Collaboration. En: INSDC [sitio web]. Hinxton (Reino Unido), INSDC, 2016 (http://www.insdc.org/), consultado el 29 de septiembre de 2016.

[5] OpenFlu Database. En: OpenFlu [sitio web]. Lausana, Swiss Institute of Bioinformatics, 2016 (http://openflu.vital-it.ch/browse.php), consultado el 29 de septiembre de 2016.

[6] Influenza Research Database. En: Influenza Research Database sitio web]. Washington, DC: Influenza Research Database, 2016 (https://www.fludb.org/brc/home.spg?decorator=influenza), consultado el 29 de septiembre de 2016.

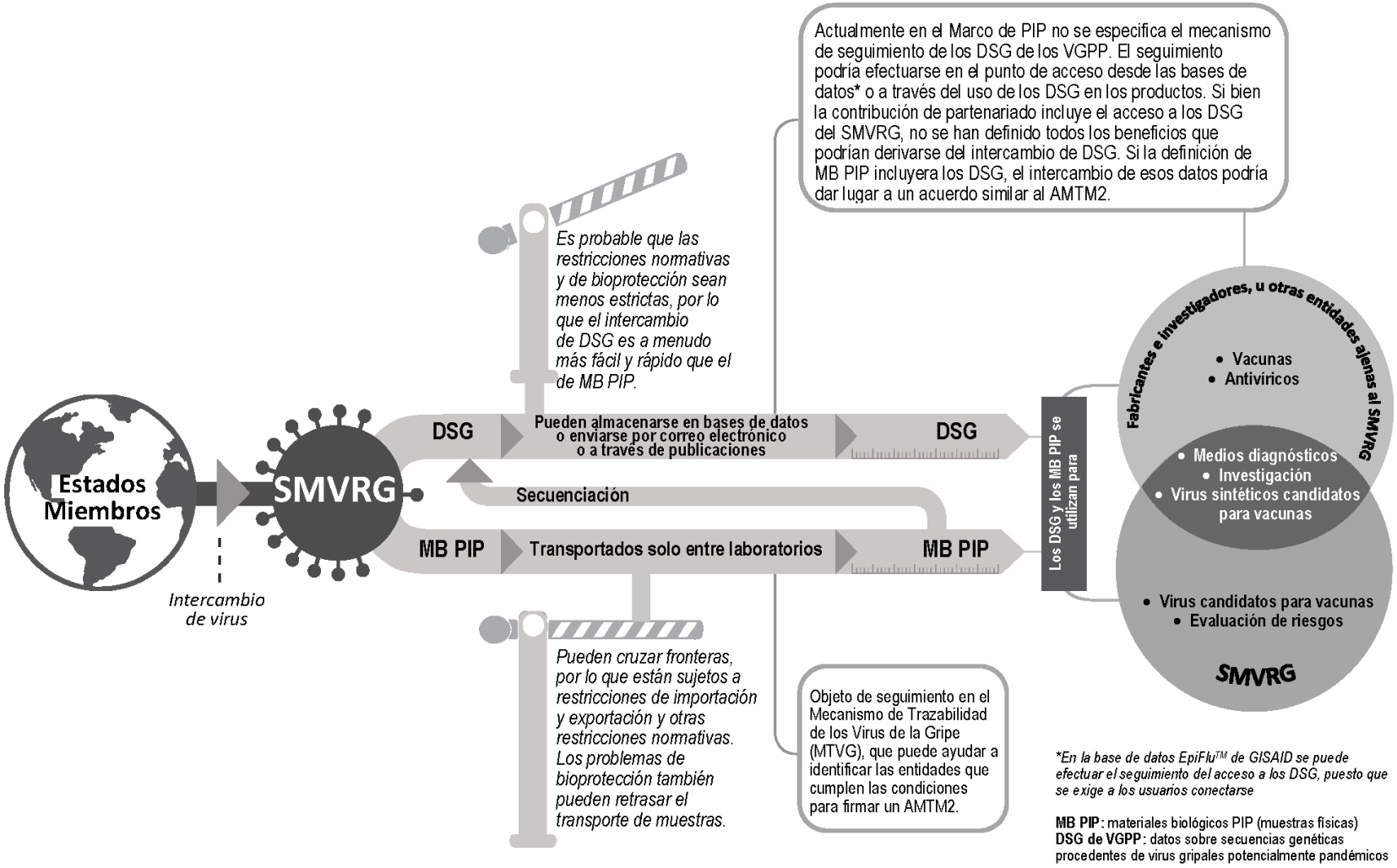
Los Estados Miembros y los laboratorios del SMVRG pueden elegir la base o bases de datos que quieren utilizar. Sin embargo, se mantiene cierta ambigüedad con respecto a la terminología utilizada en el Marco de PIP (anexo 4, sección 9), en concreto con respecto a si los laboratorios del SMVRG de la OMS deberían presentar secuencias genéticas tanto a la base de datos de GISAID ((EpiFlu™) y a la del GenBank, o a una sola base de datos, si así lo desean: en los principios rectores para la elaboración del mandato de los laboratorios del SMVRG se indica que «Los laboratorios del SMVRG de la OMS enviarán datos sobre secuencias genéticas a GISAID y GenBank o a bases de datos semejantes en forma oportuna y en coherencia con el Acuerdo Modelo de Transferencia de Material». Los CC de la OMS ofrecen supervisión científica y, como señaló el Grupo Asesor en octubre de 2014, «la mayoría de los laboratorios utilizan GISAID».[1]

Si bien el Mecanismo de Trazabilidad rastrea el intercambio de materiales biológicos PIP, razón por la cual se firmó el AMTM 2, no existe un seguimiento equivalente (y por tanto en estos momentos no existe mecanismo de compartición de beneficios) para los DSG. Ello significa que no hay seguimiento de las secuencias que se comparten en el MTVG y que los beneficios de dicho intercambio de secuencias no quedan al abrigo de un AMTM 2. Cuando se acordó el Marco de PIP (sección 5.2.4), los Estados Miembros, tras reconocer que se necesitaba profundizar en la labor, pidieron «a la Directora General que consulte con el Grupo Asesor para determinar la mejor manera de seguir examinando y resolviendo los problemas relacionados con el manejo de» los DSG para los VGPP.

Desde junio de 2013, el Grupo Asesor ha venido trabajando en aspectos técnicos para entender mejor las cuestiones relacionadas con los DSG y asesorar en consecuencia a la Directora General.

[1] Grupo Asesor del Marco de PIP. Reunión del Grupo Asesor del Marco de Preparación para una Gripe Pandémica, 21-24 de octubre de 2014, Ginebra (Suiza). Informe para la Directora General [en inglés]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2014 (http://www.who.int/influenza/pip/pip_ag_oct2014_meetingreport_final_7nov2014.pdf), consultado el 24 de septiembre de 2016), párr. 29.

Figura 5.1 Intercambio de muestras físicas (materiales biológicos PIP) y datos sobre secuencias genéticas en el Marco de PIP



5.2 Labor del Grupo Asesor sobre los DSG

La labor del Grupo Asesor sobre los DSG se inició en junio de 2013 cuando GISAID solicitó aclaración sobre el uso de los DSG de VGPP en el Marco de PIP.[1] En octubre de 2013, el Grupo Asesor estableció el Grupo de Trabajo de Expertos Técnicos (TEWG) sobre datos de secuencias genéticas, al que se encargó que evaluara «las implicaciones científicas, técnicas, operacionales y para la propiedad intelectual», así como «cualesquiera otras implicaciones importantes», del cambio de VGPP físicos a DSG de VGPP.[2]

En octubre de 2014 el TEWG publicó su informe final, en el que examinaba los usos actuales de los DSG, los posibles problemas normativos y de propiedad intelectual, la viabilidad de la vigilancia y el seguimiento de los DSG, y las implicaciones de bioprotección y bioseguridad.[3] En particular quedó patente que un sistema para compartir equitativamente los beneficios derivados de los DSG tendría que tener en cuenta las características especiales de los DSG y la forma en que se intercambian. Puesto que se necesita que el intercambio de DSG sea fácil y rápido para que la evaluación de riesgos, la investigación científica y el desarrollo de productos sean puntuales, el TEWG reconoció que «es esencial que los mecanismos [de compartición de beneficios] no ralenticen el intercambio de datos sobre secuencias genéticas».[4]

Después de examinar el informe del TEWG, y tras consultar con proveedores de bases de datos y otras partes interesadas, en octubre de 2014 el Grupo Asesor formuló a la Directora General una recomendación sobre los mejores procesos para analizar más a fondo y resolver las cuestiones relacionadas con el manejo de DSG de VGPP en el Marco de PIP. El Grupo Asesor recomendó un proceso para determinar «las características óptimas de un sistema para el manejo de DSG de VGPP en el Marco de PIP». A tal fin, el Grupo Asesor: 1) estableció un segundo grupo de expertos, el Grupo de Trabajo Técnico sobre intercambio de datos de secuencias genéticas de virus de la gripe (TWG); y 2) encargó la elaboración de un documento para examinar las posibles opciones de compartición de beneficios.[5]

---

[1] GSD Timeline, Process for handling Genetic Sequence Data under the PIP Framework. En: Organización Mundial de la Salud [sitio web]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (http://www.who.int/entity/influenza/pip/advisory_group/GSD_timeline.pdf?ua=1), consultado el 22 de septiembre de 2016.

[2] Grupo Asesor del Marco de PIP, Grupo de Trabajo de Expertos Técnicos (TEWG) sobre datos de secuencias genéticas. *Final Report to the Advisory Group*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2014 (http://www.who.int/influenza/pip/advisory_group/PIP_AG_Rev_Final_TEWG_Report_10_Oct_2014.pdf), consultado el 22 de septiembre de 2016), pág. 2.

[3] *Ibid.*

[4] *Ibid.*, pág. 3.

[5] Grupo Asesor del Marco de PIP. Reunión del Grupo Asesor del Marco de Preparación para una Gripe Pandémica, 21-24 de octubre de 2014, Ginebra (Suiza). Informe para la Directora General [en inglés]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2014 (http://www.who.int/influenza/pip/pip_ag_oct2014_meetingreport_final_7nov2014.pdf), consultado el 22 de septiembre de 2016, párr. 32.

En junio de 2016, el TWG publicó su informe final, en el que establecía las características óptimas de un sistema de intercambio de datos, e incluía algunas opciones dentro de esas características.[1] Estas abarcaban aspectos como: expectativas para presentar DSG de VGPP; puntualidad de la presentación; garantía de la calidad; integridad de los metadatos; facilidad de acceso/utilización; sostenibilidad/seguridad del sistema; identificación de fuentes; y apoyo para el proceso normativo. El Grupo de Examen ha escuchado las inquietudes manifestadas sobre la amplitud y profundidad de la colaboración con las partes interesadas, en particular los proveedores de bases de datos, durante el proceso del Grupo de Trabajo.

Con respecto al sistema de compartición de beneficios, el Grupo Asesor pidió a la secretaría del Marco de PIP que elaborara un documento en el que se examinaran los mecanismos de compartición de beneficios para los DSG de VGPP, y en particular las opciones para vigilar el uso de dichos datos.[2] En el documento se definieron dos tipos principales de vigilancia: preliminar y derivada. Los sistemas de vigilancia preliminar «se aplican en el momento en que los DSG de VGPP se distribuyen y se accede a ellos» (p. ejemplo, cuando una secuencia se descarga desde una base de datos).[3] La vigilancia derivada, por otro lado, se lleva a cabo «después de que [los DSG de VGPP] se hayan intercambiado y utilizado para investigar y desarrollar productos finales».[4]

En su reunión de abril de 2016, con arreglo a la labor realizada desde entonces, el Grupo Asesor examinó los principios fundamentales que deberían sustentar el equilibrio del intercambio de virus y la compartición de beneficios con respecto a los DSG.[5] En su reunión de octubre de 2016 el Grupo Asesor examinó las diferentes herramientas operacionales para el manejo de DSG, así como la estrategia para las siguientes etapas.

Recomendaciones: datos sobre secuencias genéticas

12. El Director General debería pedir a los Estados Miembros que consideren la posibilidad de modificar la definición de materiales biológicos PIP recogida en la sección 4.1 del Marco de PIP con objeto de incluir los datos sobre secuencias genéticas.

13. El Director General debería pedir a los Estados Miembros que examinen la posibilidad de aclarar el anexo 4, sección 9, en el que actualmente se indica que «Los laboratorios del SMVRG de la OMS enviarán datos sobre secuencias genéticas

---

[1] Grupo Asesor del Marco de PIP, Grupo de Trabajo de Expertos Técnicos (TEWG) sobre datos de secuencias genéticas. *Optimal Characteristics of and Influenza Genetic Sequence Data Sharing System under the PIP Framework*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (http://www.who.int/influenza/pip/advisory_group/twg_doc.pdf?ua=1), consultado el 22 de septiembre de 2016.

[2] Best Process to Handle Genetic Sequence Data from Influenza Viruses with Human Pandemic Potential (IVPP GSD) under the PIP Framework, Options to monitor the use of genetic sequence data from influenza viruses with human pandemic potential (IVPP GSD) in end-products. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (http://www.who.int/entity/influenza/pip/advisory_group/GSD_timeline.pdf?ua=1), consultado el 22 de septiembre de 2016.

[3] *Ibid.*, pág. 4.

[4] *Ibid.*, pág. 6.

[5] Grupo Asesor del Marco de PIP. Reunión del Grupo Asesor del Marco de Preparación para una Gripe Pandémica, 19-22 de abril de 2016, Ginebra (Suiza). Informe para la Directora General [en inglés]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (http://www.who.int/influenza/pip/ag_april2016_MeetingRpt.pdf?ua=1), consultado el 24 de septiembre de 2016, párr. 53.

a GISAID y GenBank o a bases de datos semejantes en forma oportuna y en coherencia con el Acuerdo Modelo de Transferencia de Material», y lo enmienden para que rece del siguiente modo:

> «Los laboratorios del SMVRG de la OMS presentarán datos sobre secuencias genéticas a una o varias bases de datos de acceso público de su elección en forma oportuna y en coherencia con el Acuerdo Modelo de Transferencia de Material.»

14. El Director General debería pedir a los Estados Miembros que consideren la posibilidad de actualizar y corregir el enunciado de la sección 5.2.2 del Marco de PIP, en la que actualmente se indica lo siguiente: «Reconociendo que la mayor transparencia y acceso a los datos sobre la secuencia genética de los virus gripales reviste importancia para la salud pública, y que existe una tendencia a utilizar bases de datos de dominio público o acceso público como GenBank y GISAID, respectivamente;»

> para que rece del siguiente modo:
>
> «Reconociendo que la mayor transparencia y acceso a los datos sobre la secuencia genética de los virus gripales reviste importancia para la salud pública, y que se utilizan bases de datos de dominio público o acceso público como GenBank y/o GISAID, respectivamente;»

15. Es crucial que el Marco de PIP se adapte a los avances tecnológicos, y que el Grupo Asesor elabore con carácter urgente recomendaciones para aclarar el manejo de datos sobre secuencias genéticas. El Grupo Asesor debería pedir a los Centros Colaboradores de la OMS que informen sobre cómo se realiza el manejo de los datos sobre secuencias genéticas, con objeto de proporcionar información sobre las realidades operacionales del SMVRG en relación con la adquisición, intercambio y uso de tales datos, a fin de orientar las recomendaciones del Grupo Asesor sobre el manejo óptimo de datos sobre secuencias genéticas en el Marco de PIP.

16. El Director General debería lograr el apoyo de los Estados Miembros con objeto de velar por que los datos sobre secuencias genéticas de los virus gripales sigan siendo de acceso público en bases de datos sostenibles, a fin de lograr un intercambio oportuno, preciso y accesible de tales datos para la evaluación del riesgo de pandemia y la rapidez de la respuesta.

17. Teniendo en cuenta que los datos sobre secuencias genéticas pueden generarse en muchas entidades externas al SMVRG, y que son varias las opiniones sobre el mecanismo óptimo de trazabilidad y seguimiento, el Grupo Asesor debería considerar la posibilidad de ampliar y profundizar la colaboración con todas las partes interesadas.

Capítulo 6. Participación en los beneficios

6.1 Acuerdo Modelo de Transferencia de Material 2

Principales conclusiones

Conclusión 34. Hasta octubre de 2016 se habían firmado cuatro AMTM 2 con fabricantes de vacunas, uno con un fabricante de pruebas diagnósticas y 47 con instituciones académicas y de investigación.[1,2] *Estos acuerdos han permitido acceder a alrededor de 350 millones*[3] *de dosis de vacunas contra la gripe pandémica para su suministro en tiempo real durante una pandemia. Además, se han obtenido dos millones de tandas de tratamientos antivíricos.*[3] *A pesar de que todavía no se ha contactado con algunas instituciones para firmar un AMTM 2 y de que algunas negociaciones están todavía en curso, el Grupo de Examen considera que se ha progresado notablemente. La secretaría del Marco de PIP ha priorizado los AMTM 2 con las empresas que proporcionen más beneficios. Los acuerdos firmados hasta octubre de 2016 ya habían mejorado significativamente el acceso futuro de la OMS a dosis de vacunas antipandémicas, antivíricos y otros productos para su distribución a países que necesitarán estos suministros en caso de que se declare una pandemia de gripe.*

Conclusión 35. Gracias al enfoque estratégico de la secretaría del Marco de PIP de priorizar los acuerdos con grandes empresas que tienen vacunas precalificadas antes de entablar negociaciones con pequeñas y medianas empresas, se ha progresado considerablemente en la obtención de vacunas y antivíricos precalificados. Algunos Estados Miembros han preguntado si merece la pena asignar todos los recursos necesarios al proceso laborioso de negociación con pequeñas y medianas empresas con vistas a firmar AMTM 2, habida cuenta del volumen relativamente escaso de vacunas y otros productos adicionales que se pueden obtener con ellos. Sin embargo, el principio de imparcialidad y equidad del Marco de PIP aplicable a la participación en los beneficios exige que todas las entidades que reciban materiales biológicos PIP no integrados en el SMVRG firmen un AMTM 2 con la OMS y proporcionen beneficios en función de su naturaleza y su capacidad. La OMS concede mucho valor a este principio y reconoce la importancia de tratar a los fabricantes con equidad y de respetar tal principio incluso cuando se obtengan cantidades menores de productos adicionales. La secretaría del Marco de PIP ha hecho esfuerzos considerables por familiarizar a las pequeñas y medianas empresas con los beneficios auxiliares disponibles, por ejemplo, una ventaja es el mejor conocimiento de los requisitos de precalificación exigidos por la OMS. El Grupo de Examen considera que la secretaría del Marco de PIP, con ayuda del Grupo Asesor, debe seguir adoptando medidas para que las empresas estén mejor preparadas para negociar AMTM 2.

---

[1] Standard Material Transfer Agreements 2 (SMTA2). En: Organización Mundial de la Salud (sitio web). Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016. (http://www.who.int/influenza/pip/benefit_sharing/smta2_signed/en/), consultado el 19 de octubre de 2016.

[2] Secretaría del Marco de PIP, Organización Mundial de la Salud, datos inéditos, octubre de 2016.

[3] *Ibid.*

Conclusión 36. La regularidad y el alto grado de comunicación entre la secretaría del Marco de PIP y la industria y otras partes interesadas han ayudado a concertar AMTM 2. En varias ocasiones en que las negociaciones se han complicado o estancado, la secretaría del Marco de PIP ha aplicado eficazmente el enfoque gradual recomendado por el Grupo Asesor para concertar acuerdos con mayor rapidez.[1] *Con todo, existe la impresión de que algunas entidades que cumplen los requisitos no están firmando AMTM 2. Al recomendar el enfoque gradual se reconoce que, por difícil que resulte, es preciso encontrar un equilibrio en el diálogo con las empresas que no parecen dispuestas a completar las negociaciones, habida cuenta de las repercusiones negativas para la salud pública que podría causar la suspensión del acceso de estos fabricantes a materiales biológicos PIP por no haber firmado AMTM 2.*

Conclusión 37. A pesar de que se dotó a los AMTM 2 de suficiente flexibilidad para incluir varios tipos de compromisos, ninguna empresa había acordado transferir tecnología a fecha de octubre de 2016. Muy probablemente, ello se debe a que no hay muchos fabricantes que reúnan los requisitos establecidos y que hayan patentado tecnologías que puedan ser autorizadas a través de la OMS.

Conclusión 38. Las opciones contempladas en el Marco de PIP para que los fabricantes de otros productos que se utilizan en caso de pandemia (medios de diagnóstico, jeringuillas, etc.) adquieran compromisos en virtud de un AMTM 2 son demasiado limitadas, y se debería ofrecer la posibilidad de elegir entre una mayor variedad de compromisos distintos de los materiales de diagnóstico que no serían útiles en el caso de que se declare una pandemia de gripe.

Conclusión 39. En noviembre de 2013 el Grupo de Expertos en Asesoramiento Estratégico sobre inmunización (SAGE) revisó, a petición de la OMS, las políticas recomendadas en 2007 para establecer y utilizar una reserva de vacunas contra el virus de la gripe aviar A(H5N1) durante una pandemia. Reconociendo, entre otras cuestiones, que los AMTM 2 dan acceso inmediato a la producción de vacunas antipandémicas en virtud del Marco de PIP y que las características epidemiológicas mundiales de la gripe por virus A(H5N1) no han variado, el SAGE recomendó a la OMS que dejara de mantener una reserva de vacunas anti-A(H5N1). En su lugar, el SAGE señaló que la OMS debería garantizar el acceso inmediato a vacunas antipandémicas en virtud del Marco de PIP.[2,3] *Esta decisión no figura en el Marco de PIP (apartado 6.9).*

---

[1] Grupo Asesor del Marco de PIP. Reunión del Grupo Asesor del Marco de Preparación para una Gripe Pandémica («Marco de PIP»), 15-16 de octubre de 2015, Ginebra (Suiza), Informe para la Directora General [en inglés]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2015 (http://www.who.int/influenza/pip/ag_meetingreport_october2015.pdf), consultado el 22 de septiembre de 2015, párr. 8.

[2] Grupo Asesor del Marco de PIP. Informe anual del Grupo Asesor al Director General [en inglés]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2014 (http://www.who.int/influenza/pip/ag_annual_report_2014.pdf), consultado el 20 de septiembre de 2016, apartado 3.5.

[3] Organización Mundial de la Salud. Reunión del Grupo de Expertos en Asesoramiento Estratégico sobre inmunización, noviembre de 2013 – conclusiones y recomendaciones. *Wkly Epidemiol Rec*. 2014;89:1-20 (http://www.who.int/wer/2014/wer8901.pdf), consultado el 16 de septiembre de 2016, pág. 10.

Conclusión 40. Los Estados Miembros que dispongan de capacidad nacional para fabricar vacunas antigripales deben incluir en sus planes de respuesta a pandemias de gripe los requisitos que se exigen a los fabricantes en los AMTM 2. Es fundamental que los Estados Miembros garanticen que los fabricantes pueden cumplir con los compromisos adquiridos en virtud de los AMTM 2 para proporcionar de inmediato a la OMS acceso a vacunas antipandémicas y para permitir su exportación a otros países.

Conclusión 41. Con el fin de facilitar la negociación de AMTM 2, la secretaría del Marco de PIP ha elaborado instrumentos[1] que definen los requisitos técnicos que deben cumplir los signatarios de AMTM 2, como la precalificación, los procedimientos de exportación y las autorizaciones reglamentarias.

Conclusión 42. La OMS ha publicado un informe[2] relativo al abandono oportuno y rápido de la producción de una vacuna contra un virus estacional en favor de una vacuna antipandémica, y se está ultimando el Marco provisional de 2013 para la gestión de riesgos relacionados con una gripe pandémica.

Los AMTM 2 garantizan la disponibilidad y previsibilidad del acceso a vacunas antipandémicas, antivíricos y otros productos en caso de pandemia. Estos acuerdos son válidos hasta que finalice la siguiente pandemia. Hay tres categorías de AMTM 2, que corresponden a los diferentes usuarios de materiales biológicos PIP: la categoría A incluye a los fabricantes de vacunas y antivíricos; la categoría B, a los fabricantes de otros productos (como los kits de pruebas diagnósticas), y la categoría C, a instituciones académicas y de investigación.

En la categoría A, se espera que la OMS consiga la donación o la reserva para su compra a precios asequibles de 350 millones[3] de dosis de vacunas antipandémicas directamente desde su fabricación, una cifra que representa entre el 7% y el 10% de la capacidad de producción mundial.[4,5] Además, los fabricantes se han comprometido a entregar dos millones[3] de tandas de tratamiento antivírico, y la OMS se ha asegurado la reserva de otros ocho millones de tandas para su compra a precios asequibles.[6] Los laboratorios Roche no pueden suscribir AMTM 2 porque no utilizan materiales biológicos PIP, pero desde 2005 han donado voluntariamente a la OMS tandas de tratamiento antivírico a fin de constituir una reserva para respuesta rápida. En octubre de 2016 había en esta reserva cinco millones de tandas

---

[1] Véase: Frequently asked questions about Standard Material Transfer Agreements 2. En: Organización Mundial de la Salud (sitio web). Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (http://www.who.int/influenza/pip/benefit_sharing/smta2_FAQs.pdf), consultado el 26 de septiembre de 2016.

[2] *Influenza Vaccine Response during the Start of a Pandemic*, informe de una consulta informal de la OMS celebrada en Ginebra (Suiza) del 29 de junio al 1 de julio de 2015. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/207751/1/WHO_OHE_PED_GIP_2016.1_eng.pdf), consultado el 20 de septiembre de 2016.

[3] Secretaría del Marco de PIP, Organización Mundial de la Salud, datos inéditos, octubre de 2016.

[4] Partridge J, Kieny MP. «Global production capacity of seasonal influenza vaccine in 2011». *Vaccine*. intangibles 10.1016/j.vaccine.2012.10.111.

[5] Véase*:* Pandemic Influenza Preparedness Framework partnership contribution 2013-2016: Gap Analyses. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2013 (http://www.who.int/influenza/pip/pip_pc_ga.pdf), consultado el 22 de septiembre de 2016.

[6] Acuerdo Modelo de Transferencia de Material 2 entre Glaxo Group Limited y la OMS. En: Organización Mundial de la Salud (sitio web). Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2012 http://www.who.int/influenza/pip/benefit_sharing/gsk_smta2_dec_2012.pdf), consultado el 22 de septiembre de 2016.

de tratamiento donados por Roche.[1] Casi la mitad de las instituciones académicas y de investigación pertenecientes a la categoría C que han firmado AMTM 2 se han mostrado dispuestas a proporcionar beneficios a la OMS; cabe señalar que a estas instituciones se les pide que consideren ofrecer beneficios, pero no se les exige. Entre estos ofrecimientos, el tipo de compromiso más seleccionado hasta octubre de 2016 es la participación en los beneficios en las áreas de mejora de la capacidad de vigilancia y de laboratorio; la secretaría del Marco de PIP está trabajando con los CC de la OMS y las oficinas regionales de la OMS para llevar a la práctica estas ofertas de capacitación.

El primer AMTM 2 con un fabricante de vacunas se firmó en octubre de 2012. Al 23 de septiembre de 2016, cuatro de los 32 fabricantes de vacunas han firmado AMTM 2, entre ellos dos grandes multinacionales: GlaxoSmithKline (GSK) (que fabrica también antivíricos) y Sanofi Pasteur.[2] Los otros dos signatarios de AMTM 2 son el Serum Institute of India (el mayor fabricante radicado en un país en desarrollo) y el China National Biotec Group (CNBG), una empresa líder en tecnología en China.[3] Otros ocho fabricantes de vacunas han presentado oficialmente propuestas de participación en los beneficios y, por tanto, están celebrando oficialmente negociaciones.[4] En caso de pandemia, los fabricantes de vacunas deberán dejar de producir vacunas contra la gripe estacional para fabricar vacunas antipandémicas (véase el recuadro 6.1). Además, se ha firmado otro AMTM 2 de categoría B con Quidel Corporation y se han entablado negociaciones formales con otra multinacional.[5] En total, se han firmado 47 acuerdos[5] con instituciones académicas y de investigación pertenecientes a la categoría C.

---

[1] *Supporting pandemic preparedness*. En: Roche (sitio web). Basilea: Hoffman-La Roche; 2016 (http://www.roche.com/content/sustainability/what_we_do/for_patients/access_to_healthcare/making_innovation_accessible/tamiflu_corpres.htm), consultado el 26 de septiembre de 2016.

[2] Standard Material Transfer Agreements 2 (SMTA2). En: Organización Mundial de la Salud (sitio web). Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (http://www.who.int/influenza/pip/benefit_sharing/smta2_signed/en/), consultado el 19 de octubre de 2016.

[3] La OMS firma un AMTM 2 con el fabricante de vacunas chino CNBG. Boletín del Marco de Preparación para una Gripe Pandémica (en línea). Julio de 2016. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (http://us8.campaign-archive1.com/?u=c35eb4938c7246655f6384192&id=5b4741cf8b), consultado el 26 de septiembre de 2016.

[4] Secretaría del Marco de PIP, Organización Mundial de la Salud, datos inéditos, octubre de 2016.

[5] *Ibid.*

Recuadro 6.1. Mecanismos de decisión para el cambio de producción de la vacuna contra la gripe estacional a la vacuna antipandémica

Los fabricantes de vacunas antigripales no pueden producir simultáneamente vacunas contra la gripe estacional y la gripe pandémica. Cuando, tras una evaluación de riesgos, se declara el inicio de una pandemia de gripe, se debe tomar una decisión sobre la conveniencia de abandonar la producción de vacunas estacionales para fabricar vacunas antipandémicas y sobre el momento oportuno para hacerlo, en virtud de los AMTM 2. Mientras en un lugar se declara una pandemia, en el resto del mundo pueden seguir circulando virus de la gripe estacional y, además, es probable que los fabricantes estén produciendo vacunas contra la gripe estacional en cumplimiento de contratos firmados.[1] Por otro lado, la pandemia puede ocurrir en diferentes épocas y con gravedad distinta en función del país. Por tanto, la decisión de cambiar el tipo de producción es compleja, debe tomarse en el momento oportuno y necesita de la interacción y la cooperación de diversos organismos y organizaciones públicos y privados, entre ellos la OMS, el SMVRG, la industria, los ministerios de salud, los fabricantes de VCV y los organismos de reglamentación.[2]

En junio y julio de 2015, la OMS organizó una consulta informal con el fin de elaborar un enfoque mundial y cooperativo de la gestión de riesgos para realizar campañas de vacunación en respuesta a una pandemia de gripe. En esta consulta se señalaron una serie de posibles inconvenientes importantes, entre ellas las graves consecuencias para la salud pública que puede acarrear el cambio de producción a la vacuna antipandémica demasiado pronto o demasiado tarde.[3] La decisión prematura de detener la producción de vacunas estacionales podría comprometer la disponibilidad de estas vacunas y aumentar la mortalidad por el virus estacional; por otro lado, una decisión tardía podría retrasar la respuesta y aumentar la gravedad de la pandemia. Cada etapa del complejo proceso de preparación y fabricación de una vacuna representan un posible estancamiento o retraso, que podrían dar lugar a un efecto dominó y obstaculizar el cambio en el momento oportuno de la producción de una vacuna estacional en favor de una vacuna antipandémica. Por ejemplo, el desarrollo de VCV, la fabricación de reactivos, los ensayos clínicos, las homologaciones reglamentarias y la obtención de una producción adecuada de vacunas son etapas sucesivas básicas en el proceso de producción de vacunas antipandémicas.[3] Los acuerdos de compra por adelantado entre los fabricantes y los gobiernos para la producción de vacunas estacionales también pueden obstaculizar el acceso inmediato de la OMS a estas vacunas en virtud de los AMTM 2 al principio de una pandemia, en el caso de que tales fabricantes deban cumplir en primer lugar sus obligaciones contractuales.

---

[1] Grupo Asesor del Marco de PIP. Informe anual del Grupo Asesor del Marco de Preparación para una Gripe Pandémica («Marco de PIP») al Director General según lo estipulado en la sección 7.2.5 del Marco de PIP: Informe anual 2015. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2015 (http://www.who.int/influenza/pip/ag_annual_report_2015.pdf), consultado el 20 de septiembre de 2016, pág. 8.

[2] *Influenza vaccine response during the start of a pandemic*. Informe de una consulta oficiosa de la OMS celebrada en Ginebra (Suiza) del 29 de junio al 1 de julio de 2015. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/207751/1/WHO_OHE_PED_GIP_2016.1_eng.pdf), consultado el 19 de septiembre de 2016.

[3] *Ibid.*

Desde la consulta de 2015, los trabajos se han centrado en completar el Marco operacional para la vacunación en caso de pandemia[1] y finalizar la aplicación del Marco operacional para la gestión del riesgo de una gripe pandémica de 2013, que abarcará también la vacunación como respuesta a una pandemia. En julio de 2016 se celebró una segunda consulta informal cuyos principales resultados y conclusiones, que todavía no se han publicado a fecha de octubre de 2016, fueron: una actualización del Marco operacional para la vacunación en caso de pandemia, la recomendación de completar el Marco operacional para la gestión del riesgo de una gripe pandémica, el establecimiento de grupos de trabajo para resolver la congestión que afecta actualmente a las actividades de producción y la reglamentación, la formación de un grupo sobre políticas que determine los criterios principales que deben regir la decisión de cambiar la producción de la vacuna estacional en favor de la vacuna antipandémica y la recomendación de crear una comisión especializada integrada por expertos del SMVRG, la industria, la sociedad civil y otras partes interesadas pertinentes que asesoren con rapidez a la OMS sobre las cuestiones prácticas relativas al cambio de producción en caso de que se declare una pandemia o exista riesgo de que tenga lugar.

La estrategia de la OMS para los AMTM 2 de categoría A ha sido asegurarse de disponer de las vacunas antipandémicas que fabrican grandes empresas que ya tienen vacunas precalificadas por la Organización. Para que no haya duda de que se cumplen las normas y se evitan efectos secundarios, los organismos del sistema de las Naciones Unidas (como la OMS y el UNICEF) solo aceptan vacunas precalificadas. Puesto que solo se puede fabricar una vacuna antipandémica cuando aparezca una nueva cepa pandémica, todas las empresas que deseen suministrar vacunas a la OMS deberán obtener la precalificación de la nueva vacuna. Si una empresa ya ha conseguido esta precalificación para una vacuna antigripal (ya sea estacional o antipandémica), el trámite de precalificación de una nueva vacuna antipandémica para responder a un brote suele ser mucho más breve. Por esta razón, la secretaría del Marco de PIP recomienda a las empresas que soliciten la precalificación de una vacuna estacional o de un prototipo de vacuna antipandémica con antelación a la nueva pandemia. Hasta octubre de 2016, siete fabricantes de vacunas antigripales[2] habían obtenido la precalificación de una vacuna. Además, todos los signatarios de AMTM 2 habían precalificado una vacuna excepto CNBG, y la OMS estaba manteniendo conversaciones o negociaciones con vistas a concluir AMTM 2 con otros cuatro fabricantes que ya habían precalificado vacunas. Hasta octubre de 2016, todas las empresas chinas fabricantes de vacunas estaban siguiendo los trámites de precalificación de sus vacunas estacionales.

Las negociaciones necesarias para concertar AMTM 2 son largas y complejas. Además, la OMS debe destinar a ellas a miembros de su personal a tiempo completo, con la ayuda de consultores. Por el momento, la OMS se ha dirigido en primer lugar a los mayores fabricantes de vacunas, y ello le ha permitido aprovechar de forma óptima el mecanismo de participación en los beneficios de los AMTM 2. Para concluir las negociaciones con empresas de producción media y baja será necesario dedicar más esfuerzos y recursos (por ejemplo, para pagar viajes y sesiones de información técnica), puesto que estos fabricantes suelen estar menos familiarizados con los requisitos técnicos que exigen los AMTM 2 y que estos acuerdos representan para ellos un coste adicional significativo. Las empresas que solo han fabricado vacunas para su mercado interno y desean entablar negociaciones para concluir

[1] *Ibid.*

[2] WHO Prequalified vaccines. En: Organización Mundial de la Salud (sitio web). Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (https://extranet.who.int/gavi/PQ_Web/), consultado el 26 de septiembre de 2016.

un AMTM 2 necesitan informarse sobre el procedimiento de precalificación de la OMS, el procedimiento de adquisición de vacunas por las Naciones Unidas, los requisitos necesarios para exportar productos biológicos,[1] el etiquetado de los mercados de exportación y los trámites de autorización de las vacunas en el mercado del país destinatario. Con este objetivo, la OMS ha llevado a cabo una serie de actividades de comunicación y divulgación y ha impartido sesiones informativas a las empresas con miras a mejorar sus conocimientos acerca de los AMTM 2 y de las condiciones de la participación en los beneficios.[2] También se podrían elaborar directrices y protocolos para facilitar el proceso de negociación a los pequeños fabricantes. Además, las empresas pueden dirigirse directamente a funcionarios técnicos del equipo de precalificación de la Naciones Unidas, que son los más indicados para responder a preguntas relativas al envasado y el etiquetado, el envío y otras cuestiones. Sin embargo, habida cuenta de la complejidad de este proceso, no parece fácil que las empresas pequeñas consigan concluir AMTM 2 con mucha mayor rapidez.

La secretaría del Marco de PIP se ha puesto en contacto con empresas de producción intermedia en las regiones, toda vez que presentan unas características y una problemática similares.

Las empresas con pequeños volúmenes de producción pueden enfrentar obstáculos adicionales. Si no prevén exportar vacunas antivíricas, tal vez consideren que la precalificación por la OMS no presenta ventajas, a pesar de que pueda proporcionarles acceso a nuevos mercados comerciales. A este inconveniente se suman, para algunos fabricantes de ámbito nacional, los contratos firmados con administraciones de sus países que abarcan la totalidad de su capacidad de producción de vacunas. Estas empresas necesitan encontrar el modo de suministrar el 10% de su producción para cumplir los requisitos de los AMTM 2. Por ejemplo, las administraciones públicas de los países podrían permitir que se destinara a la OMS un 10% de la producción de vacunas que tienen reservada, o algunas empresas tendrían que aumentar su producción, lo cual representaría un mayor uso de recursos y costos adicionales. En suma, podría ser necesario dotar de mayor flexibilidad a los compromisos exigidos a las pequeñas y medianas empresas fabricantes.

En el caso de las empresas que fabrican medios de diagnóstico, que se incluyen en la categoría B, la OMS se enfrenta al inconveniente adicional de que el Marco de PIP limita la opción de donación o reserva a los kits de diagnóstico. Debido a que no se conoce con seguridad qué tipos de kits se necesitarán en una futura pandemia de gripe, la OMS corre el riesgo de firmar AMTM 2 para obtener productos que no serán de utilidad. Para sacar el máximo partido a los beneficios que puede proporcionar la categoría B, podrían ofrecerse otras opciones de participación en los beneficios a las empresas incluidas en ella, como el suministro de material accesorio de utilidad en caso de pandemia (jeringuillas, agujas y aplicadores, etc.), así como de productos necesarios para la vigilancia, como materiales para la recogida y el estudio de muestras.

---

[1] Grupo Asesor del Marco de PIP. Informe anual del Grupo Asesor al Director General [en inglés]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2014 (http://www.who.int/influenza/pip/ag_annual_report_2014.pdf), consultado el 20 de septiembre de 2016, apartado 3.1.

[2] Documento EB138/21 del Consejo Ejecutivo de la OMS. Preparación para una gripe pandémica: intercambio de virus gripales y acceso a las vacunas y otros beneficios. Informe de la Directora General. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB138/B138_21-sp.pdf), consultado el 22 de septiembre de 2016, párr.15.

La necesidad de apoyo tecnológico en el Marco de PIP puede aumentar cuando finalice el GAP en noviembre de 2016, puesto que es probable que se necesite dedicar más esfuerzos a estas opciones más amplias de los AMTM 2. Cuatro de las empresas subvencionadas por el GAP están fabricando vacunas en la actualidad y se prevé que otras cinco tengan capacidad para ello en 2019 pero, probablemente, estas empresas que empiezan a producir vacunas necesitarán más apoyo tecnológico.[1]

Desde la adopción del Marco de PIP, algunas empresas están retrasando la conclusión de AMTM 2 o no están ofreciendo compromisos razonables de participación en los beneficios a pesar de recibir materiales biológicos PIP. En octubre de 2015, a la vista de que las negociaciones no avanzaban con la rapidez esperada, el Grupo Asesor recomendó a la Directora General que «en caso de que los fabricantes que han entablado negociaciones para concluir un AMTM 2 mantengan posiciones manifiestamente inaceptables, la secretaría del Marco de PIP debe utilizar un enfoque gradual» para recordar a las entidades que no han firmado AMTM 2 con la OMS que dejarán de recibir materiales biológicos PIP.[2] Este enfoque gradual empieza con contactos con la industria y las asociaciones de fabricantes, ya sean informales o formales. Posteriormente, la secretaría del Marco de PIP puede entablar conversaciones con los gobiernos de los países donde están radicadas tales empresas y los funcionarios pertinentes de alto rango de la OMS se pueden dirigir directamente a la dirección de las empresas. Para evitar las repercusiones negativas que puede conllevar la suspensión del acceso a materiales biológicos PIP, solo se optará por esta solución como último recurso después de agotar todas las opciones y de constatar que las negociaciones se han estancado. Este enfoque gradual ya se ha utilizado con éxito en las negociaciones con dos fabricantes.

En cuanto al futuro, todavía existen deficiencias considerables en la información sobre los progresos alcanzados gracias a los AMTM 2 a un público más amplio. La mejor comunicación sobre la participación en los beneficios y los procesos conexos también ayudará a mejorar algunos aspectos criticados del sistema de AMTM 2. Por ejemplo, permitirá reducir los costos cada vez mayores que representa para la secretaría del Marco de PIP, teniendo en cuenta el menor rédito que reportan los acuerdos con pequeños y medianos fabricantes y con las empresas no fabricante.

Recomendaciones: AMTM 2

18. La secretaría del Marco de PIP debería mejorar la comunicación de los progresos y logros alcanzados en relación con la concertación de AMTM 2, resaltando mejor su razón de ser y los criterios que rigen el establecimiento de prioridades para concertarlos, y aclarando el uso que se pretende dar a los antivíricos, las vacunas y los demás productos que permitan obtener.

---

[1] Grohmann G, Francis DP, Sokhey J, Robertson J. «Challenges and successes for the grantees and the Technical Advisory Group of WHO's influenza vaccine technology transfer initiative». *Vaccine*. En imprenta. doi: 10.1016/j.vaccine.2016.07.047.

[2] Grupo Asesor del Marco de PIP. Reunión del Grupo Asesor del Marco de Preparación para una Gripe Pandémica, 15-16 de octubre de 2015, Ginebra (Suiza). Informe para la Directora General [en inglés]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2015 (http://www.who.int/influenza/pip/ag_meetingreport_october2015.pdf), consultado el 22 de septiembre de 2015, párr. 8.

19. La secretaría del Marco de PIP debería idear, para su examen por el Grupo Asesor y a reserva de la decisión final de los Estados Miembros, un procedimiento que permita incluir en el anexo 2 la aportación de contribuciones financieras y de materiales de recogida y procesamiento de muestras como opciones en los compromisos de los AMTM 2 de la categoría B.

20. El Director General debería considerar la posibilidad de pedir a los Estados Miembros que supriman el apartado 6.9 del Marco de PIP relativo a la reserva de vacunas en el contexto de la preparación para una gripe pandémica, toda vez que ya no tiene razón de ser.

21. El Director General debería pedir a los Estados Miembros con capacidad nacional de producción de vacunas que se comprometan a autorizar a las empresas fabricantes que entreguen a la OMS, a medida que se fabriquen, vacunas antipandémicas y otros productos que la OMS se asegure en virtud de los AMTM 2.

22. La OMS debería finalizar y hacer público en breve el Marco provisional para la gestión del riesgo de una gripe pandémica, que establecerá más claramente las condiciones para el cambio de producción de la vacuna estacional a la vacuna antipandémica.

6.2 Recaudación de las contribuciones de partenariado

Principales conclusiones

Conclusión 43. La participación de la industria en la elaboración colectiva[1] de la fórmula aplicable a la CP ha sido acogida muy favorablemente y ha tenido como resultado el pago temprano de las contribuciones en 2012 y la recaudación del 96% del total de fondos previstos para 2013 y 2014.[2]

Conclusión 44. Sin embargo, continúa habiendo dificultades para recaudar las CP, porque no todas las empresas pagan sus contribuciones en el plazo previsto y solo algunas las abonan en su totalidad. Se trata de una cuestión preocupante, porque el mecanismo de la CP depende de que todos los interesados cumplan sus obligaciones. A diferencia de las obligaciones contractuales de los AMTM 2, el sistema de CP no es jurídicamente vinculante y la OMS no dispone de mecanismos para garantizar su observancia más allá de negociar con destreza y del desprestigio que puede suponer para las empresas la divulgación pública del incumplimiento. Con todo, los Estados Miembros han firmado el Marco de PIP y pueden exigir a sus empresas que cumplan con estas obligaciones.

[1] Partnership Contribution Standard Operating Procedures, junio de 2015. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2015 (http://www.who.int/influenza/pip/benefit_sharing/pc_collection_sop.pdf?ua=1, consultado el 24 de septiembre de 2016), pág. 5, anexo 2.

[2] Cálculo basado en el documento *Pandemic Influenza Preparedness Framework, Partnership Contribution Annual Report 2015*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246229/1/WHO-OHE-PED-2016.01-eng.pdf?ua=1), consultado el 24 de septiembre de 2016.

Conclusión 45. Se expusieron los problemas que podrían afectar negativamente al proceso de la CP. Algunos representantes de la industria y organizaciones de la sociedad civil consideran que no todas las entidades que deben realizar contribuciones lo hacen en la práctica, lo cual se percibe como una falta de equidad. Algunas empresas (la mayor parte de ellas fabricantes de materiales de diagnóstico) que utilizan escasamente el SMVRG consideran injusto que se les exija realizar contribuciones anuales, incluso cuando continúan obteniendo un rédito comercial de su acceso a la red en el pasado.

Conclusión 46. Varios representantes de la industria han señalado con preocupación que la fluctuación en la cuantía de las CP que se les exige entregar cada año les genera problemas presupuestarios y que preferirían abonar una cantidad fija.[1] De conformidad con la recomendación formulada por el Grupo Asesor en abril de 2016, la industria ha iniciado un proceso de consultas para revisar la fórmula aplicable a la CP, en colaboración con todos los sectores industriales pertinentes (fabricantes de vacunas, medios de diagnóstico y medicamentos) y con la secretaría del Marco de PIP.[2]

Conclusión 47. En una encuesta sobre los costos de funcionamiento del SMVRG con fines del presente examen, las estimaciones obtenidas a partir de una muestra de 41 laboratorios indican que, probablemente, estos costos han aumentado desde 2010 y que deberían calcularse con mayor precisión (véase el recuadro 6.2 y el cuadro 6.2).

Hasta julio de 2016, 30 de las 32 empresas contribuyentes identificadas en 2013[3] y 38 de las 42 identificadas en 2014[2] habían abonado sus CP. En el cuadro 6.1 se muestran los fondos recaudados con este fin al 2 de marzo de 2016. La disminución registrada en 2015 se debe principalmente a que la OMS no recibió el pago de una de las mayores empresas contribuyentes hasta después de esa fecha.

[1] Grupo Asesor del Marco de PIP. Informe de la tercera reunión del Grupo Asesor del Marco de Preparación para una Gripe Pandémica («Marco de PIP»). Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (http://www.who.int/influenza/pip/2016-review/meeting30march_1april.pdf), consultado el 4 de octubre de 2016.

[2] Secretaría del Marco de PIP, Organización Mundial de la Salud, datos inéditos, octubre de 2016.

[3] Punto 8.2 del orden del día provisional, 138.ª reunión del Consejo Ejecutivo. Preparación para una gripe pandémica: intercambio de virus gripales y acceso a las vacunas y otros beneficios. Informe de la Directora General. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (EB138/21; http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/251198/1/B138_21-sp.pdf), consultado el 22 de octubre de 2016, párr. 16.

Cuadro 6.1. Recaudación de la CP (2012-2015) (al 2 de marzo de 2016)[1,2]

	2012	2013	2014	2015
Entidades contactadas	163	194	250	256
Entidades contactadas	43	89	102	90
Empresas contribuyentes clasificadas	24	32	42	39
Fondos recibidos en US$	18 121 000	27 538 586	26 964 062	18 813 522

[1] Marco de Preparación para una Gripe Pandémica. Informe anual de la contribución de partenariado (2014). Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2015.

[2] Marco de Preparación para una Gripe Pandémica. Informe anual de la contribución de partenariado (2015). Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016.

La recaudación de los fondos de la CP presenta inconvenientes tanto para la industria como para la OMS. Algunas empresas encuentran dificultades para pagar las contribuciones de una sola vez, por lo que se les permite hacerlo en varios plazos.[1] Otros problemas que preocupan a las empresas contribuyentes son: la recepción de facturas al final del ejercicio fiscal, los problemas presupuestarios derivados de las fluctuaciones en las contribuciones anuales exigidas a cada empresa y el requisito de seguir incluyendo el año 2009, junto con los tres años más recientes, en el cálculo del promedio de cuatro años.[2,3]

La OMS se encuentra con que muchas empresas no responden al cuestionario, cuyo índice de respuesta es inferior al 50%. Además, estas respuestas suelen tardar en llegar y no siempre incluyen la información necesaria para aplicar la fórmula, por ejemplo, la selección del baremo o franja de ventas. En concreto, las empresas deben indicar en cuál de las 23 franjas se deben clasificar con arreglo a su cifra anual de ventas de productos utilizados en la lucha contra la gripe. A cada una de estas franjas le corresponde un coeficiente de ponderación que, junto con la suma de los coeficientes de todas las entidades, es un dato necesario para aplicar la fórmula con la que se calcula la CP de cada empresa.[4] Es decir, la secretaría del Marco de PIP no puede emitir facturas si no ha recibido la información adecuada de todas las organizaciones contribuyentes.

[1] Recaudación de las contribuciones de partenariado del Marco de PIP en 2015, resultados al 1 de abril de 2016. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (http://www.who.int/influenza/pip/benefit_sharing/2015PCCollectionResults1APR2016.pdf?ua=1), consultado el 24 de septiembre de 2016.

[2] Grupo Asesor del Marco de PIP. Reunión del Grupo Asesor del Marco de Preparación para una Gripe Pandémica, 19-22 de abril de 2016, Ginebra (Suiza). Informe para la Directora General [en inglés]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (http://www.who.int/influenza/pip/ag_april2016_MeetingRpt.pdf?ua=1), consultado el 24 de septiembre de 2016, párr. 34.

[3] Pandemic Influenza Preparedness Framework: Distribution of Partnership Contribution among companies. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2013 (http://www.who.int/influenza/pip/pc_distribution.pdf?ua=1), consultado el 24 de septiembre de 2016, apartado III B.

[4] *Ibid.*, págs. 5 y 6.

Todos los años, la OMS sufre una falta de liquidez porque no recibe los fondos de la CP a tiempo para definir y aplicar los planes de trabajo de la preparación para una gripe pandémica asociados al mecanismo de CP. Además, este problema se agrava cuando las empresas abonan con retraso sus contribuciones.[1] Por ejemplo, la aplicación de los planes de trabajo y la distribución de los fondos de la CP correspondientes a 2016 se han realizado en varias etapas debido a que al término de 2015 no se habían recibido las contribuciones de varias empresas.[2] En abril de 2016, el Grupo Asesor recomendó a la Directora General que estudiara mecanismos que permitieran avanzar fondos a la Secretaría para su uso en proyectos relacionados con la preparación para una pandemia, basando tales fondos en las contribuciones previstas. Además, el Grupo Asesor recomendó que la secretaría del Marco de PIP continuara estudiando, en consulta con la industria, la forma de modificar y simplificar el procedimiento de recaudación.[3] Por otro lado, algunas oficinas regionales de la OMS consideran que la recaudación de los fondos de la CP con arreglo a un ciclo anual obstaculiza los esfuerzos realizados para garantizar la sostenibilidad de los programas, y algunas regiones han pedido que se utilice un periodo más prolongado para determinar la financiación o la previsión de los fondos necesarios.

Cuando se negoció el Marco de PIP se decidió, basándose en unos costos de aproximadamente US$ 56,5 millones registrados en 2010, que la cantidad anual total de la CP debía equivaler al 50% de los costos de funcionamiento del SMVRG.[4] Sin embargo, también se señaló que estos gastos pueden cambiar con el tiempo y que la contribución cambiará en consecuencia.[5]

El Grupo Asesor pidió a la secretaría del Marco de PIP que llevara a cabo una pequeña encuesta entre los laboratorios del SMVRG para estimar los costos de funcionamiento en 2016 y para determinar en qué medida han variado desde 2010 (véase el recuadro 6.2).

---

[1] Grupo Asesor del Marco de PIP. Reunión del Grupo Asesor del Marco de Preparación para una Gripe Pandémica, 19-22 de abril de 2016, Ginebra (Suiza). Informe para la Directora General [en inglés]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (http://www.who.int/influenza/pip/ag_april2016_MeetingRpt.pdf?ua=1), consultado el 24 de septiembre de 2016, párr. 34.

[2] *Ibid.*, párrs. 33 y 34.

[3] *Ibid.,* párrs. 36 y 37.

[4] Preparación para una gripe pandémica: Marco para el intercambio de virus gripales y el acceso a las vacunas y otros beneficios. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011 (http://www.who.int/influenza/pip/en/), consultado el 24 de septiembre de 2016, apartado 6.14.3, nota al pie 1.

[5] *Ibid.,* apartado 6.14.3, nota al pie 1.

Recuadro 6.2. Encuesta sobre los costos de funcionamiento del SMVRG, junio-septiembre de 2016

La Secretaría envió una encuesta a todos los laboratorios del SMVRG, entre ellos CC de la OMS (6), CNG (143), LRH5 de la OMS (13) y LRE de la OMS (4), teniendo en cuenta que algunos de estos laboratorios cumplen dos de estas funciones.[1] *Solamente respondieron a la encuesta 41 laboratorios, de los cuales 19 proporcionaron todos los datos requeridos. En general, los datos proporcionados presentaban varias limitaciones que dificultaban el análisis. La mayoría de las respuestas eran solamente estimaciones de costos, muchas de ellas no incluían todos los datos exigidos y, en algunos casos, es necesario verificar la validez y la precisión de los datos.*

El costo estimado correspondiente solamente a 41 laboratorios fue de US$ 39 millones, una cifra que hace suponer que, probablemente, los costos totales de funcionamiento del SMVRG son superiores a los US$ 56,5 millones estimados en 2010.

Teniendo en cuenta que los LRE de la OMS cobran por sus servicios, se decidió que sus honorarios no se incluirían en esta estimación. Los costos de funcionamiento de los CC de la OMS, los CNG y los LRH5 de la OMS son distintos y se calcularon en grupos separados. Estos costos se expresaron como costo medio por laboratorio (cuadro 6.2) para cada categoría. Según un cálculo aproximativo, los costes totales de funcionamiento en 2016 ascendieron a US$ 122 millones.

Hay varias razones que podrían explicar el aumento de los costos de funcionamiento del SMVRG desde 2010. En la primera estimación se utilizaron datos procedentes de pocas instituciones y no se incluyeron todos los costos de funcionamiento, por ejemplo, los empleados en formación y certificación y en servicios, los derivados de la depreciación de los equipos y las contribuciones en especie. Además, en la actualidad hay más laboratorios incluidos en el SMVRG, y se prevé que los costes generales y los salarios aumentarán en los próximos cinco o seis años. Los costos para la industria también se han incrementado desde 2010 y, aunque la contribución de los Estados Miembros al SMVRG es una inversión a nivel mundial que reportará importantes efectos positivos, esta contribución es variable y desigual entre los Estados Miembros.

[1] Grupo Asesor, secretaría del Marco de PIP, Organización Mundial de la Salud, datos inéditos, octubre de 2016.

Cuadro 6.2. Estimaciones preliminares de los costos de operación del SMVRG en 2016[1]

Institución	Número de laboratorios que respondieron a la encuesta*	Costo medio por laboratorio (US$)	Número de laboratorios inscritos en el SMVRG	Costo total estimado (US$)
CC de la OMS	4	10 875 769	5**	54 millones
CNG	13	411 195	143	58 millones
LRH5 de la OMS	2	737 000	14**	10 millones***
TOTAL				122 millones, aproximadamente

* Aunque respondieron a la encuesta 41 laboratorios, solo 19 facilitaron conjuntos completos y fiables de datos. No se incluyen los LRE de la OMS.

** Los CC de la OMS que estudian la ecología de la gripe en los animales y las aves se incluyeron en el grupo de LRH5 de la OMS con fines de cálculo del promedio, porque sus costos son muy inferiores a los de los CC de la OMS que trabajan con virus estacionales y pandémicos y, en cambio, son similares a los facilitados por los LRH5 de la OMS.

*** Se necesita un conjunto mayor de datos para que el promedio estimado sea significativo; en este caso, es probable que sea superior a la cifra real.

Algunas partes interesadas propusieron vincular la cifra total de la CP a indicadores económicos como el producto interior bruto (PIB) del país donde está radicado el fabricante. Los representantes de la industria están preparando, para presentarlas a la OMS, algunas propuestas para cambiar el método de cálculo de las CP con el fin de mejorar su estabilidad y previsibilidad.

Recomendaciones: recaudación de las contribuciones de partenariado

23. El Grupo Asesor debería valorar, en colaboración con la industria, la conveniencia de actualizar las estimaciones de los costos de funcionamiento u operación del SMVRG realizadas en 2010, como información de utilidad para revisar el cálculo de la fórmula de la CP. Esto facilitaría el pago puntual de la CP y su sostenibilidad como mecanismo de financiación para aplicar el Marco de PIP.

24. Teniendo en cuenta el buen resultado que ha dado el enfoque gradual para concertar AMTM 2 recomendado por el Grupo Asesor, este Grupo debería considerar la conveniencia de formular un método similar para solucionar el problema del pago insuficiente, el retraso en los pagos y el impago de las CP.

[1] Grupo Asesor, secretaría del Marco de PIP, Organización Mundial de la Salud, datos inéditos, octubre de 2016.

6.3 Aplicación de la contribución de partenariado

Principales conclusiones

Conclusión 48. Desde que se empezaron a distribuir fondos en 2014, la aplicación del mecanismo de participación en los beneficios de la CP ha sido transparente y coherente con el Plan de aplicación de la CP 2013-2016, que ha sido ampliado hasta 2017 en cumplimiento de una recomendación del Grupo Asesor a la Directora General.[1,2] Estos recursos de la CP han permitido a los países a elaborar planes plurianuales y han impulsado la creación sostenible y provechosa de capacidad.

Conclusión 49. La creación de capacidad en cada una de las cinco áreas de trabajo (laboratorio y vigilancia, carga de morbilidad, creación de capacidad de reglamentación, planificación de la distribución y comunicación de riesgos) en los países prioritarios se inició en 2014, y se prevé alcanzar las metas fijadas al término de 2017. En general, los progresos han sido satisfactorios, si bien algunas regiones sufren retrasos porque han tenido que dirigir sus esfuerzos a luchar contra brotes como el de la enfermedad por el virus del Ebola y el del virus de Zika. También se ha progresado en la labor de apoyo a los países para mejorar la capacidad para detectar nuevos virus de la gripe y para luchar contra ellos, en los estudios sobre la carga de morbilidad, en la comunicación de riesgos y en la mejora de la capacidad de reglamentación. Para paliar los retrasos en la capacidad de distribución, se está intensificando la ayuda para elaborar planes nacionales en esta área.

Conclusión 50. En ocasiones, los gastos no se realizan al mismo ritmo que la recaudación, lo cual conduce a la percepción errónea entre algunos interesados de que algunos de los fondos adicionales de preparación recibidos como CP no se necesitan o de que no se están aplicando los planes de trabajo con arreglo a los plazos previstos. Este problema podría erosionar el apoyo recibido de entidades que proporcionan CP y la disposición a realizar nuevas contribuciones.

---

[1] Pandemic Influenza Preparedness Framework, Partnership Contribution Implementation Plan 2013-2016. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2015 (http://www.who.int/influenza/pip/pip_pcimpplan_update_31jan2015.pdf?ua=1), consultado el 20 de septiembre de 2016, págs. 9-11.

[2] Grupo Asesor del Marco de PIP. Reunión del Grupo Asesor del Marco de Preparación para una Gripe Pandémica, 19-22 de abril de 2016, Ginebra (Suiza). Informe para la Directora General [en inglés]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (http://www.who.int/influenza/pip/ag_april2016_MeetingRpt.pdf?ua=1), consultado el 22 de septiembre de 2016, párr. 45.

Conclusión 51. La secretaría del Marco de PIP informa regularmente sobre los logros alcanzados y los problemas encontrados en la aplicación de la CP. A pesar de ello, las partes interesadas comunican regularmente problemas específicos a la OMS, a saber: 1) el hecho de que se sigan recaudando fondos para la CP mientras los fondos destinados a la respuesta permanecen intactos, lo que les produce insatisfacción; esto revela que, posiblemente, no se entiende que estos últimos son un fondo de contingencia para responder rápidamente al inicio de una pandemia y que su saldo es muy inferior al que se necesitará cuando se declare una pandemia; 2) el fundamento para seleccionar a los países beneficiarios prioritarios, a pesar de que se han publicado los criterios y el proceso de selección;[1] *es probable que ello indique que algunos países desean ser incluidos en la lista; y 3) el desconocimiento de las vías por las que los fondos de la CP están creando capacidad en los países para aumentar la preparación frente a una gripe pandémica.*

Conclusión 52. El segundo Análisis de las Deficiencias (la evaluación de las deficiencias y las necesidades, así como de los puntos fuertes y débiles, las oportunidades y las amenazas de la CP) que debe llevar a cabo la secretaría del Marco de PIP se tendrá en cuenta para presentar la propuesta de la Directora General al Consejo Ejecutivo de la OMS relativa a la distribución proporcional de los fondos de la CP que, en la actualidad, es de un 70% para la preparación y un 30% para la respuesta a una pandemia.

Conclusión 53. Tanto la industria como los Estados Miembros continúan teniendo gran interés en comprender el proceso de toma de decisiones para la aplicación de la CP y en realizar aportaciones cuando sea necesario. Por su parte, las oficinas regionales de la OMS han pedido que los encargados de la aplicación tengan oportunidad de dialogar sobre las enseñanzas extraídas, y desearían participar más activamente en la planificación, la aplicación y el seguimiento. Cabe señalar, con todo, que siempre se invita a las oficinas regionales de la OMS a asistir a las reuniones del Grupo Asesor.

Conclusión 54. Las áreas de trabajo para la aplicación de la CP, sobre todo los estudios sobre la carga de morbilidad, la creación de capacidad de reglamentación y la planificación de la distribución, son fundamentales para la implantación de los programas de vacunación contra la gripe estacional, que, a su vez, son la base de la preparación para una pandemia.

Conclusión 55. Varias oficinas regionales de la OMS han planteado el problema de la limitación de fondos que se destinan en el Marco de PIP a los costos del personal necesarios para llevar a cabo las actividades del Marco. En la actualidad se sigue el principio de reducir en lo posible los gastos de personal de la OMS para destinar la máxima cantidad posible de fondos a las actividades realizadas por los países. Se podrían buscar otras fuentes de financiación para hacer frente a los costos de personal; de hecho, el Marco de PIP alienta a los donantes a ofrecer fondos suplementarios (véase el apartado 6.14.3.1).

Los fondos recabados mediante la recaudación de la CP se asignan y se gastan de conformidad con las decisiones adoptadas por los Estados Miembros por conducto del Consejo Ejecutivo de la OMS. Al funcionamiento de la secretaría del Marco del PIP, que dirige la

[1] Pandemic Influenza Preparedness Framework, Partnership Contribution Implementation Plan 2013-2016. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2015 (http://www.who.int/influenza/pip/pip_pcimpplan_update_31jan2015.pdf?ua=1), consultado el 20 de septiembre de 2016, págs. 9-11.

aplicación del Marco, se destina como máximo el 10% de las contribuciones totales.[1] Del resto, el 70% se asigna a las medidas de preparación para una pandemia de gripe y el 30% a los fondos de respuesta[2] clasificando de forma transparente los costos indirectos del apoyo de la OMS como gastos de apoyo a programas. En el cuadro 6.3 se muestra un resumen del total de asignaciones correspondientes al periodo 2012-2015 de la CP (al 30 de junio de 2016).

Cuadro 6.3. Asignaciones totales de la CP correspondientes al periodo 2012-2015* (recibidas al 30 de junio de 2016)[1]

Fondos totales de CP recibidos	Asignaciones			
	Preparación**	Respuesta	Secretaría del Marco de PIP	Gastos de apoyo a programas
US$ 92 800 499	US$ 51 738 331	US$ 23 416 948	US$ 8 212 433	US$ 9 432 786

***** Año de recepción de la factura. ** Incluye fondos que todavía no se han asignado a actividades específicas de preparación.

[1] *Partnership Contribution Implementation Portal, Budget 2012-2016*. En: Organización Mundial de la Salud (https://extranet.who.int/pip-pc-implementation/). Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016.

6.3.1 Respuesta

Los fondos para la respuesta se depositan en una cuenta específica y se van acumulando para que la OMS disponga de recursos financieros con inmediatez cuando se declare un brote pandémico. El Grupo Asesor, en consulta con la industria y con otras partes interesadas, ha elaborado un conjunto de principios rectores en los que la Directora General puede basar sus decisiones sobre el uso que se debe dar a los fondos para la respuesta.[3] Por ejemplo, se prevé que se necesitarán fondos para distribuir vacunas antipandémicas donadas en virtud de AMTM 2 y para adquirir productos adicionales que los fabricantes hayan acordado ofrecer a precios asequibles.

6.3.2 Preparación

En virtud del Plan de aplicación de la CP 2013-2016, los fondos destinados a la preparación se asignan a cinco áreas de trabajo: laboratorio y vigilancia, carga de morbilidad, creación de capacidad de reglamentación, planificación de la distribución y comunicación de riesgos.[4] Las actividades que se han seleccionado para recibir apoyo en cada área guardan relación directa con las conclusiones del análisis de las deficiencias de 2013, que permitió determinar dónde era más urgente crear capacidad para reforzar la preparación a nivel mundial ante una pandemia.[5] Se ha confeccionado una lista de países prioritarios para cada una de las

---

[1] *Ibid.*, pág. 6.

[2] Principios rectores sobre el uso de los fondos de la CP para la respuesta a una gripe pandémica. En: Organización Mundial de la Salud (sitio web). Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2014 http://www.who.int/influenza/pip/guiding_principles_pc_response_funds.pdf?ua=1), consultado el 21 de septiembre de 2016, párr. 2(*b*).

[3] *Ibid.*

[4] Pandemic Influenza Preparedness Framework, Partnership Contribution Implementation Plan 2013-2016. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2015 (http://www.who.int/influenza/pip/pip_pcimpplan_update_31jan2015.pdf?ua=1), consultado el 22 de septiembre de 2016.

[5] Pandemic Influenza Preparedness Framework Partnership Contribution 2013-2016 Gap Analyses. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2013 (http://www.who.int/influenza/pip/pip_pc_ga.pdf?ua=1), consultado el 22 de septiembre de 2016.

cinco áreas de trabajo, consultando estrechamente su composición con las regiones. El proceso de selección en cada área se explica con detalle en el Plan de aplicación de la CP 2013-2016 del Marco de PIP.[1] El proceso de selección fue más pormenorizado en el área de creación de capacidad de laboratorio y vigilancia, a la que se previó asignar más fondos de la CP (véase el cuadro 6.3).

Recuadro 6.3. Selección de países donde crear capacidad de laboratorio y vigilancia[2]

Para elaborar las listas regionales de países potencialmente prioritarios se llevó a cabo una evaluación técnica de las capacidades nacionales de laboratorio y vigilancia específicas para la gripe de cada país, utilizando los siguientes factores definidos por el Grupo Asesor: nivel de desarrollo, aplicación de las capacidades básicas definidas en el RSI (2005), necesidades nacionales de vigilancia epidemiológica y de laboratorio específicas para la gripe y vulnerabilidad a la cepa A(H5N1).

Las oficinas regionales de la OMS utilizaron elementos adicionales para definir con mayor precisión estas listas, entre ellos: la situación política del país en la región, concretamente si se ha declarado en el país una situación de emergencia compleja; la financiación y las inversiones en curso de donantes; la capacidad de asimilación; el número de habitantes; la localización geográfica dentro de la región o la subregión (en especial en el caso de los países insulares); el interés por trabajar en la lucha contra la gripe del país o de su ministerio de salud, y la aptitud para mejorar la capacidad existente a fin de obtener datos de vigilancia de la gripe que se puedan proporcionar a los países vecinos.

Las regiones seleccionaron los países prioritarios en función de su adecuación a los requisitos para recibir fondos de la CP destinados a mejorar su capacidad para detectar y controlar los brotes de gripe y de facilitar información sobre la enfermedad, principalmente a través del SMVRG. Posteriormente, la lista de países se envió a la Directora General por conducto del Grupo Asesor.

En 2014 se elaboraron más de 50 planes de trabajo en el conjunto de la OMS. Los primeros tramos de financiación se entregaron en abril de 2014, y en agosto ya se habían distribuido US$ 17,4 millones a la Sede, las oficinas regionales y las oficinas en los países para llevar a cabo las actividades de preparación aprobadas en las cinco áreas.[3] En total, en 2015 se entregaron US$ 31 millones de fondos de la CP, el 70% de los cuales se destinó al área de laboratorio y vigilancia (véase la figura 6.1).[4]

---

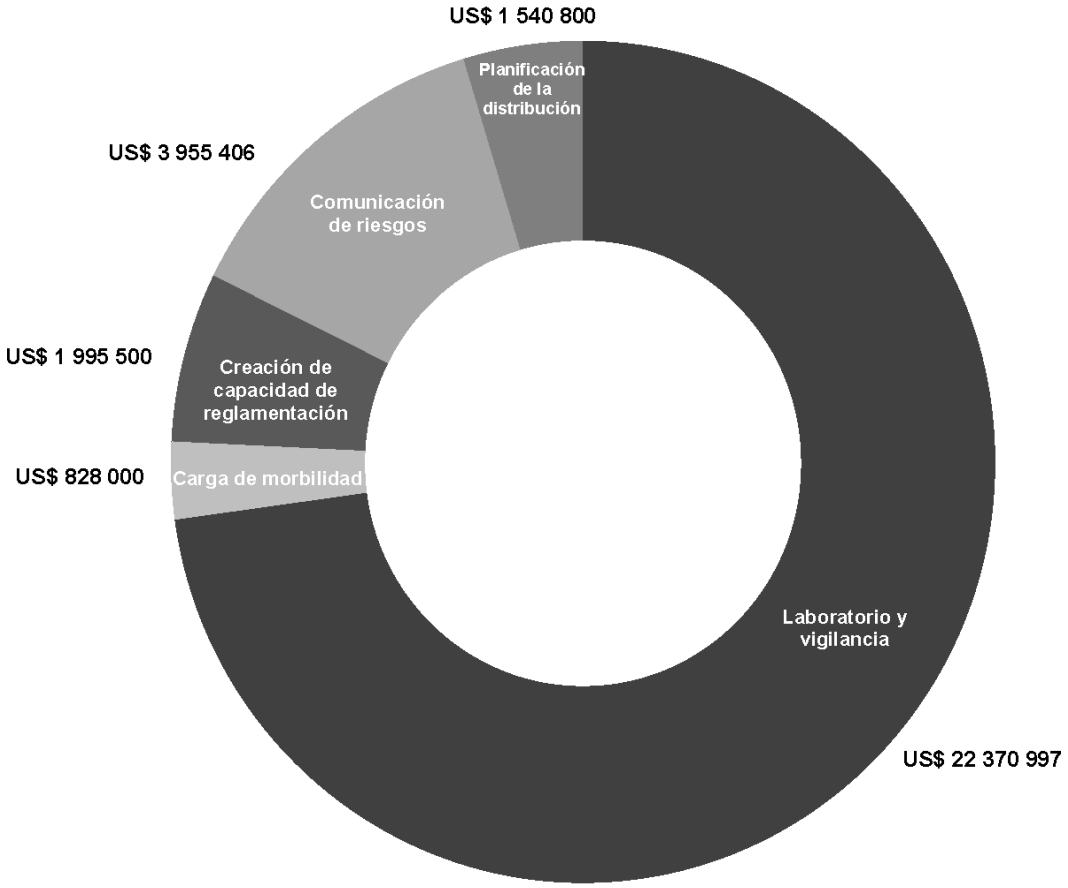
[1] Pandemic Influenza Preparedness Framework, Partnership Contribution Implementation Plan 2013-2016. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2015 (http://www.who.int/influenza/pip/pip_pcimpplan_update_31jan2015.pdf?ua=1), consultado el 22 de septiembre de 2016, pags. 9-11.

[2] *Ibid.*

[3] Pandemic Influenza Preparedness Framework, Partnership Contribution Annual Report 2015. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246229/1/WHO-OHE-PED-2016.01-eng.pdf?ua=1, consultado el 22 de septiembre de 2016), pág. 8.

[4] *Ibid.*, pág. 4.

Figura 6.1. Distribución de los fondos para la preparación en función del área de trabajo (hasta diciembre de 2015)[1]



[1] Marco de Preparación para una Gripe Pandémica. Informe anual de la contribución de partenariado (2015). Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246229/1/WHO-OHE-PED-2016.01-eng.pdf?ua=1), consultado el 22 de septiembre de 2016, pág. 65.

Los fondos de la CP destinados a la preparación se distribuyen de acuerdo con los planes de trabajo, y se hace un seguimiento del gasto real para presentar informes pertinentemente. Gracias a ello se ha observado que no siempre se utiliza la totalidad de los fondos entregados. Como muestra la figura 6.1, la proporción de fondos entregados que se habían utilizado en las distintas áreas de trabajo al término de 2015 es el siguiente: laboratorio y vigilancia: 80%; carga de morbilidad: 76%; creación de capacidad de reglamentación: 56%; planificación de la distribución: 44%, y comunicación de riesgos: 85%.[1] El índice global del gasto de fondos destinados a la preparación, que agrupa las cifras de 2014 y 2015, fue del 77%.[2]

[1] *Ibid.*, pág. 67.

[2] *Ibid.*, pág. 65.

Aunque, hasta el momento, la aplicación del mecanismo de CP se ha basado en las cinco áreas de trabajo, la OMS reconoce que, posiblemente, en el futuro se considerará pertinente añadir otras áreas de trabajo y que los países de ingresos medios y bajos a los que se financia en la actualidad necesitarán ayudas procedentes de la CP.[1] El Plan de aplicación de la CP 2013-2016 se ha prorrogado hasta el término de 2017;[2] en este periodo se completará un nuevo análisis de las deficiencias para determinar los avances realizados en las áreas de trabajo actuales y para definir posibles áreas de trabajo en el futuro. Toda esta información será de utilidad para elaborar un nuevo plan de aplicación de la CP de alto nivel. Del mismo modo, la proporción[3] del 70% y el 30%, respectivamente, con que se asignan los fondos de la CP a las actividades de preparación y de respuesta se mantendrá durante un año más (hasta el término de 2017) y, si se considera conveniente, se revisará en el nuevo plan en función de las recomendaciones que puedan formular el Director General y el Consejo Ejecutivo de la OMS, siempre y cuando las ratifiquen los Estados Miembros en la Asamblea Mundial de la Salud de 2017.

Cada seis meses se examinan los progresos realizados hacia el logro de los objetivos convenidos, utilizando un conjunto de indicadores para cada área de trabajo y comparando los datos obtenidos con las condiciones de partida.[4] Al prorrogarse el Plan de aplicación de la CP 2013-2016 hasta el término de 2017, también se han ampliado un año más los objetivos establecidos en él.[5] Desde 2014, la OMS incluye en los informes anuales de la CP datos actualizados que reflejan pormenorizadamente los resultados calculados mediante los indicadores.[4,6]

En el cuadro 6.4 se presenta un resumen de los principales logros obtenidos hasta el término de 2015 en las cinco áreas de trabajo, y en los cuadros 6.5 a 6.10 se ofrecen más detalles sobre cada una de estas áreas. Aunque se dispone de datos más recientes correspondientes a 2016 sobre algunos de estos indicadores, al ser distintos los periodos abarcados por los informes no se pueden presentar datos para todas las áreas de trabajo que abarquen el periodo posterior al término de 2015. Por tanto, para mostrar los progresos realizados en cada área de trabajo durante el mismo periodo se han tomado los datos del informe anual de la CP correspondiente a 2015.

---

[1] *Ibid.*, pág. 52.

[2] Grupo Asesor del Marco de PIP. Reunión del Grupo Asesor del Marco de Preparación para una Gripe Pandémica, 19-22 de abril de 2016, Ginebra (Suiza). Informe para la Directora General [en inglés]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (http://www.who.int/influenza/pip/ag_april2016_MeetingRpt.pdf?ua=1), consultado el 22 de septiembre de 2016, párr. 45.

[3] Estas proporciones se determinan después de haber asignado a la secretaría del Marco de PIP un 10% del total de ingresos de la CP.

[4] Pandemic Influenza Preparedness Framework, Partnership Contribution Annual Report 2015. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246229/1/WHO-OHE-PED-2016.01-eng.pdf?ua=1), consultado el 22 de septiembre de 2016, pág. 11.

[5] Secretaría del Marco de PIP, Organización Mundial de la Salud, datos inéditos, octubre de 2016.

[6] Pandemic Influenza Preparedness Framework, Partnership Contribution Annual Report 2014. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161369/1/WHO_HSE_PED_GIP_PIP_2015.2_eng.pdf?ua=1&ua=1), consultado el 22 de septiembre de 2016.

Cuadro 6.4. Principales logros obtenidos en 2014 y 2015 en las cinco áreas del trabajo de preparación para una gripe pandémica[1]

	2014	2015
Creación de capacidad de laboratorio y vigilancia[2,3]	Se definieron 21 indicadores para medir los progresos alcanzados con respecto a los logros y resultados esperados. Se recogieron datos de partida en los 43 países a los que se designó como prioritarios para recibir apoyo en esta área.	Se puso en marcha la vigilancia basada en eventos relativos a la gripe en 12 de los 43 países prioritarios del Marco de PIP. 128 países de todo el mundo intercambiaron virus[4] con CC de la OMS, LRH5 de la OMS y LRE de la OMS. 66 países presentaron regularmente datos epidemiológicos a plataformas regionales o mundiales. 114 países presentaron regularmente datos virológicos a plataformas regionales o mundiales. 103 países participaron en el Proyecto OMS de evaluación externa de la calidad para la detección de virus de la gripe del subtipo A mediante la reacción en cadena de la polimerasa (EQAP) y obtuvieron una puntuación del 100%.
Carga de morbilidad	Siete países participaron en un curso de formación para realizar estimaciones de la carga de morbilidad a nivel nacional mediante un nuevo manual de la OMS.	40 países, entre ellos 19 países prioritarios de la CP del Marco de PIP, están realizando estimaciones fiables de la carga de morbilidad de la gripe. Tres países prioritarios del Marco de PIP realizaron estimaciones nacionales fiables de la carga de morbilidad de la gripe.[5] Seis países están aplicando experimentalmente el instrumento de valoración de la carga económica elaborado por la OMS.
Creación de capacidad de reglamentación	Ha empezado la revisión del procedimiento agilizado de examen para facilitar el registro de vacunas y antivíricos precalificados. El Comité de Expertos en Especificaciones para las Preparaciones Farmacéuticas elaboró y aprobó en octubre de 2014 un nuevo procedimiento colaborativo para evaluar y agilizar el registro nacional de productos farmacéuticos y vacunas precalificados.	14 países adoptaron el procedimiento colaborativo de la OMS para agilizar el registro de productos de lucha contra la gripe.[6] Se evaluó la capacidad de reglamentación de 14 de los 16 países prioritarios.

	2014	2015
Planificación de la distribución	Se redactaron modelos de acuerdos entre la OMS y los países beneficiarios de productos utilizados en caso de pandemia.	Se elaboró la herramienta *Pandemic* influenza *vaccine demand planning tool* (PIPDEPLOY) para mejorar la distribución a los países de productos contra la gripe.
Comunicación de riesgos	Se elaboraron, tradujeron y publicaron en línea importantes materiales de capacitación.	Se impartieron cursos y/o talleres específicos sobre comunicación de riesgos en 17 países.[7] La Red de Comunicación sobre Emergencias mantiene una lista de 150 personas a quienes enviar a lugares de todo el mundo donde se declare una emergencia.

[1] Marco de Preparación para una Gripe Pandémica. Informe anual de la contribución de partenariado (2015). Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246229/1/WHO-OHE-PED-2016.01-eng.pdf?ua=1), consultado el 22 de septiembre de 2016, pág. 8.

[2] Los datos proceden de las bases de datos regionales y mundiales.

[3] Los progresos en materia de laboratorio y vigilancia en la Sede se lograron gracias a fondos del mecanismo de CP del PIP y de otros donantes.

[4] Se refiere a virus de la gripe estacional y a virus de la gripe que podrían causar una pandemia.

[5] Costa Rica, Chile y Egipto.

[6] República Unida de Tanzanía, Uganda, Etiopía, Ghana, Kenya, Mozambique, Burkina Faso, Camerún, Benin, Malí, Armenia, Sri Lanka, Bután y Myanmar.

[7] Barbados, Camboya, Dominica, Egipto, Kazajstán, Kenya, Mongolia, Nepal, República de Moldova, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, Senegal, Sudán, Turquía, Ucrania, Uzbekistán y Viet Nam.

6.3.2.1 Área de trabajo: laboratorio y vigilancia[1]

La mayor parte de las actividades en esta área de trabajo las desarrollan las oficinas regionales que, por conducto de las oficinas en los países, trabajan para reforzar la capacidad de laboratorio y vigilancia allí donde las necesidades son mayores. A nivel regional, la atención se centra en: 1) reforzar la capacidad nacional para detectar brotes de síntomas respiratorios causados por nuevos virus de la gripe (resultado 1), y 2) reforzar la capacidad nacional para conocer la evolución de los virus de la gripe circulantes (resultado 2). En 2014 se definieron 11 indicadores de la capacidad para evaluar la mejora de la capacidad nacional para detectar nuevos virus de la gripe, hacer un seguimiento de su evolución e intercambiarlos, así como para determinar la sostenibilidad general del sistema en los 43 países prioritarios. En agosto de 2014 se recogieron datos iniciales en estos países prioritarios para utilizarlos como referencia.

A escala mundial se utilizan 10 indicadores de la capacidad para medir el fortalecimiento de la cooperación mediante el intercambio de información y de virus, con especial atención a la mejora de la calidad del sistema SMVRG (resultado 3). Estos indicadores mundiales reflejan los datos de los 196 Estados Miembros (entre ellos 43 países prioritarios) que facilitan información sobre los virus gripales a las bases de datos mundiales y las herramientas Flu

[1] *Ibid.*, págs. 4, 8, 12-14 y 33-34.

Informed Decisions (FluID) y FluNet de la OMS. Junto con los 11 indicadores mencionados anteriormente, suman un total de 21 indicadores sobre la capacidad de laboratorio y vigilancia. Al término de 2015, el número de países del Marco de PIP que comunicaban datos a través de FluNet y FluID aumentó de 26 a 30 y de cinco a 11, respectivamente.

En los cuadros 6.5 y 6.6 se presenta una visión general a partir de las mediciones de los indicadores de los tres resultados, seguida de un resumen de los progresos realizados en estas áreas.

Cuadro 6.5. Indicadores de los resultados 1 y 2 relativos a la capacidad de laboratorio y vigilancia a nivel nacional[1]

Resultado: se reforzará la capacidad para detectar epidemias de gripe y hacer un seguimiento de su evolución en los países en desarrollo con poca o ninguna capacidad.			
Apoyo a los países y las regiones de la OMS			
Indicadores de los resultados	**Situación de partida***	**Objetivo**	**Situación actual**
Capacidad de detección (43 países prioritarios del Marco de PIP) Número de países que disponen de un sistema de vigilancia basado en eventos en funcionamiento.	8	43	12
Capacidad de seguimiento (43 países prioritarios del Marco de PIP) Número de países capaces de notificar y analizar regularmente datos virológicos.	26	35	30
Número de países capaces de notificar y analizar regularmente datos epidemiológicos.	5	17	9

[1] Marco de Preparación para una Gripe Pandémica. Informe anual de la contribución de partenariado (2015). Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246229/1/WHO-OHE-PED-2016.01-eng.pdf?ua=1), consultado el 22 de septiembre de 2016, pág.13.

* Al 31 de agosto de 2014.

Resumen de los progresos realizados

En conjunto, se han logrado importantes avances en todas las regiones en cuanto a la mejora de la capacidad para detectar nuevos virus gripales y hacer un seguimiento de su evolución, para intercambiar información sobre ellos y para garantizar la sostenibilidad de las actividades.

- La distribución de los 43 países prioritarios en las seis regiones de la OMS es la siguiente: la Oficina Regional para África (AFRO): 11 países; la Oficina Regional para las Américas (AMRO)/Organización Panamericana de la Salud: 8 países; la Oficina Regional para el Mediterráneo Oriental (EMRO): 7 países; la Oficina Regional para Europa (EURO): 6 países; la Oficina Regional para Asia Sudoriental (SEARO): 6 países, y la Oficina Regional para el Pacífico Occidental (WPRO): 5 países.

- No todos los países prioritarios reciben financiación directa de la CP, si bien aprovechan la formación y los talleres financiados a nivel regional y por la sede de la OMS. Por tanto, es posible que algunos países notifiquen una capacidad total o parcial en relación con un indicador para el que han recibido ayudas indirectamente, es decir, de fondos distintos del mecanismo de CP del Marco de PIP.

- Se prevé que las regiones de las Américas, Europa y el Pacífico Occidental cumplan los objetivos (en cuanto a número de países) que miden los indicadores de resultados con respecto a la tercera tanda de recogida de datos realizada en febrero de 2016.

- Las regiones de África, Asia Sudoriental y el Mediterráneo Oriental han encontrado graves problemas para aplicar el mecanismo de CP, entre ellos los brotes de la enfermedad por el virus del Ebola, la fiebre amarilla y el cólera (África), la rotación del personal y los problemas relacionados con los reactivos y los materiales (Asia Sudoriental) y la agitación social y la crisis de refugiados (Mediterráneo Oriental). Se espera que estas regiones, a pesar de las dificultades que puedan encontrar para cumplir sus objetivos en 2017, mejoren su capacidad con respecto a la tercera tanda de recogida de datos realizada en febrero de 2016.

Cuadro 6.6. Indicadores del resultado 3 relativos a la capacidad de laboratorio y vigilancia a nivel mundial[1]

Resultado: se reforzará la capacidad para detectar epidemias de gripe y hacer un seguimiento de su evolución en los países en desarrollo con poca o ninguna capacidad.			
Indicadores de los resultados	**Situación de partida***	**Objetivo**	**Situación actual**
Capacidad de intercambio (mundial) Número de países que participan en el Proyecto OMS de evaluación externa de la calidad para la detección de virus de la gripe del subtipo A mediante la reacción en cadena de la polimerasa (EQAP) y que obtuvieron una puntuación del 100%.	109	120	103
Número de países que intercambiaron virus con CC de la OMS, LRH5 de la OMS y LRE de la OMS al menos una vez al año durante los últimos dos años.	90	108	128
Número de países que notifican regularmente datos epidemiológicos a plataformas regionales o mundiales.	55	71	66
Número de países que notifican regularmente datos virológicos a una plataforma mundial.	108	124	114

[1] Marco de Preparación para una Gripe Pandémica. Informe anual de la contribución de partenariado (2015). Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246229/1/WHO-OHE-PED-2016.01-eng.pdf?ua=1), consultado el 22 de septiembre de 2016, pág. 33.
* Al 31 de agosto de 2014.

Resumen de los progresos realizados

En conjunto, se han logrado importantes avances a nivel mundial. Se han impartido regularmente talleres y cursos en los países y las regiones de la OMS.

- Se observan fluctuaciones en el número de laboratorios participantes en el Proyecto OMS de evaluación externa de la calidad para la detección de virus de la gripe del subtipo A mediante la reacción en cadena de la polimerasa (EQAP) que alcanzan una puntuación del 100%, que son producto de la rotación del personal de los laboratorios nacionales y de la necesidad de formar de forma continua a los técnicos de laboratorio a fin de mantener niveles elevados de calidad en el uso de la reacción en cadena de la polimerasa para detectar virus gripales. Podría ser necesario revisar el objetivo fijado para este indicador para que refleje mejor la forma-

ción real del personal de laboratorio en los países. Por ejemplo, un objetivo adecuado podría ser «al menos 100 países participantes con una puntuación del 100%».

- Los resultados relativos al intercambio de virus con los CC de la OMS son positivos y reflejan el buen funcionamiento del fondo de la OMS para ayudar a enviar virus gripales (véase el apartado 4.1), que se estableció para mejorar la capacidad de intercambio de virus gripales y muestras clínicas.

- Los resultados relativos a la presentación de informes a nivel mundial, tanto de datos epidemiológicos como de datos virológicos, son positivos, y los objetivos fijados deberían alcanzarse a finales de 2017. Estos resultados reflejan las mejoras introducidas para facilitar la introducción de datos en las bases de datos mundiales del PMG de la OMS y las herramientas FluNet (para los datos epidemiológicos) y FluID (para los datos virológicos) de la OMS.

6.3.2.2 Área de trabajo: carga de morbilidad[1]

Los gobiernos necesitan información fiable sobre la carga de morbilidad de la gripe en su país para decidir si deben dar prioridad a la prevención y la lucha contra la gripe estacional, que incluyen el aumento de la capacidad para fabricar vacunas contra la gripe estacional. A su vez, este aumento de la capacidad es necesario para preparar la fabricación de una vacuna antipandémica. Los fondos entregados a través del mecanismo de CP ayudaron al PMG a elaborar herramientas para estimar la carga de morbilidad y la carga económica de la gripe estacional. El principal obstáculo para estimar la carga nacional de morbilidad es la falta de datos del país que, a menudo, son incompletos. En concreto, la disponibilidad de datos fiables sobre la morbilidad de la gripe, incluidas las hospitalizaciones, se basan en la confirmación mediante pruebas realizadas en el laboratorio, de las que los países de ingresos bajos no suelen disponer. Otros conjuntos de datos específicos que se necesitan son los relativos a los grupos de alto riesgo y los de los costes médicos directos y a los costos indirectos de la pérdida de productividad en cada país. También será preciso dedicar esfuerzos importantes a elaborar instrumentos que permitan estimar la costoeficacia de las intervenciones específicas contra la gripe y para ayudar a las autoridades a determinar cuándo y dónde utilizar la vacuna contra la gripe estacional. El objetivo es establecer una plataforma mundial que mantenga datos mundiales y regionales, datos económicos e información sobre los factores de riesgo que se vayan actualizando periódicamente y que se utilizarán para planificar las políticas nacionales contra la gripe. En el cuadro 6.7 se muestran los progresos realizados en los valores de los indicadores de resultados relacionados con esta área.

[1] *Ibid.*, págs. 8 y 37-38.

Cuadro 6.7. Indicadores de los resultados relativos a la carga de morbilidad[1]

Resultado: las instancias normativas nacionales dispondrán de los datos sobre la carga de morbilidad que necesitan para tomar decisiones con conocimiento de causa y establecer prioridades para el uso de los recursos sanitarios.			
	Situación de partida	**Objetivo**	**Situación actual**
Las seis regiones de la OMS elaborarán datos regionales sobre la carga de morbilidad para ayudar a formular políticas en los países en desarrollo.	No se aplica	6	En curso
Resultado 1: se obtendrán estimaciones regionales representativas de la carga de morbilidad de la gripe a partir de datos de determinados países. Número de países que reciben fondos a través del mecanismo de CP en los que se han realizado estimaciones de la carga de morbilidad en 2016**.**	0	19	3*
Resultado 2: se obtendrá una estimación mundial representativa de la carga de morbilidad de la gripe a partir de datos de determinados países. Se obtendrá una estimación mundial de la morbilidad de la gripe obtenida a partir de estimaciones nacionales.	0	Diciembre de 2016	En curso

[1] Marco de Preparación para una Gripe Pandémica. Informe anual de la contribución de partenariado (2015). Ginebra, Organización Mundial de la Salud; 2016 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246229/1/WHO-OHE-PED-2016.01-eng.pdf?ua=1), consultado el 22 de septiembre de 2016, pág. 36.

* Las estimaciones de Costa Rica, Chile y Egipto están pendientes de publicación en revistas con revisores externos. Otros 12 países están completando sus estimaciones.

Resumen de los progresos realizados

En conjunto, se han logrado avances importantes en esta área de trabajo como resultado de los talleres formativos impartidos en los países y de la labor del grupo consultivo de expertos sobre carga de morbilidad, que se estableció en 2014 para asesorar y apoyar a los países a realizar estimaciones en esta esfera. Este grupo se reúne mensualmente por videoconferencia y hasta septiembre de 2016 había celebrado también dos reuniones presenciales. Asimismo, se ha establecido una buena sinergia con la herramienta elaborada por la OMS para estimar la carga económica, que se está aplicando experimentalmente en cuatro países prioritarios del Marco de PIP (Chile, Costa Rica, Indonesia y República Democrática Popular Lao) y en dos otros países. Los indicadores de la evolución del proceso pueden ayudar a conocer la cantidad de trabajo que la OMS está aportando al proceso de estimación.

- Hasta septiembre de 2016, 40 países (entre ellos 19 países prioritarios del Marco de PIP para esta área de trabajo) estaban estimando la carga de morbilidad mediante la metodología y el apoyo técnico de la OMS. Tres países (Costa Rica, Chile y Egipto) habían completado esta estimación.

- En julio de 2016, los países que estaban llevando a cabo estas estimaciones celebraron un taller conjunto para debatir sobre problemas comunes, intercambiar soluciones y presentar resultados preliminares. Se espera que, gracias a este taller, a finales de 2016 se puedan obtener estimaciones nacionales más fiables.

- Se prevé alcanzar los objetivos fijados a finales de 2017. Se han producido ciertos retrasos en relación con algunos elementos del proceso global de estimación de la carga de morbilidad (en las estimaciones de la mortalidad a nivel mundial) por no haber contratado a tiempo a las organizaciones adecuadas para realizar tales estimaciones.

6.3.2.3 Área de trabajo: creación de capacidad de reglamentación[1]

Los países no fabricantes de vacunas que no han establecido adecuadamente un sistema de reglamentación no podrán garantizar que se concede la autorización a las vacunas importadas con la rapidez necesaria para utilizarlas frente a una pandemia. Durante la pandemia de gripe A(H1N1) registrada en 2009, la ausencia de un procedimiento de autorización rápida impidió que se registrasen productos contra la gripe en más de la mitad de los países a los que se enviaron vacunas contra la gripe pandémica A(H1N1) procedentes de donaciones.[2] La finalidad de los resultados y objetivos en esta área de trabajo es solventar las deficiencias normativas en los países que no fueron capaces de seguir los documentos de orientación pertinentes de la OMS relativos al registro de productos (véase el cuadro 6.8). El Departamento de Medicamentos y Productos Sanitarios Esenciales de la OMS utiliza la CP para reforzar los sistemas de reglamentación regionales, subregionales y nacionales de los productos utilizados en la lucha contra la gripe y en su autorización en los países.

Cuadro 6.8. Indicadores de los resultados relativos a la creación de capacidad de reglamentación[1]

Resultado: los países con poca o ninguna capacidad de reglamentación podrán regular los productos utilizados en la lucha contra la gripe, incluidos las vacunas, los antivíricos y los medios de diagnóstico, y se agilizará la autorización nacional de estos productos ante una posible pandemia de gripe.			
	Situación de partida	**Objetivo**	**Situación actual**
En 2016, al menos 16 países habrán mejorado su capacidad de reglamentación para evaluar los productos utilizados en la lucha contra la gripe, incluidos las vacunas, los antivíricos y los medios de diagnóstico, y se agilizará la autorización nacional de estos productos ante una posible pandemia de gripe.	NA	Como mínimo, 16	En curso
Resultado 1: se elaborarán directrices sobre la preparación normativa para ayudar a los países no fabricantes de vacunas a agilizar la autorización de las vacunas antigripales utilizadas en los programas nacionales de inmunización. El Comité de Expertos en Patrones Biológicos de la OMS aprobará las directrices sobre la preparación normativa.	0	1	En espera de la aprobación por el ECBS

[1] *Ibid.*, págs. 8 y 40-42.

[2] Main operational lessons learnt from the WHO Pandemic Influenza A(H1N1) Vaccine Deployment Initiative. OMS, Ginebra, 2010 (http://www.who.int/influenza_vaccines_plan/resources/h1n1_vaccine_deployment_initiaitve_moll.pdf), consultado el 4 de octubre de 2016.

Resultado 2: se reforzará la capacidad de las autoridades nacionales de reglamentación para regular los productos utilizados en la lucha contra la gripe, incluidos las vacunas, los antivíricos y los medios de diagnóstico. Número de países con capacidad de reglamentación para evaluar los productos utilizados en la lucha contra la gripe, incluidos las vacunas, los antivíricos y los medios de diagnóstico en caso de pandemia, mediante la evaluación por la OMS de las autoridades nacionales de reglamentación y la elaboración y puesta en práctica de planes de desarrollo institucional.	0	16*	1**
Resultado 3: se incorporarán los procedimientos normativos para agilizar la autorización de las vacunas antigripales, los antivíricos y los medios de diagnóstico durante una emergencia de salud pública a los planes de distribución de productos durante una posible pandemia de gripe. Número de países que siguen un enfoque común para la autorización rápida de productos utilizados en la lucha contra la gripe durante una emergencia de salud pública.	0	48***	14****

[1] Marco de Preparación para una Gripe Pandémica. Informe anual de la contribución de partenariado (2015). Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246229/1/WHO-OHE-PED-2016.01-eng.pdf?ua=1), consultado el 22 de septiembre de 2016, pág. 39.

* República Democrática del Congo, Etiopía, Ghana, Kenya, República Unida de Tanzanía, Uganda, Estado Plurinacional de Bolivia, Haití, Pakistán, Sudán, Armenia, Georgia, Nepal, Sri Lanka, Camboya, República Democrática Popular Lao.

** Se evaluaron las autoridades nacionales de reglamentación de 14 de los 16 países prioritarios. Un país tiene una capacidad aceptable en las tres áreas evaluadas: sistemas de reglamentación, autorización de comercialización y farmacovigilancia. En 14 de los 16 países del PIP se empezó a aplicar el plan de desarrollo institucional. Los esfuerzos encaminados a mejorar la capacidad de reglamentación son una inversión a largo plazo y todavía no se dispone de datos indicativos de sus resultados.

*** República Democrática del Congo, Etiopía, Ghana, Kenya, República Unida de Tanzanía, Uganda, Mozambique, Cote d'Ivoire, Sudáfrica, Angola, Burkina Faso, Gambia, Camerún, Benin, República Centroafricana, Guinea, Malawi, Malí, Estado Plurinacional de Bolivia, Haití, Honduras, Nicaragua, Guyana, Perú, Pakistán, Sudán, Afganistán, Yemen, Irak, Marruecos, Armenia, Georgia, República de Moldova, Kazajstán, Kirguistán, Tayikistán, Nepal, Sri Lanka, Bangladesh, Bután, Myanmar, Timo-Leste, Camboya, República Democrática Popular Lao, Kiribati, Mongolia, Filipinas, Papua Nueva Guinea.

**** República Unida de Tanzanía, Uganda, Etiopía, Ghana, Kenya, Mozambique, Burkina Faso, Camerún, Benin, Malí, Armenia, Sri Lanka, Bután y Myanmar.

Resumen de los progresos realizados

En conjunto, se han realizado progresos en esta área de trabajo, pero los tres resultados están estrechamente relacionados y, además, se ha previsto que sirvan de ayuda a los países en diferentes etapas del establecimiento de la autoridad nacional de reglamentación. Debido a que la consecución de los resultados 2 y 3 depende de la implicación de los países (es decir, de que se comprometan a poner en práctica un plan de desarrollo institucional y a adoptar el enfoque de colaboración de la OMS), la OMS dedica tiempo y recursos financieros a talleres, cursos de formación y actividades de sensibilización, un esfuerzo que no se ve reflejado en los informes porque los indicadores utilizados se basan directamente en los resultados. Podrían emplearse indicadores del proceso que permitan conocer más detalladamente el grado en que se avanza hacia el logro de los resultados.

- Se han elaborado directrices sobre la preparación normativa para ayudar a los países no fabricantes de vacunas a agilizar la autorización de vacunas estacionales y/o antipandémicas utilizadas por los organismos del sistema de las Naciones Unidas. Se prevé que el Comité de Expertos en Patrones Biológicos de la OMS apruebe estas directrices en octubre de 2016 y que el resultado 1 se alcance al término de 2016.

- La OMS está trabajando con 16 países prioritarios para solucionar las principales deficiencias de los sistemas de reglamentación y otras dos funciones que se consideran críticas para los países que reciben vacunas a través de organismos del sistema de las Naciones Unidas: la autorización de comercialización y la farmacovigilancia. Se han realizado avances a este respecto; en concreto, la OMS ha evaluado 14 países para identificar deficiencias en estas tres áreas críticas y se han puesto en práctica planes de desarrollo institucional en estos países para solventarlas. Se prevé que, antes del término de 2016, se evaluará a los dos países prioritarios restantes, que dispondrán también de planes de desarrollo institucional. En octubre de 2016, solamente uno de los 16 países prioritarios había alcanzado el nivel esperado de capacidad de preparación normativa en las tres áreas críticas, y es poco probable que los 15 países restantes lo logren antes del término de 2017. Sin embargo, se han logrado avances gracias a las actividades de formación impartidas, que han permitido que algunos países cuya capacidad de reglamentación era inferior al umbral crítico tengan ahora una capacidad aceptable.

- Catorce de los 48 países seleccionados han adoptado el enfoque común de la OMS para la autorización rápida de productos utilizados en la lucha contra la gripe durante una emergencia de salud pública. Los países pueden aceptar voluntariamente este enfoque común, que es una de las opciones disponibles para mejorar la capacidad de reglamentación. Se han realizado progresos en esta área mediante la organización de talleres de sensibilización en la Oficina Regional para Asia Sudoriental y la elaboración de un Addendum al procedimiento colaborativo para abarcar las vacunas que se utilizan en situaciones de emergencia. Si bien es poco probable que los 48 países seleccionados adopten este procedimiento en 2017, la OMS sigue reforzando este procedimiento en relación con los productos farmacéuticos y las vacunas. A finales de 2016 se prevé organizar un taller regional en la Región del Pacífico Occidental.

6.3.2.4 Área de trabajo: planificación de la distribución[1]

La congestión en el sistema y la falta de coordinación entre las diversas organizaciones participantes pueden retrasar considerablemente la distribución y el uso de vacunas antipandémicas y otros productos sanitarios durante un brote. Además, los países que disponen de pocos recursos deben estar bien preparados para recibir un envío inicialmente limitado de antivíricos y vacunas antipandémicas y para utilizarlos de inmediato de forma óptima. Se pueden realizar simulacros para poner a prueba el funcionamiento conjunto de los sistemas de distribución de los distintos países y organizaciones de apoyo. Los fondos de la CP ayudaron a elaborar y aplicar experimentalmente la herramienta de simulación PIPDEPLOY,

[1] Pandemic Influenza Preparedness Framework, Partnership Contribution Annual Report 2015. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246229/1/WHO-OHE-PED-2016.01-eng.pdf?ua=1), consultado el 22 de septiembre de 2016, págs. 8 y 45.

que debe ayudar a los países a identificar los puntos en que el sistema se congestiona y en que se interrumpe la distribución de vacunas durante las emergencias de salud pública. En el cuadro 6.9 se muestra la evolución de los indicadores de resultados en esta área de trabajo.

Cuadro 6.9. Indicadores de los resultados relativos a la planificación de la distribución[1]

Resultado: se elaborarán y actualizarán regularmente los planes de distribución de productos utilizados durante una pandemia, incluidos las vacunas, los antivíricos y los medios de diagnóstico.			
	Situación de partida	**Objetivo**	**Situación actual**
Resultado 1: se elaborará un enfoque común para las actividades de distribución y se pondrá a disposición entre las partes interesadas y los asociados que participen en la distribución. Se elaborará un enfoque común para la distribución, que se someterá al examen de varias partes interesadas.	0	1	Está disponible un borrador del enfoque
Número de cursos de formación y simulacros realizados con asociados en la distribución.	0	8	Se prevé realizar un simulacro a mediados de 2016*
Resultado 2: se simplificarán y actualizarán los sistemas nacionales de preparación para la distribución. Se revisará y actualizará el modelo de acuerdo con los países beneficiarios.	0	1	En curso
Los países y los asociados tendrán acceso a las herramientas de planificación en línea.	0	16	Las herramientas no se han elaborado

[1] Marco de Preparación para una Gripe Pandémica. Informe anual de la contribución de partenariado (2015). Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246229/1/WHO-OHE-PED-2016.01-eng.pdf?ua=1), consultado el 22 de septiembre de 2016, pág. 44.

* Al 26 de octubre de 2016, el simulacro todavía no se había realizado.

Resumen de los progresos realizados

En general, los avances en esta área de trabajo son lentos a pesar de los considerables esfuerzos realizados para elaborar la herramienta de simulación PIPDEPLOY. Se prevé que durante 2016 se continuarán elaborando los planes nacionales de distribución y que se llevarán a cabo mediciones para conocer los progresos realizados.

- En relación con el resultado 1, se ha elaborado un proyecto de documento relativo a un enfoque común de las actividades de distribución, que deben aprobar las partes interesadas pertinentes.

- El desarrollo de la herramienta de simulación PIPDEPLOY se ha retrasado. A pesar de que se había previsto su utilización a principios de 2016, se había subestimado la complejidad de los problemas tecnológicos que entrañaría. Se prevé realizar dos o tres simulacros a finales de 2017 con las partes interesadas.

- Con respecto al resultado 2, se ha simplificado y actualizado el modelo de acuerdo para los países beneficiarios. No obstante, será necesario adaptarlo a las circunstancias específicas de las emergencias de salud pública que puedan surgir. Todavía no se han elaborado herramientas de planificación en línea. Para ayudar a realizar esta tarea, se están evaluando los planes nacionales de distribución de los 16 países seleccionados y se elaborarán herramientas apropiadas para subsanar las lagunas detectadas en ellos.

- Los 16 países seleccionados para la planificación de la distribución son los mismos en los que se está reforzando la capacidad de reglamentación; de este modo se genera una sinergia en los países entre las actividades de registro y de distribución de productos, que están relacionadas entre sí.

6.3.2.5 Área de trabajo: comunicación de riesgos[1]

La comunicación eficaz de los riesgos es importante para evitar la información errónea y las situaciones de pánico que pueden obstaculizar las intervenciones en materia de salud pública. Como se comprobó en 2014 y 2015 durante la respuesta internacional a la enfermedad del virus del Ebola en África Occidental, la capacidad nacional e internacional para comunicar los riesgos es un elemento esencial de la respuesta eficaz ante una emergencia. En este contexto, se han utilizado fondos de la CP para prestar apoyo a los 30 países prioritarios y para financiar la Red de Comunicación sobre Emergencias de la OMS, cuyo ámbito es mundial. También se ha elaborado una amplia gama de directrices, instrumentos, programas y materiales para mejorar la capacidad en materia de comunicación de riesgos en caso de pandemia de gripe. Estos materiales se han distribuido a través del sitio web de la OMS, iLearn y una base de datos de contactos de más de mil participantes en actividades de formación. Además, se han redactado materiales para fomentar la praxis informativa responsable entre los periodistas durante una pandemia y se han organizado talleres a escala subregional para los medios de comunicación. Otra vía de actuación han sido los simulacros y otros ejercicios de simulación organizados en ocho países para poner a prueba la capacidad de comunicación de los riesgos. En el cuadro 6.10 se muestra la evolución de los indicadores de resultados en esta área de trabajo.

[1] *Ibid.*, págs. 8 y 47.

Cuadro 6.10. Indicadores de los resultados relativos a la comunicación de riesgos[1]

Resultado: se reforzará la capacidad de comunicación de los riesgos a nivel mundial, sobre todo de los relacionados con las pandemias de gripe.			
	Situación de partida	**Objetivo**	**Situación actual**
Resultado 1: se aumentará el acceso a la formación y a las plataformas utilizadas en la comunicación de riesgos para que todos los países respondan mejor a una posible pandemia de gripe. En diciembre de 2015, los Estados Miembros tendrán acceso a herramientas y a material de formación en la comunicación de riesgos en línea, en todos los idiomas.	0	194	Está disponible en inglés
Total de usuarios registrados para utilizar materiales en línea.	0	500	513
Número de cursos de formación en la comunicación de riesgos del RSI realizados en el sitio web.*	0	200	96
Resultado 2: se dotará de capacidad de comunicación de los riesgos a los países prioritarios con escasa o ninguna capacidad. Al término de 2016, los Estados Miembros habrán participado en el programa de comunicación de riesgos del RSI.	0	30	17
Resultado 3: la Red de Comunicación sobre Emergencias estará en funcionamiento para asesorar a los países antes, durante y después de una emergencia de salud pública. Proporción de solicitudes de apoyo para la comunicación de riesgos en caso de emergencia a las que la OMS ha respondido en un plazo de 72 horas en 2015 y 2016.	0	80%	100%

[1] Marco de Preparación para una Gripe Pandémica. Informe anual de la contribución de partenariado (2015). Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246229/1/WHO-OHE-PED-2016.01-eng.pdf?ua=1), consultado el 22 de septiembre de 2016, pág. 46.

Resumen de los progresos realizados

En general, se han logrado importantes avances hacia el logro de los objetivos en esta área de trabajo y se han superado las expectativas con respecto al resultado 3, que se alcanzó antes de lo esperado. Es necesario seguir trabajando para que los 30 países prioritarios puedan participar en la formación sobre comunicación de riesgos y para facilitar materiales de formación en idiomas distintos del inglés.

- Se han realizado importantes avances en la labor de formación en comunicación de riesgos, merced a la elaboración de materiales introductorios en todos los idiomas oficiales de las Naciones Unidas y en portugués y una amplia gama de materiales más avanzados en inglés. Los problemas observados en la distribución de estos materiales a través de iLearn, el sitio web y la lista de contacto se resolverán mediante la plataforma www.openWHO.org, que se prevé lanzar en octubre de 2016. Esta nueva plataforma facilitará el acceso a los materiales y ampliará notablemente su difusión y su uso. Además, estará dotada de recursos para conocer con mayor precisión el número de usuarios y para que estos formulen comentarios. Con esta plataforma, se prevé alcanzar o superar el objetivo establecido en materia de formación en línea al término de 2017.

- El objetivo de dotar de capacidad de comunicación de los riesgos a los 30 países prioritarios debería alcanzarse al término de 2017. A fin de incluir a los países prioritarios en los que no se puede impartir formación presencial, se les ofrecerán cursos y materiales a través de la plataforma, además de un servicio de tutoría.

- Gracias al establecimiento de la Red de Comunicación sobre Emergencias se ha logrado ayudar a los países antes, durante y después de emergencias de salud pública. En octubre de 2016 estaba disponible en esta red una lista de 150 miembros del personal, consultores, asociados, expertos y funcionarios públicos que pueden acudir en un plazo de 72 horas para prestar ayuda sobre la comunicación en el contexto de una pandemia. Esta red es ventajosa para el Programa de Emergencias Sanitarias en su conjunto, puesto que se puede utilizar en cualquier actividad de respuesta a una emergencia de salud pública y permite crear sinergias entre la preparación para una gripe pandémica y otras esferas. El despliegue constante de personal en prácticas también garantiza el mantenimiento y el buen funcionamiento de las capacidades existentes.

Problemas operativos

Las actividades de preparación para la gripe pandémica se solapan con otras iniciativas de salud pública y, concretamente, con otras iniciativas de lucha contra la gripe. Este solapamiento es deseable en el sentido de que los programas financiados por la CP pueden tener efectos positivos indirectos en otros programas, se articulan con ellos y tienen un efecto de racionalización de los recursos. No obstante, si no se realizan una planificación conjunta detallada y un seguimiento estrecho, pueden producirse duplicidades. También es preciso tener en cuenta que las regiones deben establecer prioridades y que la gripe no siempre es uno de los asuntos más importantes para los responsables de la aplicación de políticas; en el caso del Marco de PIP, esta situación crea diferencias en la aplicación de la CP entre los distintos países y regiones.

Siempre será necesario encontrar un equilibrio entre el desembolso rápido de fondos y la necesidad de controlar la calidad de los planes de trabajo. Si bien la OMS siempre ha sido prudente en cuanto al gasto, también ha trabajado para racionalizar este proceso. Sin embargo, como se mencionó en el apartado 6.2 del presente documento relativo a la recaudación de las CP, el desfase entre el momento en que se reciben los fondos de la CP y aquel en que deben trasladarse a los planes de trabajo se ha visto agravado por los retrasos en los pagos y, en ocasiones, por los impagos. Mientras no se resuelva este problema, seguirá obstaculizando y retrasando la puesta en práctica de los planes de trabajo y la preparación para una posible pandemia de gripe.

La secretaría del Marco de PIP ha encargado una evaluación externa independiente de la aplicación de la CP, que se debe realizar entre octubre de 2016 y abril de 2017 con el fin de:

- evaluar el progreso en cada área de trabajo en lo relativo a la consecución de los logros y resultados establecidos en el Plan de alto nivel de aplicación de la CP 2013-2016;[1]

[1] Pandemic Influenza Preparedness Framework, Partnership Contribution Implementation Plan 2013-2016. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2015 (http://www.who.int/influenza/pip/pip_pcimpplan_update_31jan2015.pdf?ua=1), consultado el 22 de septiembre de 2016.

- medir el impacto a corto, medio y largo plazo de cada una de las áreas de trabajo para determinar de qué manera han ayudado a preparar a la comunidad mundial para hacer frente a una posible pandemia de gripe;

- extraer enseñanzas para mejorar la gestión de los fondos de la CP en el futuro.

Recomendaciones: aplicación de la CP

25. El Grupo Asesor debería considerar la inclusión en el Plan de aplicación de la CP 2018-2022 de métodos para evaluar el avance de los procesos, con objeto de hacer un mejor seguimiento de los progresos realizados en las principales áreas de trabajo.

26. El Grupo Asesor debería solicitar que se le presenten periódicamente informes y auditorías financieros y garantizar que se utilicen los debidos mecanismos de rendición de cuentas financieras. Además, debería pedir a la secretaría del Marco de PIP que explique por qué los fondos de la CP destinados a la respuesta serán seriamente insuficientes en caso de que se declare una pandemia.[1]

[1] Véase la recomendación 2(*b*) del presente informe, en la que se indica lo siguiente: «La OMS debería comunicar de forma periódica y más eficaz los objetivos y el progreso realizado en la aplicación del Marco de PIP a los Estados Miembros, los laboratorios del Sistema Mundial de Vigilancia y Respuesta a la Gripe (SMVRG), la industria, la sociedad civil y otras partes interesadas. En particular, se debería mejorar la comunicación en torno a: *b*) las medidas de aplicación de la contribución de partenariado, las cuales deberían ser destacadas en los informes periódicos del Grupo Asesor y las sesiones informativas posteriores a las reuniones para que los progresos sean más visibles y se reconozcan claramente».

Capítulo 7. Gobernanza

Principales conclusiones

Conclusión 56. Aunque es relativamente nuevo, el Marco de PIP dispone globalmente de una estructura de gobernanza que funciona con eficacia a la hora de supervisar la aplicación práctica del Marco, gracias, entre otras cosas, a la decidida implicación de la OMS desde sus tres niveles de trabajo: la Sede, las oficinas regionales y las oficinas en los países.

Conclusión 57. El Grupo Asesor sigue cumpliendo una función esencial para una eficaz administración del Marco, supervisándola y orientándola con imparcialidad, responsabilidad y pragmatismo a partir de sus deliberaciones independientes.

Conclusión 58. Ya se ha logrado que en la práctica el Grupo Asesor tenga la configuración prevista, pues ahora presenta una composición equilibrada, que aúna distintas competencias y una buena representación de las regiones. La intervención de las oficinas regionales de la OMS en las reuniones del Grupo Asesor ha sido provechosa para todos los participantes, y habría que alentar a las Regiones a participar en mayor medida. Cuando se han requerido datos científicos especializados o análisis de determinadas situaciones, el Grupo Asesor ha impulsado la creación por la Directora General de grupos de trabajo técnicos y especializados sobre DSG.

Conclusión 59. El Grupo Asesor resulta tanto más útil cuanto que sus miembros, con el paso del tiempo, se han ido familiarizando con el tema y creando un poso de conocimientos técnicos. Sin embargo, dado que el mandato de sus miembros está fijado en un periodo trienal, con una sola prórroga posible de otros tres años, la composición del Grupo Asesor suele verse renovada por completo cada tres años. Esta rotación periódica resulta beneficiosa porque los miembros entrantes aportan cosas nuevas, pero a la vez la salida de miembros experimentados entraña un riesgo de pérdida de la memoria institucional.

Conclusión 60. Desde 2011, a tenor de los datos contrastados que se han facilitado al Grupo de Examen, la secretaría del Marco de PIP y la Directora General han venido siguiendo las recomendaciones que les formulaba el Grupo Asesor. Los informes anuales del Grupo Asesor y los informes bienales de la Directora General han sido concluidos y presentados a su debido tiempo y divulgados, en forma de publicación, en el sitio web del Marco de PIP. Cada año la Directora General ha informado sobre el Marco de PIP a la Asamblea de la Salud y el Consejo Ejecutivo de la OMS, con lo cual los Estados Miembros están al corriente de sus actividades y progresos. Aun así, cabría ganar en eficacia armonizando entre sí las partes prescritas del informe anual del Grupo Asesor y del informe bienal del Director General.

Conclusión 61. Buen número de los principales informantes entrevistados por el Grupo de Examen reconocieron y valoraron positivamente la regularidad y transparencia de la comunicación y colaboración entre el Grupo Asesor y los Estados Miembros, la industria y las entidades de la sociedad civil, si bien es cierto que son relativamente pocas las entidades de la sociedad civil que colaboran de forma regular con la Secretaría, lo que quizá se deba a que otras entidades no ven claro el interés que puede revestir el Marco de PIP para su labor. La Secretaría podría tratar de dirigirse a un conjunto más amplio de grupos de la sociedad civil para lograr una participación más amplia e intensa, lo que abriría nuevas perspectivas que podrían beneficiar al Marco de PIP.

Conclusión 62. Algunos miembros del SMVRG, especialmente los CC de la OMS, estiman que debería haber mayor interacción entre ellos mismos, el Grupo Asesor y la secretaría del Marco de PIP, en particular a la hora de establecer grupos de trabajo técnicos. Asimismo, podría ser útil que en los contactos directos que periódicamente mantiene el Grupo Asesor con la industria y la sociedad civil participaran también expertos técnicos del SMVRG. Sin embargo, es importante señalar que solo una o dos entidades de la sociedad civil han venido colaborando regularmente con la Secretaría y el Grupo Asesor del Marco.

Conclusión 63. Uno de los objetivos del Marco de PIP consiste en reforzar el SMVRG, y en este sentido se han ampliado el ámbito de trabajo y alcance geográfico del Sistema y se ha mejorado su funcionamiento. Aun así, el liderazgo de esta red sigue revistiendo un carácter básicamente oficioso, y su coordinación reposa sobre todo en el PMG. El hecho de que el SMVRG carezca de una estructura de liderazgo propia y oficializada ha tenido por consecuencia que en las actividades del Marco de PIP no hubiera una representación reconocida del conjunto de la red del SMVRG.

Conclusión 64. Como parte de la reforma de la labor la OMS en materia de gestión de emergencias sanitarias emprendida en 2016, todas las actividades que la Organización lleva a cabo en el ámbito de las emergencias pasaron a depender de un nuevo Programa de Emergencias Sanitarias, al que está adscrita la secretaría del Marco de PIP.[1] Esta reorganización interna no altera para nada el compromiso de la OMS con el Marco de PIP. La secretaría del Marco depende en gran medida de una estrecha colaboración con muchas unidades técnicas de la OMS, en especial el PMG, que como unidad técnica a cargo de la gripe coordina el SMVRG, el cual a su vez secunda la aplicación del Marco de PIP. En este sentido, en todo proceso de reorganización interna convendría asegurarse de que el PMG, en su labor de apoyo técnico a la secretaría del Marco, siguiera respondiendo a las necesidades de esta y orientando la aplicación del Marco.

Conclusión 65. El Grupo de Examen fue informado de que en muchas áreas los recursos y la plantilla son insuficientes, y ello en los tres niveles de la OMS (la Sede, las oficinas regionales y las oficinas en los países) y en numerosos ámbitos de trabajo, como el intercambio de virus, la implantación de la CP o la labor que la secretaría del Marco lleva adelante con empresas en relación con la precalificación de vacunas. Algunas de las recomendaciones dimanantes de este examen, como la realización de los estudios preconizados, van a requerir recursos adicionales.

7.1 Grupo Asesor del Marco de PIP

La aplicación del Marco de PIP está supervisada por la Asamblea de la Salud, con asesoramiento del Director General, que también promueve la aplicación del Marco dentro de la OMS y en las entidades competentes relacionadas con la OMS.[2] El «tercer pilar» de la estructura de gobernanza y examen del Marco de PIP es un Grupo Asesor independiente

[1] Reforma de la labor de la OMS en la gestión de emergencias sanitarias. Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS. Informe de la Directora General. En: Organización Mundial de la Salud [sitio web]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (A69/30; http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_30-sp.pdf), consultado el 22 de septiembre de 2016.

[2] Preparación para una gripe pandémica: Marco para el intercambio de virus gripales y el acceso a las vacunas y otros beneficios. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011 (http://www.who.int/influenza/resources/pip_ramework/en/), consultado el 21 de septiembre de 2016, sección 7.1.

nombrado por el Director General[1] cuyos expertos siguen de cerca y evalúan la aplicación del Marco de PIP y, basándose en datos probatorios, elaboran informes, evaluaciones y recomendaciones para el Director General acerca del funcionamiento del Marco. El Grupo Asesor no cumple funciones administrativas.[2] Cuando lo estima necesario, puede recomendar al Director General que establezca un grupo de trabajo de carácter técnico o especializado que aporte datos científicos o análisis de un tema determinado, por ejemplo el manejo de los DSG de virus gripales potencialmente pandémicos con arreglo al Marco de PIP.[3]

Desde su primera reunión, celebrada en noviembre de 2011,[4] el Grupo Asesor ha venido reuniéndose dos veces al año en la sede de la OMS (Ginebra). Los informes de esos encuentros están publicados en el sitio web del Marco de PIP, junto con las recomendaciones dirigidas a la Directora General. Las misiones permanentes de los Estados Miembros en Ginebra también reciben cumplida cuenta de las reuniones inmediatamente después de que concluyan. En cada reunión del Grupo Asesor se organiza además un intercambio con la industria y otras partes interesadas para conocer su opinión sobre la aplicación del Marco de PIP. Cada dos meses se publica un boletín electrónico del Marco de PIP con el que se mantiene a todos los interlocutores al corriente de actos o nuevas publicaciones. Además, periódicamente se celebran teleconferencias con representantes de la industria y grupos de la sociedad civil para mantener con ellos un contacto directo.

El Grupo Asesor consta de 18 miembros provenientes de tres Estados Miembros de cada una de las regiones de la OMS, seleccionados de tal manera que ofrezcan una buena combinación de las competencias que puedan aportar planificadores de políticas, expertos en salud pública y técnicos especializados en el ámbito de la gripe, todos ellos de prestigio internacional.[5] Los miembros, cuyo mandato tiene una duración de tres años, pueden optar a dos mandatos. A fin de mantener la estabilidad en los primeros años de aplicación del Marco de PIP, todos los integrantes del primer Grupo Asesor formaron parte de él hasta 2015. A partir de 2015, según lo previsto en el mandato, se ha ido renovando anualmente una tercera parte del Grupo Asesor (esto es, seis de sus 18 miembros), una vez que cada miembro había cumplido los tres años de mandato.[6] Este sistema de renovación escalonada a lo largo de tres años tiene por objetivo preservar la continuidad y la memoria institucional

---

[1] Preparación para una gripe pandémica. Intercambio de virus gripales y acceso a las vacunas y otros beneficios: informe del Grupo Asesor. Informe de la Directora General. En: Organización Mundial de la Salud [sitio web]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011 (EB130/18; http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB130/B130_18-sp.pdf), consultado el 21 de septiembre de 2016, párr. 2.

[2] Preparación para una gripe pandémica: Marco para el intercambio de virus gripales y el acceso a las vacunas y otros beneficios. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011 (http://www.who.int/influenza/resources/pip_framework/en/), consultado el 21 de septiembre de 2016, sección 7.1.2.*iii*).

[3] *Handling Genetic Sequence Data under the PIP Framework*. En: Organización Mundial de la Salud [sitio web]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (http://www.who.int/influenza/pip/advisory_group/gsd/en/), consultado el 20 de septiembre de 2016.

[4] Preparación para una gripe pandémica. Intercambio de virus gripales y acceso a las vacunas y otros beneficios: informe del Grupo Asesor. Informe de la Directora General. En: Organización Mundial de la Salud [sitio web]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011 (EB130/18; http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB130/B130_18-sp.pdf), consultado el 22 de septiembre de 2016, párr. 2.

[5] Preparación para una gripe pandémica: Marco para el intercambio de virus gripales y el acceso a las vacunas y otros beneficios. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011 (http://www.who.int/influenza/resources/pip_framework/en/), consultado el 21 de septiembre de 2016, anexo 3, Grupo Asesor. Mandato, sección 3.1.

[6] *Ibid.* anexo 3, Grupo Asesor. Mandato, sección 3.2.

del Grupo Asesor. Si bien la composición del Grupo va cambiando, la combinación de competencias y orígenes geográficos se mantiene.

Cada mes de abril, la secretaría del Marco de PIP dedica un considerable esfuerzo a instruir a los seis nuevos miembros del Grupo. Sin embargo, debido a la rotación, en algunas reuniones ocurre que los integrantes más experimentados del Grupo solo lleven dos años en él. Se sugirió al Grupo de Examen que estudiara el modo de mantener un equilibrio adecuado entre los efectos positivos de la llegada de nuevos miembros y la importancia de la continuidad y la memoria institucional. Aunque cabría encontrar fórmulas para introducir más flexibilidad en la duración de los mandatos cumplidos, con muchas de ellas sería difícil mantener la combinación de competencias y representatividad geográfica del Grupo Asesor prescrita en el Marco de PIP.

El Grupo Asesor presenta al Director General un informe anual en el que expone los progresos realizados y las dificultades existentes para aplicar el Marco de PIP. En este informe se abordan siete aspectos distintos:[1] la capacidad técnica necesaria del SMVRG de la OMS; el funcionamiento operativo del SMVRG de la OMS; las prioridades, las directrices y las prácticas óptimas del SMVRG de la OMS en cuanto a preparación para una pandemia de gripe (por ejemplo, reservas de vacunas o capacitación); la intensificación y mejora de la vigilancia del virus A(H5N1) y otros virus gripales potencialmente pandémicos; el Mecanismo de Trazabilidad de los Virus de la Gripe (MTVG); el intercambio de virus gripales y el acceso a las vacunas y otros beneficios; y el uso de contribuciones financieras y de otro tipo. En abril de 2015 se publicó el primer informe anual independiente sobre la CP.[2]

Cada dos años el Director General presenta un informe bienal en el que, por conducto del Consejo Ejecutivo de la OMS, da cuenta a la Asamblea de la Salud de la situación y los progresos realizados en cinco ámbitos de trabajo del Marco de PIP:[3] capacidad de laboratorio y de vigilancia; capacidad de producción mundial de vacuna antigripal; situación de los acuerdos concertados con la industria, con información sobre el acceso a las vacunas, los antivirales y demás material antipandémico; informe financiero sobre la utilización de la CP; y experiencia obtenida con el uso de la definición de los «materiales biológicos PIP». En el sitio web del Marco de PIP se puede consultar la totalidad de los informes anuales e informes bienales.[4]

En la actualidad los temas que se deben tratar en los informes anuales y los informes bienales, especificados en el Marco de PIP, no coinciden entre sí (véase el cuadro 7.1),[5] lo que engendra una importante carga de trabajo adicional para la secretaría del Marco a la hora de preparar los documentos.

---

[1] *Ibid.* sección 7.2.5.

[2] Pandemic Influenza Preparedness Framework, Partnership Contribution Annual Report 2014. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161369/1/WHO_HSE_PED_GIP_PIP_2015.2_eng.pdf?ua=1&ua=1), consultado el 22 de septiembre de 2016.

[3] Preparación para una gripe pandémica: Marco para el intercambio de virus gripales y el acceso a las vacunas y otros beneficios. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011 (http://www.who.int/influenza/resources/pip_framework/en/), consultado el 21 de septiembre de 2016, sección 7.4.1.

[4] Grupo Asesor del Marco de PIP. Informes del Grupo Asesor del Marco de PIP [en inglés]. En: Organización Mundial de la Salud [sitio web]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (http://www.who.int/influenza/pip/pip_meetings_consultations/en/), consultado el 22 de septiembre de 2016.

[5] http://www.who.int/influenza/pip/pip_pcimpplan_update_31jan2015.pdf?ua=1, consultado el 22 de septiembre de 2016), pág. 6. Las secuencias presentadas en este cuadro no figuran en orden numérico ni alfabético porque siguen el de las publicaciones originales.

En el Marco de PIP también se fijan límites de financiación de los propios costos de la OMS relacionados con la aplicación del Marco. La secretaría del Marco de PIP se financia con una cuantía que no puede exceder el 10% del total de los fondos de la CP,[1] y para sufragar los costos de personal en las regiones se puede emplear como máximo un 20% de los fondos del plan de trabajo de la CP. Ello tiene por consecuencia que los recursos y la plantilla sean insuficientes en los tres niveles de trabajo de la OMS (la Sede, las oficinas regionales y las oficinas en los países) y en numerosos ámbitos, como la administración del intercambio de virus, la implantación de la CP o la labor que el equipo del PMG lleva adelante con empresas en relación con la precalificación de vacunas. Algunas de las recomendaciones dimanantes de este examen, como la realización de los estudios preconizados, van a requerir recursos adicionales.

Cuadro 7.1. Requisitos de información con arreglo al Marco de PIP

	Informe bienal del Director General (sección 7.4.1)	**Informe anual del Grupo Asesor (sección 7.2.5 y anexo 3, sección 2.6)[2]**
Intercambio de virus	*i*) capacidad de laboratorio y de vigilancia	*f*) intercambio de virus gripales y acceso a las vacunas y otros beneficios *e*) MTVG *a*) capacidad técnica necesaria del SMVRG de la OMS *b*) funcionamiento operativo del SMVRG de la OMS *c*) prioridades, directrices y prácticas óptimas del SMVRG de la OMS en cuanto a preparación para una gripe pandémica (por ejemplo, reservas de vacunas o capacitación) *d*) intensificación y mejora de la vigilancia del virus A(H5N1) y otros VGPP.
	v) experiencia obtenida con el uso de la definición de los «materiales biológicos PIP».	
Compartición de beneficios	*ii*) capacidad de producción mundial de vacuna antigripal	*f*) intercambio de virus gripales y acceso a las vacunas y otros beneficios
	iii) situación de los acuerdos concertados con la industria, con información sobre el acceso a las vacunas, los antivirales y demás material antipandémico.	
	iv) informe financiero sobre la utilización de la CP	*g*) uso de contribuciones financieras y de otro tipo

[1] Pandemic Influenza Preparedness Framework, Partnership Contribution Implementation Plan 2013-2016. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2015 (http://www.who.int/influenza/pip/pip_pcimpplan_update_31jan2015.pdf?ua=1), consultado el 22 de septiembre de 2016, pág. 6.

[2] En la sección 7.2.5 del Marco de PIP y en su anexo 3, sección 2.6, figura el mismo texto.

7.2 Supervisión del SMVRG

En el Marco de PIP (anexos 4 y 5) se fijan una serie de principios rectores básicos y específicos para definir el mandato de los laboratorios del SMVRG en función del tipo de establecimiento ligado a la OMS de que se trate: CC de la OMS, CNG de la OMS, LRH5 de la OMS o LRE de la OMS. En este mandato, además de los requisitos operativos generales, se establecen cláusulas que se aplican específicamente a la preparación para una gripe pandémica. Todos los laboratorios del SMVRG están sujetos a un sistema de supervisión continua por parte del PMG con el cual se valora si están cumpliendo su mandato. Los CC de la OMS, por ejemplo, son objeto de examen cada cuatro años.

Los CNG son establecimientos nacionales soberanos que, como miembros del SMVRG y con arreglo al Marco de PIP, asumen ciertas responsabilidades, pero sin que exista ningún vínculo contractual ni medie pago alguno por los aspectos de su labor ligados específicamente al Marco de PIP o la gripe estacional. De ahí que la supervisión que la OMS ejerce de esta red voluntaria, por ejemplo del uso que se hace en ella del Mecanismo de Trazabilidad de los Virus de la Gripe (MTVG), sea limitada. La puntualidad con que los CNG compartan virus con los CC de la OMS es básica para evaluar su funcionamiento. Estos intercambios fundamentan las consultas semestrales de la OMS en las que se analizan los datos de vigilancia de virus gripales del SMVRG y se elaboran recomendaciones sobre la composición de las vacunas antigripales para la siguiente temporada de gripe. En estos encuentros, entre otras cosas, se repasan las características antigénicas y genéticas de los virus estacionales y los virus que entrañan una amenaza de pandemia, como los A(H7N9), A(H5), A(H9) y otros subtipos o variantes de virus gripales detectados y analizados por los laboratorios del SMVRG. Asimismo, se valora la necesidad de obtener nuevos VCV con fines de preparación para una eventual pandemia.[1] Además, periódicamente se hace balance de la vigilancia mundial de los virus gripales, con datos recapitulativos sobre las labores de vigilancia por región y el número de veces en que se publica información actualizada,[2,3] todo lo cual permite seguir de cerca el desempeño de los CNG.

En febrero y septiembre de cada año, la secretaría del Marco de PIP se reúne con los directores de los CC de la OMS y los LRE de la OMS en el curso de las reuniones de selección de virus para las vacunas antigripales. La Secretaría también trabaja en estrecha colaboración con el SMVRG. Sin embargo, los laboratorios del SMVRG han tenido escasa participación en la elaboración de los planes de alto nivel destinados a reforzar los medios de laboratorio y vigilancia gracias a la implantación de la CP. Los representantes del SMVRG también manifestaron al Grupo de Examen su deseo de participar en mayor medida y con regularidad en el Grupo Asesor, siguiendo el mismo patrón que se ha definido para la industria y la sociedad civil. El Grupo de Examen tuvo asimismo constancia de que la selección de expertos para integrar los grupos de trabajo técnicos suscita inquietudes.

---

[1] WHO Consultation and Information Meeting on the Composition of Influenza Virus Vaccines for the Northern Hemisphere 2016-2017. En: Organización Mundial de la Salud [sitio web]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (http://www.who.int/influenza/vaccines/virus/recommendations/consultation201602/en/), consultado el 22 de septiembre de 2016.

[2] Por ejemplo: Influenza update – 272. En: Organización Mundial de la Salud [sitio web]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (http://www.who.int/influenza/surveillance_monitoring/updates/latest_update_GIP_surveillance/), consultado el 22 de septiembre de 2016.

[3] FluNet Summary. En: Organización Mundial de la Salud [sitio web]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (http://www.who.int/influenza/gisrs_laboratorio/updates/summaryreport), consultado el 22 de septiembre de 2016.

Uno de los objetivos del Marco de PIP consiste en reforzar el SMVRG, y en este sentido desde 2011 se ha venido ampliando su ámbito de trabajo y alcance geográfico y mejorando su funcionamiento. Aun así, la dirección de esta red sigue revistiendo un carácter básicamente oficioso, y su coordinación reposa sobre todo en el PMG. El hecho de que el SMVRG carezca de una estructura de dirección propia y oficializada ha tenido por consecuencia que en las actividades del Marco de PIP no hubiera una representación reconocida del conjunto de la red del SMVRG.

Recomendaciones: gobernanza

27. El Director General debería fórmulas para dotar al Grupo Asesor de mayor continuidad y mantener su acervo de conocimientos, por ejemplo previendo que sus miembros puedan cumplir un segundo mandato de duración flexible.

28. Para simplificar la labor de información convendría armonizar la estructura de los informes anuales que el Grupo Asesor presenta al Director General y la de los informes bienales que el Director General presenta a la Asamblea de la Salud.

29. La secretaría del Marco de PIP y el Grupo Asesor deberían abrir su colaboración con la sociedad civil a un mayor número de entidades participantes y trabajar más estrechamente con estas.

30. En vista de la función esencial que cumplen los CC de la OMS dentro de la red del SMVRG, el Grupo Asesor debería entablar una colaboración más regular con dichos centros y con otros laboratorios esenciales del SMVRG, en particular al establecer grupos de trabajo técnicos.

31. El Director General debería abordar el tema de la ausencia de representación oficial de la red del SMVRG y alentar al PMG de la OMS y al SMVRG a oficializar cuanto antes dicha representación.

32. En todo proceso de reorganización interna de los departamentos de la OMS como parte del nuevo Programa de Emergencias Sanitarias, el Director General debería velar por que las actividades del SMVRG y el Marco de PIP sigan estando en estrecha sintonía con el PMG de la OMS e integrados en él, lo que conferiría más solidez a la dirección científica y técnica de la aplicación del Marco de PIP.

33. El Director General debería seguir proporcionando los recursos humanos y económicos necesarios para llevar adelante las actividades del Marco de PIP y aplicar las recomendaciones dimanantes del presente examen.

Capítulo 8. Vínculos con los programas de la OMS y otros instrumentos jurídicos

Para lograr que el Marco de PIP surta el mayor efecto posible es necesario trascender el ámbito específico de aplicación del acuerdo y examinar la compleja configuración jurídica e institucional en la que se inscribe. El mandato del Marco se solapa, en algunos de sus aspectos, con el de otros instrumentos jurídicos u otros programas de la OMS. El ámbito de aplicación del Marco tiene puntos de confluencia con tres en particular: el Plan de Acción Mundial para Vacunas contra la Gripe (GAP),[1] el RSI (2005)[2] y el Protocolo de Nagoya al Convenio sobre la Diversidad Biológica[3] («Protocolo de Nagoya») (véase el cuadro 8.1).

El riesgo de una pandemia de gripe también interesa a varias de las grandes iniciativas de seguridad sanitaria mundial, con las que se trata de entender el mejor modo de equipar al mundo, en clave más general, para combatir futuras emergencias. Una de las más prominentes es la Agenda de Seguridad Sanitaria Mundial (GHSA),[4] iniciativa conjunta de países, organizaciones internacionales y entidades de la sociedad civil que tiene por objetivo preparar mejor al mundo para prevenir, detectar y combatir rápidamente amenazas sanitarias de carácter infeccioso. La GHSA prevé 11 «módulos de acción», algunos de los cuales van en apoyo de la preparación para pandemias, con actividades relativas a enfermedades zoonóticas, inmunización, sistemas de laboratorios nacionales y vigilancia en tiempo real.[5] El tercer Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) de las Naciones Unidas, consistente en «Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades», se declina en numerosas metas, entre ellas el acceso a medicamentos antivirales y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad, el apoyo a las actividades de investigación y desarrollo de vacunas y antivirales o el refuerzo de la capacidad de todos los países, en particular los países en desarrollo, en materia de alerta temprana, reducción de riesgos y gestión de los riesgos para la salud nacional y mundial.[6]

---

[1] Plan de Acción Mundial para Vacunas contra la Gripe. En: Organización Mundial de la Salud [sitio web]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (http://www.who.int/influenza_vaccines_plan/es/), consultado el 22 de septiembre de 2016).

[2] Reglamento Sanitario Internacional (2005), 2.ª ed. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008 (http://www.who.int/ihr/publications/9789241580496/es/), consultado el 22 de septiembre de 2016.

[3] Protocolo de Nagoya sobre acceso y participación en los beneficios. En: Convenio sobre la Diversidad Biológica [sitio web]. Montreal, Convenio sobre la Diversidad Biológica, Naciones Unidas, 2011 (https://www.cbd.int/abs/), consultado el 22 de septiembre de 2016.

[4] Global Health – CDC and the Global Health Security Agenda. En: Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades [sitio web]. Atlanta, GA, CDC, 2016 (http://www.cdc.gov/globalhealth/security/index.htm), consultado el 21 de septiembre de 2016.

[5] Global Health Security Agenda: Action Packages. En: Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades [sitio web]. Atlanta, GA, CDC, 2016 (http://www.cdc.gov/globalhealth/security/actionpackages/default.htm), consultado el 21 de septiembre de 2016.

[6] Objetivos de Desarrollo Sostenible. En: Objetivos de Desarrollo Sostenible, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas [sitio web]. Nueva York, Naciones Unidas, 2016 (http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/), consultado el 21 de septiembre de 2016.

Cuadro 8.1. Síntesis de los vínculos entre el Marco de PIP y el RSI (2005), el GAP y el Protocolo de Nagoya

Tema	Marco de PIP	RSI (2005)	GAP	Nagoya
Mejora de la preparación para pandemias	✓	✓	✓	
Mejora de la respuesta a pandemias	✓	✓	✓	
Intercambio de material biológico, incluidos virus	Sección 5.1.1 anexo 5, mandato de los CNG, CC de la OMS			✓
Intercambio de información de salud pública	Sección 5.1.3 (*ii*) anexo 5	artículo 6.2		
Fortalecimiento de la capacidad de reglamentación	Sección 6.7		✓	
Mayor acceso a vacunas	Secciones 6.9, 6.10, 6.11 anexo 2, SMTA 2		✓	
Creación de capacidad de laboratorio y de vigilancia	Sección 6.6 Sección 6.14.4	anexo 1		
Mejora de la capacidad de producción de vacuna antigripal	Sección 6.13 anexo 2, SMTA 2, artículo 4.1 A5, A6		✓	
Transferencia de tecnología	Sección 6.13 anexo 2, SMTA 2, artículo 4.1 A5, A6		✓	
Acceso a productos, tecnología e información, y compartición de beneficios	✓		✓	✓

8.1 Plan de Acción Mundial para Vacunas contra la Gripe[1]

Principales conclusiones

Conclusión 66. Existen importantes sinergias entre el Marco de PIP y el GAP,[2] en especial el hecho de alentar las transferencias de tecnología y la adquisición de capacidades en relación con los organismos de reglamentación, los estudios de carga de morbilidad y la comunicación de riesgos. No obstante, en la actualidad no se están concertando acuerdos de transferencia de tecnología.

Conclusión 67. Será posible utilizar el examen del GAP realizado en noviembre de 2016 para valorar cuáles son los aspectos del GAP (estudios sobre la carga de morbilidad, pautas técnicas para los fabricantes de nuevas vacunas, distribución de vacunas, logística) a los que convendría dar continuidad como parte de la implantación de la CP del Marco de PIP y dónde sería necesario hacerlo.

Conclusión 68. Hoy por hoy la cantidad de vacunas contra la gripe pandémica que asegura la aplicación del Marco de PIP, sumada a la capacidad mundial de producción de vacunas (que incluye la nueva capacidad disponible a través del GAP), sigue siendo insuficiente para atender la demanda mundial que según las previsiones se generaría en el momento de una pandemia de gripe.

Algunos aspectos del Marco de PIP confluyen con el ámbito de aplicación de otros programas de la OMS. El GAP, instituido en 2006 y mejorado en 2011, tiene por objetivo acrecentar la capacidad de fabricación de vacunas antigripales en beneficio de los países en desarrollo, privilegiando básicamente el aumento de la fabricación y utilización de vacunas estacionales y el de la capacidad de producción de vacunas contra la gripe pandémica, así como las actividades conexas de investigación y desarrollo.[3,4]

Desde que el GAP echó a andar, la OMS ha invertido en él unos US$ 50 millones, y los países y otros organismos han aportado cerca de US$ 1000 millones.[5] Los fondos del GAP han servido para prestar apoyo a 14 fabricantes,[6] gracias a lo cual entre 2007 y 2017 el GAP habrá deparado una capacidad productiva adicional equivalente a unos US$ 600 millones de dosis

---

[1] Plan de Acción Mundial para Vacunas contra la Gripe (GAP). En: Organización Mundial de la Salud [sitio web]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (http://www.who.int/influenza_vaccines_plan/es/), consultado el 22 de septiembre de 2016.

[2] El GAP fue elaborado por la OMS en colaboración con expertos universitarios y de salud pública, fabricantes de vacunas y organismos de financiación de países desarrollados y en desarrollo. La tercera y última consulta sobre el GAP tuvo lugar en noviembre de 2016.

[3] Plan de Acción Mundial para Vacunas contra la Gripe (GAP). En: Organización Mundial de la Salud [sitio web]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (http://www.who.int/influenza_vaccines_plan/es/), consultado el 21 de septiembre de 2016.

[4] Plan de Acción Mundial para Vacunas contra la Gripe(GAP). Proyectos del GAP sobre el aumento de la capacidad y la transferencia de tecnología en los países en desarrollo. En: Organización Mundial de la Salud [sitio web]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (http://www.who.int/influenza_vaccines_plan/objectives/projects/es/), consultado el 21 de septiembre de 2016.

[5] Grohmann G, Francis DP, Sokhey J, Robertson J. «Challenges and successes for the grantees and the Technical Advisory Group of WHO's influenza vaccine technology transfer initiative». *Vaccine*. En imprenta. doi: 10.1016/j.vaccine.2016.07.047.

[6] *Ibid.*

de vacuna contra la gripe pandémica.[1] En varios casos, el establecimiento de alianzas con grandes empresas farmacéuticas ha facilitado la producción de vacunas. Se calcula que para 2018 o 2019 las empresas respaldadas por el GAP habrán ampliado su capacidad de producción de vacunas contra la gripe pandémica en un total que alcanza los 1000 millones de dosis.

El mandato decenal del GAP llegó a su término en noviembre de 2016, por lo que el Grupo de Examen se planteó posibles fórmulas para seguir apoyando la labor de este programa después de su cierre, por ejemplo con estudios sobre la carga de morbilidad o la prestación a los países respaldados por el GAP de asistencia técnica para la fabricación, registro y distribución de vacunas. Allí donde los fabricantes de vacunas seleccionados por el GAP aún estén en vías de establecerse, cabría utilizar los fondos de la CP para ayudarles a dotarse de capacidad duradera de producción de vacunas contra la gripe estacional y pandémica, por ejemplo ofreciéndoles programas de formación y servicios de consultoría especializada. Resultaría útil hablar de semejante propuesta con fabricantes ya establecidos para obtener respaldo y colaboración. También sería posible aprovechar el mecanismo del AMTM 2 para sufragar esa formación, siempre y cuando las medidas contempladas en el AMTM 2 ofrecieran flexibilidad suficiente en relación con ciertas categorías de participantes, como los fabricantes de productos de diagnóstico o las entidades de categoría C. En este sentido, la secretaría del Marco de PIP está valorando la posibilidad de introducir formación en materia de laboratorio y vigilancia como medida que los contribuyentes al AMTM 2 de categoría C podrían respaldar para complementar las inversiones en preparación vinculadas a la CP.

Recomendación: Plan de Acción Mundial para Vacunas contra la Gripe

34. El Grupo Asesor del Marco de PIP debería las enseñanzas extraídas del GAP, que llegó a su fin en noviembre de 2016, y determinar cuáles de sus aspectos serían útiles para secundar la aplicación del Marco.

8.2 Reglamento Sanitario Internacional (2005)[2]

Principales conclusiones

Conclusión 69. Los fondos correspondientes a la CP del Marco de PIP pueden deparar beneficios colaterales en forma de mejora de las capacidades básicas prescritas en el RSI (2005), especialmente en cuanto a la capacidad de laboratorio y vigilancia. Sin embargo, toda vez que los fondos de la CP no se empezaron a distribuir hasta 2014, aún no existen datos sobre la relación entre esos fondos y las capacidades básicas del RSI (2005). De cara al próximo examen del Marco de PIP cabría emprender un análisis de la incidencia que han tenido dichos fondos en las capacidades básicas prescritas en el RSI (2005).

[1] *Ibid.*

[2] Strengthening health security by implementing the International Health Regulations (2005), About IHR. En: Organización Mundial de la Salud [sitio web]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (http://www.who.int/ihr/en/), consultado el 24 de septiembre de 2016.

El RSI (2005) es un instrumento jurídicamente vinculante por el cual los Estados Miembros persiguen los objetivos de «prevenir la propagación internacional de enfermedades, proteger contra esa propagación, controlarla y darle una respuesta de salud pública».[1] Entre otras cosas, sus disposiciones exigen a los países que se doten de una serie de capacidades básicas, por ejemplo medios de laboratorio y de vigilancia, para detectar un brote, prevenirlo y responder a él.[2] Los Estados Partes en el RSI (2005) seguramente considerarán que un caso de gripe humana provocado por un nuevo subtipo es una posible emergencia de salud pública de importancia internacional, por lo que notificarán el episodio a la OMS y compartirán la información de salud pública relacionada con él. Es probable que una pandemia de gripe constituya una emergencia de salud pública de importancia internacional, como fue la pandemia de 2009.

Aunque las reflexiones sobre los vínculos existentes entre el Marco de PIP y el RSI (2005) suelen girar en torno a las sinergias que presentan ambos instrumentos, también hay importantes diferencias entre ellos. Las disposiciones del RSI (2005) solo son jurídicamente vinculantes para los Estados Partes,[3,4] y no para el sector privado u otras partes interesadas. La OMS colabora con el sector privado y otros agentes en la aplicación del RSI (2005), pero ninguno de esos interlocutores está legalmente obligado a cumplir el RSI (2005).

A diferencia del RSI (2005), el Marco de PIP alienta el intercambio de muestras físicas entre países. El Marco de PIP incide explícitamente en la búsqueda de un equilibrio entre el intercambio de virus y la participación en los beneficios, a fin de asegurar que los intereses comerciales vengan compensados por un acceso equitativo a los servicios de salud pública. Aunque el RSI (2005) contiene disposiciones encaminadas a alentar un rápido y oportuno intercambio de datos y demás información, no cuenta con las disposiciones referidas específicamente a la compartición de beneficios que sí contiene el Marco de PIP: en el RSI (2005) el propio intercambio de información y datos es también el beneficio, pues permite a los Estados Miembros y a organizaciones como la OMS detectar más rápidamente la enfermedad, alertar a las poblaciones expuestas y aplicar con más prontitud medidas de salud pública.

Existen puntos de sinergia entre el RSI (2005) y el Marco de PIP. Ambos fueron establecidos con la voluntad de reforzar la seguridad sanitaria mundial preparando al planeta para que pueda detectar y afrontar emergencias sanitarias. Aunque el Marco de PIP está referido específicamente a la gripe pandémica, ambos instrumentos tienen en común el objetivo de apoyar a los países con escasos recursos para que se doten de la capacidad de detectar enfermedades.

De hecho, el proceso inicial de selección de países para aplicar la CP vino determinado por las capacidades básicas prescritas en el RSI (2005). En los análisis de deficiencias,[5] em-

---

[1] Reglamento Sanitario Internacional (2005), 2.ª ed. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008 (http://www.who.int/ihr/publications/9789241580496/es/), consultado el 22 de septiembre de 2016.

[2] *Ibid.*, anexo 1.

[3] Los Estados Partes son aquellos Estados para los cuales las disposiciones del RSI (2005) son jurídicamente vinculantes. En octubre de 2016, el RSI contaba 196 Estados Partes.

[4] Estados Partes en el Reglamento Sanitario Internacional (2005). En: Organización Mundial de la Salud [sitio web]. OMS, Ginebra, 2016 (http://www.who.int/ihr/legal_issues/states_parties/es/), consultado el 4 de octubre de 2016.

[5] Pandemic Influenza Preparedness Framework Partnership Contribution 2013-2016: Gap Analyses. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2013 (http://www.who.int/influenza/pip/pip_pc_ga.pdf), consultado el 22 de septiembre de 2016, pág. 11.

prendidos en 2013 para determinar las lagunas más importantes en cuanto a capacidad de preparación y respuesta ante una pandemia de gripe y seleccionar a partir de ahí a los países destinatarios de los fondos de la CP, se emplearon como punto de partida los indicadores de capacidad básica del RSI (2005), especialmente en cuanto a medios de laboratorio y de vigilancia. Por ejemplo: el método de puntuación utilizado para valorar la capacidad de «detección» de nuevos virus de un país incluía el indicador 3.2.1 del RSI (2005), que mide la «vigilancia por eventos».[1]

Es probable que las labores de desarrollo de la capacidad que se han llevado a cabo en los países para aplicar el Marco de PIP hayan tenido efectos positivos para ayudar a los países a dotarse de las capacidades básicas prescritas en el RSI (2005). Aun así, conviene señalar que es difícil aprehender con precisión tales beneficios, pues los fondos de implantación de la CP vienen a reforzar únicamente la capacidad de laboratorio y de vigilancia en relación con la gripe, mientras que las capacidades básicas prescritas en el RSI (2005) tienen que ver con los medios de vigilancia y de laboratorio referidos a cualquier amenaza sanitaria emergente.

Recomendación: Reglamento Sanitario Internacional

35. Convendría que en todas las actividades realizadas como parte del Marco de PIP se tuvieran muy presentes las disposiciones del RSI (2005) y que las iniciativas de creación de capacidad estuviesen en sintonía con las que se llevan a cabo en aplicación del RSI (2005), las favoreciesen y las complementasen. Para ello, y a fin de lograr un máximo de sinergia y eficacia, se precisaría una interacción más estrecha en los tres niveles de la OMS en todo lo referente a la aplicación del RSI (2005) y el Marco de PIP.

[1] Checklist and indicators for monitoring progress in the development of IHR Core Capacities in States Parties. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2013 (WHO/HSE/GCR/2013.2; http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/84933/1/WHO_HSE_GCR_2013.2_eng.pdf), consultado el 4 de octubre de 2016.

8.3 Protocolo de Nagoya al Convenio sobre la Diversidad Biológica[1]

Conclusión 70. El Marco de PIP es un instrumento multilateral sobre acceso y participación en los beneficios que parece ser coherente con los objetivos del Protocolo de Nagoya.

Conclusión 71. En la negociación intergubernamental que condujo al Marco de PIP se establecieron reglas para acceder a virus gripales potencialmente pandémicos y participar en los beneficios que de ahí se derivasen. En cambio, la aplicación del Protocolo de Nagoya puede introducir incertidumbre en relación con el intercambio de virus gripales, pues podría ocurrir que numerosas transacciones bilaterales requiriesen una negociación previa, lo que podría demorar el acceso a los virus. La Unión Europea ya ha reconocido el Marco de PIP como instrumento especializado en relación con la gripe pandémica, aunque otros países que han promulgado legislación para aplicar el Protocolo de Nagoya todavía no han dado ese paso. A medida que más países van implantando disposiciones legislativas nacionales para aplicar el Protocolo de Nagoya, más urgente resulta disipar esta incertidumbre y reducir el riesgo que trae consigo para la seguridad sanitaria mundial.

Conclusión 72. En muchos ámbitos no se entienden del todo las repercusiones que tiene la aplicación del Protocolo de Nagoya para la salud pública. La Secretaría de la OMS está elaborando un informe para aclarar estas repercusiones, pero a la vez es preciso que el sector de la salud pública conozca y entienda mejor el Protocolo y lo tenga más presente.

Conclusión 73. En el Protocolo de Nagoya no se determina de forma expresa un mecanismo por el cual reconocer un instrumento en relación con lo dispuesto en su artículo 4.4. Una entidad oficial que goce de autoridad y de credibilidad internacional, como la Reunión de las Partes o la Asamblea de la Salud, podría decidir que el Marco de PIP constituye un instrumento internacional especializado en materia de preparación y respuesta ante una gripe pandémica. Semejante decisión facilitaría el cumplimiento de los objetivos de acceso y compartición de beneficios del Marco de PIP, al garantizar que todos los países manejen del mismo modo los virus gripales potencialmente pandémicos. A los efectos del Protocolo de Nagoya, el acceso a los virus gripales potencialmente pandémicos y los beneficios derivados de él quedarían abarcados por el Marco de PIP, lo que dispensaría de suscribir acuerdos bilaterales caso por caso.

[1] En enero de 2016, el Consejo Ejecutivo de la OMS solicitó a la Directora General que realizase un estudio sobre las repercusiones en la salud pública de la aplicación del Protocolo de Nagoya. Los datos y la información actualizada resultantes de ese proceso han alimentado las conclusiones del Grupo de Examen.

El Convenio sobre la Diversidad Biológica[1] es un tratado concertado entre 196 Estados Partes[2] que persigue tres objetivos principales: 1) conservar la diversidad biológica; 2) garantizar una utilización sostenible de los recursos biológicos; y 3) la «participación justa y equitativa en los beneficios que se deriven de la utilización de los recursos genéticos». El Protocolo de Nagoya sobre Acceso a los Recursos Genéticos y Participación Justa y Equitativa en los Beneficios que se Deriven de su Utilización al Convenio sobre la Diversidad Biológica[3] tiene por finalidad ayudar a cumplir el tercer objetivo del Convenio. En él se exige a los Estados que establezcan un entramado jurídico y reglamentario que garantice un reparto equitativo de los beneficios derivados de los recursos genéticos, tanto entre Estados (en particular con los países de origen) como dentro de cada Estado (con las comunidades indígenas o locales que aportan los conocimientos).

En enero de 2016, el Consejo Ejecutivo de la OMS solicitó a la Secretaría de la OMS que estudiara las repercusiones en la salud pública de la aplicación del Protocolo de Nagoya. Para responder a esa petición, la Secretaría de la OMS encargó un estudio centrado en las repercusiones del Protocolo de Nagoya en dos ámbitos: 1) el intercambio de patógenos en sentido lato, incluidos los DSG; y 2) el Marco de PIP y el SMVRG, con estudio de posibles fórmulas para armonizar en mayor medida el Protocolo de Nagoya y el Marco de PIP, aprovechando el proceso de examen del Marco de PIP puesto en marcha en 2016.[4] Las disposiciones del Protocolo de Nagoya se solapan considerablemente con el sistema de acceso y compartición de beneficios previsto en el Marco de PIP. Por ello resulta especialmente interesante dilucidar si el Marco de PIP constituye o no un instrumento especializado según lo dispuesto en el Protocolo de Nagoya.

El Protocolo de Nagoya obliga a todo eventual usuario de un recurso genético a obtener del proveedor «consentimiento fundamentado previo», lo que en general exige una negociación entre ambas partes que lleve a establecer «condiciones mutuamente acordadas» para compartir los beneficios. Al igual que en el Protocolo de Nagoya, en el Marco de PIP se crea un sistema de acceso a los beneficios y participación en ellos, pero adaptado estrictamente a los virus gripales potencialmente pandémicos. El Protocolo de Nagoya da cabida a este tipo de acuerdos por el expediente de introducir una excepción:

> «En aquellos casos en que se aplique un instrumento internacional especializado de acceso y participación en los beneficios que esté en consonancia con y no se oponga a los objetivos del Convenio y de este Protocolo, el presente Protocolo no se aplica pa-

[1] Convenio sobre la Diversidad Biológica. En: Convenio sobre la Diversidad Biológica [sitio web]. Montreal, Convenio sobre la Diversidad Biológica, Naciones Unidas, 2016 (https://www.cbd.int/convention/), consultado el 22 de septiembre de 2016.

[2] Los Estados Partes en el Convenio sobre la Diversidad Biológica no quedan obligados automáticamente por el Protocolo de Nagoya, sino que deben ratificar este último acuerdo por separado. A 4 de octubre de 2016, el Protocolo de Nagoya contaba con 78 Estados Partes.

[3] Protocolo de Nagoya sobre acceso y participación en los beneficios. En: Convenio sobre la Diversidad Biológica [sitio web]. Montreal, Convenio sobre la Diversidad Biológica, Naciones Unidas, 2011 (https://www.cbd.int/abs/), consultado el 4 de octubre de 2016.

[4] Terms of Reference, Production of a study on how the implementation of the Nagoya Protocol on Access to Genetic Resources and the Fair and Equitable Sharing of Benefits Arising from their Utilization to the Convention on Biological Diversity might affect the sharing of pathogens and the potential public health implications. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (http://www.who.int/entity/influenza/pip/2016-review/NagoyaStudyTORs.pdf), consultado el 22 de septiembre de 2016.

ra la Parte o las Partes en el instrumento especializado respecto a los recursos genéticos cubiertos por el instrumento especializado y para los fines del mismo».[1]

Si el intercambio de virus como parte del SMVRG debiera quedar sujeto a las obligaciones de consentimiento fundamentado previo y condiciones mutuamente acordadas previstas en el Protocolo de Nagoya (cosa que podría exigir una negociación de las condiciones para cada muestra de virus) y a la vez a los requisitos derivados del Marco de PIP, existiría el riesgo no solo de redundancias, sino también de una sensible ralentización del proceso de intercambio de virus dentro de la red del SMVRG. Por ejemplo, como ha sabido el Grupo de Examen, la posibilidad de que se exija a los fabricantes de vacunas que negocien el consentimiento fundamentado previo y las condiciones mutuamente acordadas con cada uno de los países de origen de cada uno de los VCV suscita preocupación, pues ello podría encarecer, complicar y ralentizar el proceso de obtención de vacunas, llevando en ciertos casos a obtener productos finales de menor utilidad. Hasta ahora no se ha declarado oficialmente ningún «instrumento especializado» con arreglo al Protocolo de Nagoya, ni está claro todavía si la designación del Marco de PIP como «instrumento especializado» debe pasar por una decisión colectiva de los Estados Partes (por ejemplo. a través de la Conferencia de las Partes en el Convenio sobre la Diversidad Biológica o la Reunión de las Partes en el Protocolo de Nagoya), por una decisión individual de cada Estado (a través de las leyes de aplicación) o por algún otro mecanismo. De momento, ni la Conferencia de las Partes ni la Reunión de las Partes han adoptado medida alguna al respecto. Y mientras que la UE, en la legislación por la que aplica el Protocolo de Nagoya, ha reconocido el Marco de PIP como instrumento especializado,[2] otros Estados Partes todavía no lo han hecho.

Lo que de momento han explicado al Grupo de Examen sus principales informantes es que aún no se tiene lo bastante en cuenta el Protocolo de Nagoya, y que ello empieza a plantear problemas a la hora de intercambiar virus. Los países de la UE, por ejemplo, aunque tratan de cumplir el Protocolo, han tropezado con dificultades al enviar patógenos a Estados receptores que no están familiarizados con los requisitos que este instrumento impone.

---

[1] Protocolo de Nagoya sobre Acceso a los Recursos Genéticos y Participación Justa y Equitativa en los Beneficios que se Deriven de su Utilización al Convenio sobre la Diversidad Biológica. Montreal, Convenio sobre la Diversidad Biológica, Naciones Unidas, 2011 (https://www.cbd.int/abs/doc/protocol/nagoya-protocol-es.pdf), consultado el 22 de septiembre de 2016, artículo 4, párr. 4.

[2] Reglamento (UE) 511/2014 del Parlamento Europeo y del Consejo de 16 de abril de 2014 relativo a las medidas de cumplimiento de los usuarios del Protocolo de Nagoya sobre el acceso a los recursos genéticos y participación justa y equitativa en los beneficios que se deriven de su utilización en la Unión. En: Diario Oficial de la Unión Europea. Estrasburgo, Parlamento Europeo; 2014 (L 150/59; http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/HTML/?uri=CELEX:32014R0511&from=ES), párr. 16.

Recomendación: Protocolo de Nagoya

36. El Marco de PIP debería ser considerado un instrumento internacional especializado para aportar mayor claridad a la aplicación del Protocolo de Nagoya en relación con las labores de preparación y respuesta ante una gripe pandémica.

- La Reunión de las Partes en el Protocolo de Nagoya de diciembre de 2016 brinda la ocasión de plantear el reconocimiento del Marco de PIP como instrumento internacional especializado en relación con la preparación y respuesta ante una gripe pandémica. A juicio del Grupo de Examen, sería útil para los objetivos del Marco de PIP que la Reunión de las Partes aprovechara esta oportunidad.
- Además, en la Asamblea Mundial de la Salud de 2017 convendría también plantear el reconocimiento del Marco de PIP como instrumento internacional especializado con arreglo al Protocolo de Nagoya.

Apéndice I: MIEMBROS DEL GRUPO DE EXAMEN

Profesor William Kwabena Ampofo

Jefe del Departamento de Virología del Instituto Conmemorativo Noguchi de Investigaciones Médicas, Universidad de Ghana, Accra (Ghana)

El profesor William Ampofo es profesor asociado y responsable del Departamento de Virología del Instituto Conmemorativo Noguchi de Investigaciones Médicas (NMIMR) de la Universidad de Ghana, sita en Accra (Ghana).

Ha disfrutado de becas de investigación en el NMIMR, donde también ha dirigido el Departamento de Microscopía Electrónica e Histopatología. Su labor ha girado en torno al estudio molecular y serológico de las infecciones víricas y las intervenciones antivirales.

El profesor Ampofo es miembro del Consejo Académico de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Ghana y del Comité Directivo del «Programa de formación en epidemiología práctica y técnicas de laboratorio» de la Facultad de Salud Pública. También participa en el Comité Directivo Nacional del RSI (2005) y en el Comité Nacional de Coordinación Técnica contra la Enfermedad por el Virus del Ebola, adscritos ambos al Ministerio de Salud de Ghana. Forma parte asimismo del Centro Nacional de Operaciones para la Emergencia del Ebola de Ghana.

El profesor Ampofo ha trabajado como asesor temporal y consultor para la OMS, especialmente en apoyo de la respuesta a la enfermedad por el virus del Ebola, y en su día fue miembro del Grupo de Trabajo sobre Vacunas e Inmunizaciones Antigripales del SAGE de la OMS. En fechas recientes ha presidido el Grupo Asesor del Marco de PIP de la OMS. Es miembro del Grupo Asesor del GAP y trabajó como consultor para el Comité de Emergencia del RSI sobre la enfermedad por el virus del Ebola.

Dra. Christine Mwelwa Kaseba-Sata (Presidenta)

Ex Embajadora de Buena Voluntad de la OMS contra la violencia de género (Zambia)

La Dra. Christine Mwelwa Kaseba-Sata es una prestigiosa especialista zambiana en obstetricia y ginecología. Ha ejercido la medicina durante más de 25 años en el Hospital Universitario de Lusaka y lleva 15 años enseñando en la Facultad de Medicina de la Universidad de Zambia.

Posee una dilatada experiencia en temas ligados a la salud sexual y reproductiva, desde las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH/sida, hasta la planificación familiar, pasando por la atención integral de los abortos, el paludismo en el embarazo, los cánceres del aparato reproductor, las urgencias de obstetricia o la atención neonatal.

La Dra. Kaseba-Sata, incansable luchadora por la salud materna y neonatal y contra los problemas de violencia de género, fue Embajadora de Buena Voluntad de la OMS contra la violencia de género entre octubre de 2012 y octubre de 2014.

Dra. Frances McGrath

Asesora en jefe del Gabinete del Ministro de Salud, Ministerio de Salud de Nueva Zelandia

La Dra. McGrath es médico y está especializada en salud pública. Actualmente trabaja como asesora en jefe para el Gabinete del Ministro de Salud neozelandés, y como tal asesora a ministros y colegas sobre temas y estrategias de salud pública y, cuando las circunstancias lo requieren, ejerce de asesora principal sobre emergencias tales como brotes de enfermedades infecciosas, por ejemplo la pandemia de gripe de 2009, o sobre las consecuencias sanitarias de la contaminación ambiental de determinados sitios.

Es titular de un doctorado y goza de vasta experiencia en salud pública, políticas públicas y gestión de alto nivel en el sector de la salud en muchas partes del mundo. Ha ejercido por ejemplo de Directora Interina de Salud Pública y asesora principal sobre temas sanitarios de varios ministros de salud y ha representado a Nueva Zelandia en numerosas reuniones de la Asamblea de la Salud y en encuentros del Comité Regional de la OMS para el Pacífico Occidental. Ha trabajado asimismo en países en desarrollo de América Central, así como en Tailandia, y también durante un año en el Ministerio de Salud de las Islas Cook.

Anteriormente la Dra. McGrath había ejercido de médico generalista en zonas rurales y muy necesitadas de Nueva Zelandia.

Dra. Talat Mokhtari-Azad

Directora del Centro Nacional de Gripe del Irán

La Dra. Mokhtari-Azad, licenciada en medicina veterinaria por la Universidad de Teherán, posee un título de maestría en salud pública y un doctorado en virología (1982) por la Universidad de Ciencias Médicas de Teherán, así como un título de especialización en ciencias de laboratorio médico clínico (1991) por la Universidad de Ciencias Médicas del Irán.

Es profesora de virología y dirige el Departamento de Virología de la Facultad de Salud Pública de la Universidad de Ciencias Médicas de Teherán. Desde 1985 es Directora del CNG y desde 2006 dirige el laboratorio nacional de sarampión y rubéola. Goza de amplia experiencia en investigación y enseñanza superior y ha supervisado a estudiantes de maestría y doctorado en distintas ramas de la virología, especialmente en seroepidemiología, aislamiento y diagnóstico molecular. Actualmente es miembro del Comité Nacional de la Gripe y el Comité Nacional de Vacunaciones del Irán. También es asesora temporal de la OMS sobre composición de las vacunas antigripales.

Sra. Johanne Newstead

Jefa de Política Alimentaria en la Dirección General de Salud Pública, Ministerio de Salud del Reino Unido

La Sra. Newstead es una funcionaria británica con gran experiencia en salud pública y en temas internacionales. Actualmente dirige la política alimentaria que se aplica desde el Ministerio de Salud, Londres, trabajando para ello con la industria alimentaria, en particular sobre la reducción de la obesidad.

Con anterioridad había pasado seis años ocupándose de las labores de preparación y respuesta ante una pandemia de gripe para el Reino Unido. Buena parte de ese quehacer tenía una dimensión mundial que la llevó a trabajar con la UE, con la Región de Europa de la OMS y, más en general, con la OMS y otros interlocutores internacionales. Dirigió la delegación del Reino Unido durante las negociaciones del Marco de PIP y presidió la reunión de la Región de Europa de la OMS en las últimas fases de la negociación.

La Sra. Newstead también ha dirigido el Departamento de Elaboración de Políticas de Biotecnología Sanitaria de Inglaterra, ha trabajado en la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos y durante cinco años representó en este organismo los intereses británicos en temas de salud, ciencia y tecnología.

Dra. Theresa Tam (Presidenta interina)

Viceministra Adjunta, División de Prevención y Control de Enfermedades Infecciosas, Organismo de Salud Pública del Canadá

La Dra. Theresa Tam ocupa el cargo de Viceministra de Salud Pública en el Organismo de Salud Pública del Canadá (el «Organismo»). Como tal, presta apoyo al Ministro de Salud Pública en su quehacer cotidiano y en su respuesta a problemas de salud pública de gran importancia para los ciudadanos canadienses.

Como Viceministra Adjunta, además, tiene a su cargo la División de Prevención y Control de Enfermedades Infecciosas del Organismo. En el ejercicio de esta función la Dra. Tam supervisa las actividades del Organismo destinadas a lograr que los canadienses sean menos vulnerables a las consecuencias de las enfermedades infecciosas. Ello incluye temas de vigilancia, diagnóstico de laboratorio, investigación científica, formulación de políticas y dirección a escala nacional en relación con muy diversas amenazas sanitarias ligadas a enfermedades infecciosas. Anteriormente había dirigido al máximo nivel iniciativas y programas fundamentales del Organismo en materia de: inmunización; infecciones respiratorias; preparación y respuesta ante emergencias sanitarias; salud pública en las fronteras del Canadá y los transportes públicos; seguridad biológica en los laboratorios; personal de salud pública, vigilancia y otros medios de infraestructura; y aplicación del RSI (2005).

La Dra. Tam, que es pediatra especializada en enfermedades infecciosas y epidemiología práctica, goza de vasta experiencia en la gestión de brotes y situaciones complejas de emergencia sanitaria, como el brote de SRAS, la pandemia de A(H1N1) o el brote de enfermedad por el virus del Ebola en África Occidental. Ha trabajado como experta internacional para una serie de comités y misiones internacionales de la OMS, incluido el primer Grupo de Trabajo de la OMS sobre la Pandemia de Gripe. También ha ejercido de consultora de la OMS en numerosas misiones internacionales relacionadas con la gripe y con la erradicación de la poliomielitis en Bangladesh.

Dr. Viroj Tangcharoensathien

Asesor principal del Programa Internacional de Políticas de Salud, Ministerio de Salud Pública de Tailandia

El Dr. Viroj Tangcharoensathien es jefe de expertos en economía de la salud en el Ministerio de Salud Pública de Tailandia y asesor de su Programa Internacional de Políticas de Salud, para el cual también dirige el centro de investigaciones del Observatorio de Asia y el Pacífi-

co. Asimismo, presta apoyo a la implantación de la cobertura sanitaria universal en varios países. Siendo medico de formación, pasó nueve años ejerciendo la medicina en hospitales de distritos rurales de una provincia pobre de Tailandia. En 1986 recibió de la Asociación de Médicos de Tailandia el premio al 'Mejor doctor rural'.

En 1990 se doctoró en planificación y financiación de la salud por la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres. En 1991 fue distinguido con la Medalla Woodruff por su tesis doctoral sobre la financiación de la salud comunitaria y en 2011 recibió la Medalla Edwin Chadwick por su contribución a la mejora de los sistemas de salud en beneficio de los pobres. Tiene publicados 155 artículos científicos.

El Dr. Tangcharoensathien presidió las negociaciones del Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud, aprobado por la 63.ª Asamblea Mundial de la Salud.

Profesor Makarim Wibisono

Presidente de la Junta de Administración del Consejo de Asuntos Mundiales de Indonesia

El profesor Makarim Wibisono, ex Embajador y Representante Permanente ante las Naciones Unidas en Nueva York y Ginebra, ejerció los cargos de Director General de Relaciones Económicas y Exteriores (2000-2002) y Director de Cooperación Económica Multilateral (1993-1994) del Ministerio de Relaciones Exteriores de Indonesia. Como Director General para Asia y el Pacífico y África (2002-2004), ayudó a ultimar el Acuerdo de Bali II por el que se creaba la Asociación de Naciones del Asia Sudoriental (ASEAN). Dirigió la delegación indonesia en las reuniones de altos funcionarios de la ASEAN, ASEAN+3, el Foro Regional de la ASEAN y la Cooperación Económica de Asia y el Pacífico (APEC). También ha sido «Relator Especial de las Naciones Unidas sobre la situación de los derechos humanos en los territorios palestinos ocupados desde 1967», así como Coordinador General de Europalia Indonesia para el Ministerio de Educación y Cultura de la República de Indonesia.

Es Presidente de la Junta de Administración del Consejo de Asuntos Mundiales de Indonesia, asesor de la Comisión Nacional de Derechos Humanos y asesor principal sobre asuntos internacionales del Presidente de la Cámara de Representantes de Indonesia.

Antes de ocupar el cargo de Director Ejecutivo de la Fundación ASEAN, el profesor Wibisono fue asesor principal sobre cooperación internacional del Ministro de Salud de Indonesia. También presidió el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas y la Conferencia de las Naciones Unidas sobre Comercio y Desarrollo. Además, ha formado parte de varios grupos de trabajo de las Naciones Unidas y asesorado a otros muchos.

El profesor Wibisono enseña en el Instituto Nacional de Defensa, la Universidad Paramadina, la Universidad Católica de Atma Jaya, la Universidad de al Azhar-Indonesia y la Universidad Gadjah Mada. Posee una maestría en economía política internacional y un doctorado en ciencias políticas por la Universidad del Estado de Ohio (EE.UU.). También es titular de una maestría en relaciones internacionales por la Universidad Johns Hopkins (EE.UU.).

Apéndice II: EXPOSICIÓN DETALLADA DE LOS MÉTODOS DE TRABAJO

Establecimiento del Grupo de Examen

El Grupo Asesor del Marco de PIP celebró una reunión extraordinaria los días 13 y 14 de octubre de 2015, poco antes de que fuera convocado el Grupo de Examen, con objeto de recabar la opinión de los Estados Miembros, la industria, la sociedad civil y otros interlocutores acerca del mandato y la orientación que convenía dar al proceso de examen. En el informe del Grupo Asesor sobre esa reunión se formulaban recomendaciones a la Directora General de la OMS sobre cómo debía discurrir el proceso y se establecían cuatro principios rectores que debían presidirlo: independencia e imparcialidad; transparencia; colaboración con los Estados Miembros y los interesados directos; y carácter iterativo del proceso.[1]

A partir de ahí, la Directora General convocó al Grupo de Examen y nombró a ocho personas para que lo integraran. Conforme a las recomendaciones del Grupo Asesor,[2] los miembros fueron seleccionados de tal forma que el Grupo reuniera las competencias de planificadores de políticas, expertos en salud pública y técnicos especializados en el ámbito de la gripe, todos ellos de reconocido prestigio internacional, a lo que se sumaban dos ex miembros del Grupo Asesor. En el Grupo de Examen, cuya composición figura en el Apéndice I, estaban representadas las seis regiones de la OMS y había un buen equilibrio entre hombres y mujeres.

El Grupo de Examen eligió como Presidenta a la Dra. Kaseba-Sata, y desde la reunión de agosto en adelante ejerció de Presidenta interina la Dra. Tam. Para secundar su labor el Grupo de Examen ha contado con una secretaría propia ubicada en la OMS.

Reuniones

El Grupo de Examen celebró cuatro encuentros en la sede de la OMS (Ginebra): del 30 de marzo al 1 de abril de 2016; del 9 al 11 de mayo de 2016; del 27 de junio al 1 de julio de 2016; y del 29 de agosto al 2 de septiembre de 2016. Además, celebró dos reuniones por teleconferencia: el 7 de enero de 2016 y el 19 de febrero de 2016. Los informes de todas estas reuniones están publicados en el sitio web de la OMS.[3] El Grupo de Examen y su secretaría mantuvieron múltiples consultas por correo electrónico.

---

[1] Grupo Asesor del Marco de PIP. Reunión extraordinaria del Grupo Asesor del Marco de Preparación para una Gripe Pandémica, 13-14 de octubre de 2015, Ginebra (Suiza). Informe para la Directora General. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2015 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB138/B138_21Add1-sp.pdf), consultado el 24 de septiembre de 2016.

[2] *Ibid.*

[3] Grupo de Examen del Marco de PIP. Examen de 2016 del Marco de PIP, informes de las reuniones del Grupo de Examen del Marco de PIP [en inglés]. En: Organización Mundial de la Salud [sitio web]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (http://www.who.int/influenza/pip/2016-review/meetings/en/), consultado el 20 de septiembre de 2016.

Después de la teleconferencia de febrero de 2016 y de las reuniones del Grupo de Examen de marzo de 2016, junio de 2016 y agosto de 2016 se invitó cada vez a representantes de los Estados Miembros a asistir a una reunión informativa y a una sesión de preguntas y respuestas en la sede de la OMS (Ginebra). Todas las partes interesadas, así como el gran público, tuvieron acceso a esos encuentros, transmitidos en directo por internet desde el sitio web de la OMS.[1]

El 30 de marzo de 2016 y el 29 de agosto de 2016, como parte de sus reuniones, el Grupo de Examen celebró en la sede de la OMS (Ginebra) consultas abiertas con los Estados Miembros, la sociedad civil y otras partes interesadas, sesiones abiertas que también fueron transmitidas en directo por internet desde el sitio web de la OMS.[1] En cada reunión abierta los participantes estaban invitados a efectuar declaraciones, plantear preguntas o someter memorandos por escrito.

Además, el 25 de mayo de 2016 la Presidenta del Grupo de Examen, Dra. Kaseba-Sata, presentó información actualizada sobre la labor del Grupo de Examen ante la 69.ª Asamblea Mundial de la Salud, presentación que también se pudo seguir en directo por internet.[2]

Obtención de información

El Grupo de Examen obtuvo información de una serie de informantes principales: Estados Miembros, representantes del SMVRG, la industria y la sociedad civil, administradores de bases de datos ligadas al tema y otros interlocutores, ya fuera entrevistándose con ellos o recibiendo sus aportaciones por escrito. En total, el Grupo de Examen se entrevistó con 40 informantes principales y recibió varias contribuciones escritas. En los «Agradecimientos» están relacionados todos estos informantes.

El Grupo de Examen estudió una serie de documentos e informes básicos, en particular: los informes de las reuniones del Grupo Asesor del Marco de PIP;[3] los informes anuales del Grupo Asesor para el Director General;[1] los informes bienales sobre el Marco de PIP elaborados por el Director General para el Consejo Ejecutivo de la OMS;[1] los informes anuales sobre la CP de 2014 y 2015;[4,5] el informe final de octubre de 2014

---

[1] *Ibid.*

[2] Dra. Christine Mwelwa Kaseba-Sata, Presidenta del Grupo de Examen. Informe actualizado sobre la labor del Grupo de Examen para la 69.ª Asamblea Mundial de la Salud. Comisión A, miércoles 25 de mayo de 2016, última sesión. En: Organización Mundial de la Salud [sitio web]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (http://www.who.int/mediacentre/events/2016/wha69/webstreaming/en/), consultado el 29 de septiembre de 2016.

[3] Grupo Asesor del Marco de PIP. Informes del Grupo Asesor del Marco de PIP [en inglés]. En: Organización Mundial de la Salud [sitio web]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (http://www.who.int/influenza/pip/2016-review/meetings/en/), consultado el 22 de septiembre de 2016.

[4] Marco de Preparación para una Gripe Pandémica, *Partnership Contribution Annual Report 2014*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161369/1/WHO_HSE_PED_GIP_PIP_2015.2_eng.pdf?ua=1&ua=1), consultado el 24 de septiembre de 2016.

[5] Marco de Preparación para una Gripe Pandémica, *Partnership Contribution Annual Report 2015*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246229/1/WHO-OHE-PED-2016.01-eng.pdf?ua=1), consultado el 24 de septiembre de 2016.

del TEWG;[1] el informe final de 2016 del Grupo de Trabajo Técnico sobre intercambio de datos de secuencias genéticas de virus de la gripe (TWG);[2] el borrador del estudio encargado en 2016 por la OMS sobre las repercusiones en la salud pública de la aplicación del Protocolo de Nagoya; y por último el informe de una consulta oficiosa de la OMS celebrada en 2015 sobre la respuesta a la vacuna antigripal en las primeras fases de una pandemia.[3]

El Grupo de Examen solicitó activamente información de los Estados Miembros y otras partes interesadas, para lo cual se puso en contacto por correo electrónico con las Misiones Permanentes ante la Oficina de las Naciones Unidas en Ginebra y con otras organizaciones competentes para invitarlas a expresar su opinión sobre el Marco de PIP. En el sitio web de la OMS dedicado al proceso de examen también se publicaron preguntas del Grupo de Examen dirigidas por separado a los Estados Miembros y a los demás interesados directos, a los que además se solicitaban respuestas y opiniones sobre cualquier otro aspecto ligado a la aplicación del Marco de PIP.[4]

En el curso de sus deliberaciones el Grupo de Examen se entrevistó con la Directora General, directores de programa, funcionarios de perfil técnico y de otra índole y representantes de las oficinas regionales de la OMS. En los «Agradecimientos» están relacionados estos informantes principales de la OMS. Los miembros del Grupo de Examen asistieron a reuniones de información técnica sobre varios aspectos del Marco de PIP: 1) las negociaciones del AMTM 2; 2) el SMVRG y el intercambio de virus; 3) recaudación e implantación de la CP; y 4) DSG. Aunque trabajaba independientemente, el Grupo de Examen solicitó información a su propia secretaría y a la secretaría del Marco de PIP y les pidió que elaborasen ciertos documentos técnicos por escrito. Asimismo, pidió aclaraciones sobre los interrogantes que fueron surgiendo mientras reunía información o preparaba su informe. El personal de la OMS facilitó respuestas por escrito a las preguntas formuladas por el Grupo de Examen y también departió oficiosa y abiertamente con sus miembros.

La Secretaría de la OMS facilitó una reseña sobre los progresos del GAP, los vínculos entre este y el Marco de PIP y la manera en que cabría dar continuidad al trabajo del GAP una vez este llegara a su término.

---

[1] Grupo Asesor del Marco de PIP, Grupo de Trabajo de Expertos Técnicos sobre datos de secuencias genéticas. *Final Report to the PIP Advisory Group*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2014 (http://www.who.int/influenza/pip/advisory_group/PIP_AG_Rev_Final_TEWG_Report_10_Oct_2014.pdf?ua=1), consultado el 19 de october 2016.

[2] Grupo Asesor del Marco de PIP, Grupo de Trabajo de Expertos Técnicos sobre intercambio de datos de secuencias genéticas de virus de la gripe. *Optimal Characteristics of and Influenza Genetic Sequence Data Sharing System under the PIP Framework*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (http://www.who.int/influenza/pip/advisory_group/twg_doc.pdf?ua=1), consultado el 22 de septiembre de 2016.

[3] *Influenza vaccine response during the start of a pandemic,* informe de una consulta informal de la OMS celebrada en Ginebra (Suiza) del 29 de junio al 1 de julio de 2015. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/207751/1/WHO_OHE_PED_GIP_2016.1_eng.pdf), consultado el 19 de septiembre de 2016.

[4] Examen de 2016 del Marco de PIP, Preguntas para los Estados Miembros, Preguntas para los interesados directos [en inglés]. En: Organización Mundial de la Salud [sitio web]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (http://www.who.int/influenza/pip/2016-review/en/), consultado el 19 de octubre de 2016.

Evaluación y elaboración de las recomendaciones

El Grupo de Examen dio comienzo a su labor efectuando un minucioso análisis del Marco de PIP y de los hitos y obstáculos que jalonan su aplicación. A fin de cubrir todos los aspectos contemplados en su mandato, los miembros del Grupo se dividieron en tres subgrupos, relativos a: 1) el intercambio de virus, tema que incluye los DSG; 2) la compartición de beneficios; y 3) gobernanza y vínculos con otros instrumentos. Cada uno de los subgrupos planteó una serie de interrogantes de interés y seleccionó a informantes principales con los que entrevistarse para obtener información con la que alimentar el proceso de examen y la subsiguiente elaboración de recomendaciones prácticas y viables.

El Grupo de Examen efectuó un análisis de ventajas, deficiencias, oportunidades y riesgos en relación con varios aspectos de la aplicación del Marco de PIP, en particular el intercambio de virus DSG, los AMTM 2, la recaudación e implantación de la CP, la gobernanza y los vínculos con otros instrumentos como el Protocolo de Nagoya, el RSI (2005) o la GHSA. Ese análisis ayudó a distinguir los factores que favorecen o lastran una aplicación fructífera del Marco de PIP y a definir una serie de resultados deseables y de proyectos de recomendación. Tras un análisis estratégico de cada proyecto de recomendación, se formularon, y después se pulieron, una serie de recomendaciones preliminares.

Con ánimo de suscitar observaciones, el 19 de agosto de 2016 se distribuyeron a los Estados Miembros y se publicaron en el sitio web de la OMS las conclusiones preliminares del Grupo de Examen.[1]

Examen de las recomendaciones

En noviembre de 2016 el Grupo de Examen entregó su informe final a la Directora General para que esta lo presentara a su vez al Consejo Ejecutivo de la OMS en enero de 2017 y a la Asamblea de la Salud en mayo de 2017.

---

[1] Grupo de Examen del Marco de PIP de 2016. *Preliminary Findings*. En: Organización Mundial de la Salud [sitio web]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (http://www.who.int/influenza/pip/2016-review/pip_review_group_prelim_findings.pdf?ua=1), consultado el 19 de octubre de 2016.

ANEXO 9

Proyecto de plan estratégico mundial quinquenal para mejorar la preparación y respuesta de salud pública 2018-2022: principios rectores[1]

[A70/16, anexo 2 – 18 de mayo de 2017]

Antecedentes

En el documento EB140/14 (Proyecto de plan mundial de aplicación de las recomendaciones del Comité de Examen sobre el papel del Reglamento Sanitario Internacional (2005) en el brote de ebola y en la respuesta que se le ha dado), la Secretaría afirmó que otorgaría gran importancia a la elaboración de un plan estratégico mundial quinquenal para mejorar la preparación y respuesta en materia de salud pública, con miras a presentarlo en mayo de 2018 a la 71.ª Asamblea Mundial de la Salud por conducto del Consejo Ejecutivo en su 142.ª reunión, en enero de 2018.

Alcance

El plan estratégico mundial quinquenal incluirá principios rectores y orientaciones estratégicas para la aplicación constante del Reglamento Sanitario Internacional (2005), con el fin de mejorar las capacidades mundiales, regionales y nacionales en lo que respecta a preparación, detección, evaluación y respuesta ante emergencias de salud pública que pudieran propagarse internacionalmente.

Principios rectores

El plan estratégico mundial quinquenal se elaborará sobre la base de 12 principios rectores interrelacionados, a saber:

1. Consultas

La elaboración del plan irá precedida de un proceso consultivo que se llevará a cabo entre mayo y noviembre de 2017 e incluirá consultas técnicas específicas, consultas con los Estados Miembros a través de la web, consultas técnicas regionales, y al menos una reunión informativa para los centros de enlace de las misiones permanentes ante la Oficina de las Naciones Unidas en Ginebra. El proyecto del plan se presentará al Consejo Ejecutivo en su 142.ª reunión, en enero de 2018, para que lo transmita a la 71.ª Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2018.

[1] Véase la decisión WHA70(11).

2. Implicación de los países

La creación y el mantenimiento de la capacidad en materia de seguridad sanitaria y preparación y respuesta para emergencias de salud pública son responsabilidades primordiales de los gobiernos nacionales. En ese proceso, los gobiernos tienen en cuenta sus contextos nacionales sanitarios, sociales, económicos, de seguridad y políticos, con miras a desarrollar y aplicar las capacidades adecuadas en los niveles nacional y subnacional.

3. Liderazgo y gobernanza de la OMS

El Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS guiará el desarrollo y la aplicación del plan estratégico mundial quinquenal de preparación y respuesta de salud pública. La Secretaría informará acerca de los progresos a los órganos deliberantes, en el marco de la presentación de informes periódicos sobre la aplicación y puesta en práctica del Reglamento Sanitario Internacional (2005).

4. Alianzas amplias

Muchos países solicitan asistencia técnica para evaluar y mejorar sus capacidades en materia de seguridad sanitaria y preparación para emergencias de salud pública. Numerosos asociados mundiales prestan apoyo a los países en las esferas de seguridad sanitaria y emergencias de salud pública. Según lo decidido por la 58.ª Asamblea Mundial de la Salud, la OMS coordinará sus actividades y cooperará, según proceda, con las siguientes entidades: Naciones Unidas, Organización Internacional del Trabajo, Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, Organismo Internacional de Energía Atómica, Organización de Aviación Civil Internacional, Organización Marítima Internacional, Comité Internacional de la Cruz Roja, Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, Asociación de Transporte Aéreo Internacional, Federación Naviera Internacional, y Oficina Internacional de Epizootias.[1] También se considerarán las posibilidades de cooperación con otros agentes no estatales y asociaciones industriales pertinentes.

5. Enfoque intersectorial

La respuesta a las amenazas contra la seguridad de la salud pública requiere un enfoque multisectorial coordinado (por ejemplo, con los sectores de agricultura, transporte, turismo y finanzas). Muchos países ya cuentan con plataformas o mecanismos de coordinación sanitaria, entre ellos el enfoque «Una salud». El plan estratégico mundial quinquenal hará hincapié en la importancia de planificar la preparación del área de salud pública en diversos sectores.

6. Integración con el sistema de salud

El brote de la enfermedad por el virus del Ebola hizo que la seguridad sanitaria y la resiliencia de los sistemas de salud se incluyeran entre las máximas prioridades de la agenda para el desarrollo. La integración de las capacidades básicas exigidas por el Reglamento Sanitario Internacional (2005) con las funciones esenciales de salud pública reforzará la seguridad sanitaria y los sistemas de salud, y con ello la resiliencia de los sistemas de salud.

---

[1] Resolución WHA58.3 (2005). Revisión del Reglamento Sanitario Internacional, disponible en http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58-REC1/spanish/REC1-Part5_sp.pdf (consultado el 1 de mayo de 2017).

7. Participación comunitaria

La preparación eficaz contra emergencias solo se puede lograr con la activa participación de gobiernos locales, organizaciones de la sociedad civil, dirigentes locales y ciudadanos particulares. Las comunidades deben comprometerse en su preparación y reforzarla para diversos tipos de emergencias, desde eventos locales o nacionales hasta pandemias y desastres.

8. Atención centrada en contextos frágiles: «solo somos tan fuertes como lo sea nuestro eslabón más débil»

Si bien el Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS apoya a todos los países en sus actividades de preparación y respuesta ante riesgos y emergencias de salud pública, se prestará la máxima atención a un grupo de países prioritarios en situaciones de fragilidad.[1] La identificación de países prioritarios tendrá en cuenta una evaluación de las capacidades nacionales básicas y otras evaluaciones de riesgos, por ejemplo, las realizadas con la metodología INFORM.[2]

9. Integración regional

Sobre la base del plan estratégico mundial quinquenal, las oficinas regionales de la OMS elaborarán planes regionales de aplicación, teniendo en cuenta los marcos y mecanismos regionales existentes, entre ellos el sistema integrado de vigilancia y respuesta sanitarias, una estrategia de la Oficina Regional para África;[3] la Estrategia de Asia y el Pacífico para las Enfermedades Emergentes, un marco estratégico común para las regiones de Asia Sudoriental y Pacífico Occidental;[4] Salud 2020, un marco normativo y una estrategia para la Región de Europa;[5] la Comisión Regional de Evaluación del Reglamento Sanitario Internacional (2005) establecida por el Comité Regional para el Mediterráneo Oriental;[6] y otras iniciativas regionales.

10. Financiación nacional

La sostenibilidad a largo plazo, la presupuestación y la financiación de las capacidades básicas necesarias para aplicar el Reglamento Sanitario Internacional (2005) se deberán apoyar, al menos parcialmente, con recursos nacionales. La OMS trabajará con los países para fomentar la asignación de recursos financieros nacionales a los planes de acción nacionales destinados a desarrollar y mantener las capacidades básicas de vigilancia y respuesta. En los países que necesiten recursos externos sustanciales, la Secretaría de la OMS contribuirá al fortalecimiento de mecanismos institucionales que permitan coordinar la cooperación internacional, sobre la base de los principios de cooperación eficaz para el

---

[1] Véase el documento UPDATE. WHO Health Emergencies Programme: progress and priorities. Financing dialogue. 31 de octubre de 2016, en http://www.who.int/about/finances-accountability/funding/financing-dialogue/whe-update.pdf?ua=1 (consultado el 1 de mayo de 2017).

[2] El INFORM Index for Risk Management es un instrumento para entender el riesgo planteado por las crisis y los desastres humanitarios, en http://www.inform-index.org/Portals/0/InfoRM/INFORM%20Global%20Results%20Report%202017%20FINAL%20WEB.pdf?ver=2016-11-21-164053-717 (consultado el 1 de mayo de 2017).

[3] http://www.afro.who.int/health-topics/integrated-disease-surveillance (consultado el 28 de septiembre de 2017).

[4] http://www.wpro.who.int/emerging_diseases/documents/docs/ASPED_2010.pdf?ua=1 (consultado el 1 de mayo de 2017).

[5] http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf?ua=1 (consultado el 1 de mayo de 2017).

[6] http://applications.emro.who.int/docs/RC62_Resolutions_2015_R3_16576_EN.pdf?ua=1 (consultado el 1 de mayo de 2017).

desarrollo (implicación de los países, atención centrada en los resultados, alianzas integradoras, transparencia y rendición de cuentas).[1]

11. Vinculación del plan estratégico mundial quinquenal con los requisitos del Reglamento Sanitario Internacional (2005)

El plan estratégico mundial quinquenal propondrá orientaciones estratégicas vinculadas a los pertinentes requisitos previstos en el RSI para los Estados Partes y la OMS, así como aspectos operacionales y técnicos voluntarios que no son requisitos impuestos por el Reglamento Sanitario Internacional (2005).

12. Atención centrada en los resultados, incluidos el seguimiento y la rendición de cuentas

El plan estratégico mundial quinquenal contará con su propio marco de seguimiento, con indicadores y plazos que se establecerán mediante un proceso de consultas y se utilizarán para la presentación de informes anuales sobre los progresos, a la Asamblea de la Salud.

[1] Global Partnership for Effective Development Cooperation – principles. Disponible en http://effective cooperation.org/about/principles/ (consultado el 1 de mayo de 2017).

ANEXO 10

Plan de acción mundial sobre la respuesta de salud pública a la demencia 2017-2025[1]

[A70/28, anexo – 3 de abril de 2017]

PANORAMA DE LA SITUACIÓN MUNDIAL

1. «Demencia» es un término genérico para referirse a varias enfermedades, en su mayoría progresivas, que afectan a la memoria, a otras capacidades cognitivas y al comportamiento, y que interfieren notablemente en la capacidad de la persona para llevar a cabo las actividades cotidianas. La forma más común de demencia es la enfermedad de Alzheimer, que puede representar entre un 60% y un 70% de los casos. Otras formas frecuentes son la demencia vascular, la demencia por cuerpos de Lewy y un grupo de enfermedades que contribuyen a la demencia frontotemporal. Los límites entre las distintas formas de demencia son difusos y frecuentemente coexisten formas mixtas.

2. En 2015, la demencia afectó a 47 millones de personas en todo el mundo (en torno al 5% de la población mundial de edad avanzada), cifra que se prevé que aumente a 75 millones en 2030 y a 132 millones en 2050. Estudios recientes estiman que cada año hay cerca de 9,9 millones de nuevos casos de demencia en todo el mundo, lo que significa que aparece un nuevo caso cada tres segundos. En la actualidad, casi el 60% de las personas con demencia vive en países de ingresos bajos y medianos, y se prevé que la mayoría de los nuevos casos (el 71%) se registren en esos países.[2,3]

3. Es importante señalar que aunque la edad sea el principal factor de riesgo conocido para la aparición de la demencia, esta no es una consecuencia inevitable del envejecimiento. Además, no afecta únicamente a personas mayores, pues cerca de un 9% de los casos corresponden a la demencia precoz (es decir, aquella cuyos síntomas comienzan a aparecer antes de los 65 años).[4] Algunas investigaciones han indicado la existencia de una relación entre la aparición del deterioro cognitivo y factores de riesgo relacionados con los modos de vida que se vinculan también a otras enfermedades no transmisibles, como la inactividad física, la obesidad, las dietas desequilibradas, el tabaquismo y el consumo nocivo de alcohol, así como la diabetes mellitus y la hipertensión en la madurez. Otros factores de riesgo potencialmente modificables que están relacionados en concreto con la demencia son la depresión en la edad madura, un nivel de instrucción bajo, el aislamiento social y la inactividad cognitiva. Además, existen factores de riesgo genéticos no modificables que aumentan el riesgo de que una per-

---

[1] Véase la decisión WHA70(17).

[2] OMS. The epidemiology and impact of dementia: Current state and future trends. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2015. Documento WHO/MSD/MER/15.3. Disponible en http://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/dementia_thematicbrief_epidemiology.pdf, (consultado el 8 de marzo de 2017).

[3] Prince M, Wimo A, Guerchet M, Ali GC, Wu Yutzu, Prina M. World Alzheimer Report 2015. The global impact of dementia: an analysis of prevalence, incidence, cost and trends. Londres, Enfermedad de Alzheimer Internacional, 2015.

[4] Enfermedad de Alzheimer Internacional y OMS. Demencia: una prioridad de salud pública. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2012 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/98377/1/9789275318256_spa.pdf?ua=1), consultado el 8 de marzo de 2017.

sona padezca demencia.[1] También existen pruebas de que en general hay más mujeres que hombres que sufren demencia.[2]

4. La demencia es una de las principales causas de discapacidad y dependencia entre las personas mayores del mundo entero, y tiene un enorme impacto no solo en las personas afectadas, sino también en los cuidadores, las familias y las sociedades. Es responsable del 11,9% de los años vividos con discapacidades debidas a enfermedades no transmisibles.[3] Teniendo en cuenta la mejora de la supervivencia a nivel mundial, se prevé que esa cifra siga aumentando.

5. La demencia produce un incremento de los costos de la atención crónica para los gobiernos, las comunidades, las familias y las personas, y una pérdida de productividad para las economías:

- En 2015, los costos de la atención de la demencia[4] se estimaron en US$ 818 000 millones, lo que equivale al 1,1% del producto interior bruto a nivel mundial; esa proporción varía entre el 0,2% en los países de ingresos bajos y medianos y el 1,4% en los de ingresos altos. Se estima que para 2030 el costo de la atención de las personas con demencia en todo el mundo habrá aumentado a US$ 2 billones, una cifra que podría socavar el desarrollo social y económico mundial y desbordar los servicios de atención sanitaria y social, y en particular los sistemas de atención crónica.[2]

- El costo de la atención sanitaria y social y la reducción o la pérdida de ingresos tienen un fuerte impacto económico en las personas con demencia y sus familiares. En los países de ingresos altos, los costos relacionados con la demencia se reparten entre la atención informal (45%) y la atención social (40%). En cambio, en los países de ingresos bajos y medianos los costos de la atención social (15%) pierden peso frente a los de la atención informal.[2] El incremento desmesurado de los casos de demencia previsto en los países de ingresos bajos y medianos contribuirá a que crezcan las desigualdades entre países y poblaciones.

6. Actualmente hay un gran desfase entre las necesidades de servicios de prevención, tratamiento y atención de la demencia y la prestación efectiva de esos servicios. La demencia está infradiagnosticada en todo el mundo y, cuando se establece un diagnóstico, este suele llegar en fases relativamente avanzadas de la enfermedad. Las vías de atención crónica (desde el diagnóstico hasta el final de la vida) para las personas con demencia son muchas veces fragmentarias, cuando no inexistentes. La razón se encuentra a menudo en la falta de conciencia y comprensión de la demencia, lo que conlleva la estigmatización de la enfermedad y obstáculos para el diagnóstico y la atención. Muchas veces no se respetan los derechos humanos de las personas con demencia, ni en la comunidad ni en los hogares residenciales. Además, las personas con demencia no siempre participan en los procesos de decisión, y sus deseos y preferencias en lo que respecta a los cuidados que reciben no se tienen en cuenta.

7. La OMS y el Banco Mundial calculan que para 2030 se necesitarán 40 millones de empleos nuevos en todo el mundo en el ámbito de la atención sanitaria y social, y unos 18 millones de profesionales sanitarios adicionales, sobre todo en entornos con escasos recursos, para lograr una cobertura

---

[1] Loy CT, Schofield PR, Turner AM, Kwok JBJ. Genetics of dementia. Lancet, 2014, 383(9919):828-840. DOI: http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60630-3.

[2] Prince M, Wimo A, Guerchet M, Ali GC, Wu Yutzu, Prina M. World Alzheimer Report 2015. The global impact of dementia: an analysis of prevalence, incidence, cost and trends. Londres, Enfermedad de Alzheimer Internacional, 2015.

[3] Prince M, Albanese E, Guerchet M, Prina M. World Alzheimer Report 2014. Dementia and Risk Reduction. An Analysis of Protective and Modifiable Risk Factors. Londres (Reino Unido), Alzheimer's Disease International, 2014 (http://www.alz.co.uk/ research/WorldAlzheimerReport2014.pdf); consultado el 8 de marzo de 2017.

[4] Costos médicos directos y de la asistencia social y costos de la atención formal e informal.

amplia y eficaz de todo el abanico de servicios de salud necesarios. Para hacer frente a la demencia será esencial aumentar las plantillas de trabajadores sanitarios y asistentes sociales con personas dotadas de la combinación apropiada de competencias, así como incrementar las intervenciones y los servicios disponibles, para poder prevenir, diagnosticar, tratar y atender los casos de demencia.

VISIÓN, OBJETIVOS Y PRINCIPIOS TRANSVERSALES

Visión

8. La visión del plan de acción mundial sobre la respuesta de salud pública a la demencia es lograr un mundo en el que se pueda prevenir la demencia y las personas con demencia y sus cuidadores vivan bien y reciban la atención y el apoyo que necesitan para realizar su potencial con dignidad, respeto, autonomía e igualdad.

Objetivo

9. El objetivo del plan de acción mundial es mejorar la vida de las personas con demencia, sus cuidadores y sus familiares, y reducir el impacto de la demencia sobre ellos y sobre las comunidades y los países.

Principios transversales

10. El plan de acción mundial está basado en los **siete principios transversales** siguientes:

a) **Derechos humanos de las personas con demencia.** Las políticas, los planes, las disposiciones legislativas, los programas, las intervenciones y las acciones deben respetar las necesidades, las expectativas y los derechos humanos de las personas con demencia, de conformidad con lo establecido en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y otros instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos.

b) **Empoderamiento y participación de las personas con demencia y sus cuidadores.** Debe dotarse a las personas con demencia, sus cuidadores y las organizaciones que los representan de capacidad de acción y decisión para que participen en las iniciativas de sensibilización, las políticas, la planificación, la adopción de disposiciones legislativas, la prestación de servicios, la vigilancia y las actividades de investigación relacionadas con la demencia.

c) **Prácticas basadas en pruebas científicas para la reducción del riesgo y la atención de la demencia.** Es importante formular estrategias y prácticas para la reducción del riesgo y la atención de la demencia que estén basadas en pruebas científicas y/o prácticas óptimas y que se centren en las personas, sean costoeficaces, sostenibles y asequibles y tengan en cuenta los principios de la salud pública y los aspectos culturales.

d) **Colaboración multisectorial en la respuesta de salud pública a la demencia.** Una respuesta integral y coordinada a la demencia requiere la colaboración de todas las partes interesadas para mejorar la prevención, la reducción de los riesgos, el diagnóstico, el tratamiento y la atención. Para que exista esa colaboración es necesaria la participación de todos los sectores públicos pertinentes a nivel gubernamental, como los sectores de la salud (en particular, el alineamiento de las iniciativas existentes en materia de enfermedades no transmisibles, salud mental y envejecimiento) y de los servicios sociales, la educación, el empleo, la justicia y la vivienda, así como el establecimiento de alianzas con las entidades pertinentes de la sociedad civil y el sector privado.

e) **Cobertura sanitaria y social universal para la demencia.** A la hora de diseñar y aplicar programas en favor de la cobertura sanitaria universal debe tenerse en cuenta la protección contra riesgos financieros y la importancia de garantizar a todas las personas con demencia y sus cuidadores un acceso equitativo a una amplia serie de servicios de promoción, prevención, diagnóstico y atención (incluidos los relacionados con los cuidados paliativos, la rehabilitación y el apoyo social).

f) **Equidad.** Todas las respuestas de salud pública que se apliquen en relación con la demencia deben favorecer la equidad de género y seguir una perspectiva de género, así como tener presentes todos los aspectos vulnerables propios de cada contexto nacional, conforme a lo establecido en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, en la que se reconoce la necesidad de empoderar a las personas vulnerables, en particular, las que padecen discapacidad, las personas mayores y los migrantes.

g) **Atención debida a la prevención, la curación y el cuidado de la demencia.** Para seguir este principio es necesario en particular aplicar los conocimientos y la experiencia existentes para mejorar la prevención, la reducción del riesgo, la atención y el apoyo prestado a las personas con demencia y sus cuidadores, y generar conocimientos nuevos dirigidos a encontrar tratamientos que modifiquen el curso de la enfermedad o la curen, intervenciones eficaces de reducción de riesgos y modelos innovadores de atención.

ACCIONES Y METAS PARA LOS ESTADOS MIEMBROS, LA SECRETARÍA Y LOS ASOCIADOS INTERNACIONALES, REGIONALES Y NACIONALES

11. La aplicación efectiva del plan de acción mundial sobre la respuesta de salud pública a la demencia requerirá acciones por parte de los Estados Miembros, la Secretaría y los asociados internacionales, regionales, nacionales y subnacionales. En función del contexto del país, esos asociados serán, entre otros, los siguientes:

- los organismos de desarrollo, como los organismos multilaterales internacionales (p. ej., la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), los organismos de las Naciones Unidas para el desarrollo y el Banco Mundial), los organismos regionales (p. ej., los bancos regionales de desarrollo), los organismos intergubernamentales subregionales y los organismos bilaterales de ayuda al desarrollo;

- las instituciones académicas y los organismos de investigación, como la red de centros colaboradores de la OMS para la salud mental, el envejecimiento, la discapacidad, los derechos humanos y los determinantes sociales de la salud, y otras redes conexas;

- la sociedad civil, incluidas las personas con demencia, sus cuidadores, sus familiares y las asociaciones que los representan, y otras organizaciones pertinentes;

- el sector privado, los seguros de enfermedad y los medios de comunicación.

12. Las funciones de esos cuatro grupos se superponen con frecuencia y pueden incluir múltiples actividades en las siguientes esferas: gobernanza, salud y servicios sociales; promoción de la comprensión de la demencia y prevención de la enfermedad; e información, pruebas científicas e investigaciones. Las evaluaciones nacionales de las necesidades y capacidades de los diferentes asociados serán esenciales para aclarar las funciones y acciones de los grupos de interesados directos.

13. Las metas que figuran en el presente plan de acción mundial se han definido para que se alcancen a nivel mundial. Cada Estado Miembro puede guiarse por esas metas generales a la hora de fijar sus propias metas nacionales, pero tomando en consideración las circunstancias propias. Cada Estado

Miembro decidirá también cómo deben adaptarse las metas generales a los procesos de planificación (como los sistemas de recopilación de datos), las políticas y las estrategias nacionales.

14. En el plan de acción mundial se reconoce que cada Estado Miembro se enfrenta a dificultades específicas para aplicar las acciones en estas esferas y, en consecuencia, se propone una serie de acciones que cada Estado Miembro tendrá que adaptar al contexto nacional.

Esferas de actuación

15. El plan de acción mundial comprende **siete esferas de actuación**, que constituyen su marco estructural:

1. La demencia como prioridad de salud pública.
2. Sensibilización y adaptación a la demencia.
3. Reducción del riesgo de demencia.
4. Diagnóstico, tratamiento, atención y apoyo de la demencia.
5. Apoyo a los cuidadores de las personas con demencia.
6. Sistemas de información sobre la demencia.
7. Investigación e innovación sobre la demencia.

Esfera de actuación 1: La demencia como prioridad de salud pública

16. Teniendo en cuenta los diversos sectores de la población que se ven afectados directa o indirectamente por la demencia y la complejidad de esta enfermedad, se requiere un enfoque de salud pública en el que participen el conjunto del gobierno y un amplio abanico de partes interesadas. Ese enfoque dará lugar a una respuesta integral por parte del sistema de atención sanitaria y social (tanto público como privado) y otros sectores gubernamentales, en la que participarán las personas con demencia y sus cuidadores y otros interesados y asociados pertinentes.

17. **Fundamento.** La elaboración y la coordinación de políticas, disposiciones legislativas, planes, marcos y programas integrados de atención de la demencia mediante un enfoque global y multisectorial contribuirán a que se reconozcan y aborden las complejas necesidades de las personas con demencia en el contexto de cada país. Ese enfoque se ajusta al principio de cobertura sanitaria universal y a las disposiciones de la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

18. **Meta mundial 1:** *El 75% de los países habrán elaborado o actualizado políticas, estrategias, planes o marcos nacionales sobre la demencia, bien independientes o integrados en otras políticas/planes, para el año 2025.*[1]

[1] En el apéndice de este anexo figuran el indicador y los medios de verificación de esta meta mundial.

ACCIONES PROPUESTAS PARA LOS ESTADOS MIEMBROS

19. Elaborar, fortalecer y aplicar estrategias, políticas, planes o marcos de ámbito nacional o subnacional sobre el tema de la demencia, que se recojan en instrumentos independientes o se integren en otras acciones previstas para las enfermedades no transmisibles, la salud mental, el envejecimiento y la discapacidad (o cuestiones similares). En esas iniciativas se deben tener en cuenta los principios de equidad y dignidad y los derechos humanos de las personas con demencia y prestar atención a las necesidades de sus cuidadores, en consulta con las personas con demencia y otros interesados pertinentes.

20. Promover mecanismos para vigilar la protección de los derechos humanos, el respeto de los deseos y las preferencias de las personas con demencia y la aplicación de las disposiciones legislativas pertinentes, de conformidad con los objetivos consignados en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y otros instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos. Esos mecanismos proporcionarán salvaguardias en relación con conceptos como los de capacidad jurídica, libre determinación, apoyo a la toma de decisiones y poderes, y en relación con la protección contra la explotación y el abuso en las instituciones y en la comunidad.

21. Crear un centro de coordinación, una unidad o una división funcional que se ocupe de la demencia o un mecanismo de coordinación dentro de la entidad del ministerio de salud (u organismo equivalente) encargada de las enfermedades no transmisibles, la salud mental o el envejecimiento, a fin de garantizar una financiación sostenible, líneas de responsabilidad claras respecto de la planificación estratégica, la aplicación, los mecanismos de colaboración multisectorial, la evaluación de los servicios, la vigilancia y el suministro de información sobre la demencia.

22. Destinar un volumen de recursos financieros sostenible y adecuado a las necesidades de servicios detectadas, así como los recursos humanos y de otro tipo necesarios para aplicar planes y acciones nacionales sobre la demencia, y establecer mecanismos para llevar un seguimiento de los gastos relacionados con la demencia en los sectores social y de la salud y otros sectores pertinentes, como los de la educación y el empleo.

ACCIONES PARA LA SECRETARÍA

23. Ofrecer asistencia técnica, instrumentos y orientaciones a los Estados Miembros, y fortalecer la capacidad nacional para:

- liderar, dentro de los ministerios de salud y otros sectores pertinentes, la elaboración, fortalecimiento y aplicación de estrategias y planes nacionales y/o subnacionales basados en datos científicos, así como las actividades multisectoriales asociadas de planificación de recursos, preparación de presupuestos y seguimiento de los gastos relacionados con la demencia;

- examinar y aplicar opciones basadas en datos científicos que se adapten a las necesidades y capacidades de los Estados Miembros, y evaluar el impacto sanitario de las políticas públicas sobre la demencia mediante el apoyo a asociados nacionales e internacionales y el establecimiento o el refuerzo de centros nacionales de referencia, centros colaboradores de la OMS y redes de intercambio de información;

- coordinar los programas sobre la demencia con los relacionados con las enfermedades no transmisibles asociadas a ella, el envejecimiento, la salud mental y los sistemas de salud, y con la prestación de servicios y los procesos destinados a garantizar la mayor sinergia posible y un uso óptimo de los recursos disponibles y los nuevos.

24. Recopilar e intercambiar conocimientos y prácticas óptimas sobre los documentos de política existentes que tratan de la demencia, como códigos de prácticas y mecanismos para supervisar la protección de los derechos humanos y la aplicación de la legislación, en consonancia con la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y otros instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos.

25. Promover y respaldar la colaboración y el establecimiento de alianzas con países a nivel internacional, regional y nacional para emprender acciones multisectoriales en la respuesta a la demencia respetando el principio de cobertura sanitaria universal. En la colaboración y las alianzas se debe incluir a todos los sectores pertinentes: los sectores de la salud, la justicia y los servicios sociales; la sociedad civil; las personas con demencia, sus cuidadores y familiares, y las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, los grupos interinstitucionales de las Naciones Unidas y las organizaciones intergubernamentales.

ACCIONES PROPUESTAS PARA LOS ASOCIADOS INTERNACIONALES, REGIONALES Y NACIONALES

26. Crear asociaciones y organizaciones de personas con demencia, sus familiares y cuidadores y fortalecer las existentes, y promover su colaboración con las organizaciones en el ámbito de la discapacidad (u otros) como asociados para la prevención y el tratamiento de la demencia.

27. Alentar el diálogo entre las asociaciones que representan a las personas con demencia, sus cuidadores y familiares, los profesionales sanitarios y las autoridades públicas, y tomar parte activamente en él, con miras a la reforma de las leyes, las políticas, las estrategias, los planes y los programas sociales y de salud relacionados con la demencia, prestando una atención especial a los derechos humanos de las personas con demencia y sus cuidadores, así como a su empoderamiento, su participación y su inclusión.

28. Respaldar la elaboración y la aplicación de políticas, disposiciones legislativas, estrategias y planes nacionales en materia de demencia, así como el reconocimiento de funciones y atribuciones oficiales a las personas con demencia y a sus cuidadores para que puedan influir en el proceso de elaboración, planificación y aplicación de políticas, leyes y servicios relacionados con la demencia.

Esfera de actuación 2: Sensibilización y adaptación a la demencia

29. Existe la creencia equivocada de que la demencia es una consecuencia natural e inevitable del envejecimiento, en lugar de un proceso patológico, lo que hace que surjan barreras para el diagnóstico y la atención. La falta de conocimiento hace también que las personas tengan miedo de padecer demencia y provoca estigmatización y discriminación. Además, muchas veces no se respetan los derechos humanos de las personas con demencia, ni en la comunidad ni en los hogares residenciales.

30. Los programas de sensibilización sobre la demencia deberían contribuir a fomentar un conocimiento exacto de la demencia y sus diversos subtipos como enfermedades clínicas, reducir la estigmatización y la discriminación asociadas a la demencia, dar a conocer los derechos humanos de las personas con demencia y la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, reforzar la capacidad de la población en general para reconocer los primeros síntomas y señales de demencia y aumentar los conocimientos del público sobre los factores de riesgo asociados a la demencia y, por tanto, promover modos de vida saludables y comportamientos que reduzcan los riesgos para todos.

31. Para que una sociedad esté adaptada a las personas con demencia, el entorno comunitario ha de ser integrador y accesible, y favorecer al máximo las oportunidades de todas las personas en relación con la salud, la participación y la seguridad, a fin de garantizar una buena calidad de vida y una situa-

ción digna a las personas con demencia, sus cuidadores y familiares. Los objetivos fundamentales que comparten las iniciativas destinadas a promover la adaptación a la demencia son: proteger los derechos humanos de las personas con demencia, afrontar la estigmatización asociada a la demencia, promover una mayor participación de las personas con demencia en la sociedad y prestar apoyo a los familiares y cuidadores de las personas con demencia. El concepto de adaptación a la demencia está estrechamente relacionado con el de sociedades adaptadas a las personas mayores. Tanto las iniciativas en favor de las personas mayores como las orientadas a las personas con demencia deberían tener en cuenta el hecho de que muchas personas mayores viven solas y a veces están muy aisladas.

32. Las campañas de sensibilización sobre la demencia y los programas de adaptación a la demencia diseñados en función del contexto cultural y las necesidades concretas de una comunidad pueden favorecer la obtención de mejores resultados sanitarios y sociales que reflejen los deseos y las preferencias de las personas con demencia, y mejorar la calidad de vida de las personas con demencia, sus cuidadores y la comunidad en su conjunto.

33. **Fundamento.** El aumento de la concienciación, la aceptación y el conocimiento de la demencia y la adaptación del entorno social a las personas con demencia habilitarán a estas para participar en la comunidad y lograr la máxima autonomía posible a través de una mayor participación social.

34. **Meta mundial 2.1:** *El 100% de los países tendrán en marcha al menos una campaña de sensibilización sobre la demencia, a fin de promover una sociedad inclusiva en este ámbito para el año 2025.*[1]

35. **Meta mundial 2.2:** *El 50% de los países contarán al menos con una iniciativa de adaptación a la demencia, a fin de promover una sociedad inclusiva en este ámbito para el año 2025.*[2]

ACCIONES PROPUESTAS PARA LOS ESTADOS MIEMBROS

36. En colaboración con las personas con demencia, sus cuidadores y las organizaciones que los representan, los medios de comunicación y otros interesados pertinentes, organizar campañas de salud pública y sensibilización a escala nacional y local para comunidades y culturas concretas. Esta acción conjunta permitirá que mejoren los conocimientos del público en general sobre la demencia, reducirá la estigmatización, romperá mitos, promoverá el diagnóstico precoz y pondrá de relieve la necesidad de que las respuestas tengan en cuenta las cuestiones de género y las características culturales y de que se reconozcan los derechos humanos y se respete la autonomía de las personas con demencia.

37. Apoyar el cambio de todos los aspectos del entorno social y construido, entre otras cosas, las instalaciones, los bienes y los servicios disponibles, de manera que sea más inclusivo y esté más adaptado a las personas mayores y a la demencia, y promueva el respeto y la aceptación de un modo que responda a las necesidades de las personas con demencia y sus cuidadores y garantice su participación, seguridad e inclusión.

38. Preparar programas, adaptados al contexto de que se trate, para alentar en la comunidad y en los sectores público y privado actitudes sensibles a las necesidades de las personas con demencia basadas en las experiencias de estas y sus cuidadores. Orientar esos programas a diferentes grupos y partes interesadas dentro de la comunidad, entre ellos: los escolares y sus profesores; la policía, el personal de ambulancias, las brigadas de bomberos y los proveedores de servicios de transporte, servicios financieros y otros servicios públicos; los organismos educativos y las organizaciones confesionales, y los voluntarios.

---

[1] En el apéndice de este anexo figuran el indicador y los medios de verificación de esta meta mundial.

[2] https://extranet.who.int/agefriendlyworld/ (consultado el 8 de marzo de 2017).

ACCIONES PARA LA SECRETARÍA

39. Brindar asistencia técnica a los Estados Miembros en el fortalecimiento de la capacidad mundial, regional y nacional para que:

- las personas con demencia, sus cuidadores y las organizaciones que los representan participen y sean incluidos en la toma de decisiones en el marco de los procesos internos de la OMS sobre cuestiones que los afectan;

- se seleccionen, formulen, apliquen y difundan prácticas óptimas de cara a la sensibilización y la reducción de la estigmatización y la discriminación de las personas con demencia.

40. Siguiendo el modelo de la Red Mundial de la OMS de Ciudades y Comunidades Adaptadas a las Personas Mayores y su sitio web,[1] integrar y vincular las iniciativas orientadas a las personas con demencia, mediante la documentación y la evaluación de las iniciativas existentes en este ámbito, con el fin de recoger y difundir datos sobre lo que funciona en diferentes contextos.

41. Favorecer el conocimiento y la comprensión de la demencia, de los derechos humanos de las personas que la padecen y de la función que desempeñan los familiares y otros cuidadores, así como mantener y estrechar los vínculos de colaboración con las organizaciones que representan a las personas con discapacidad y sus cuidadores.

42. Preparar directrices para los Estados Miembros sobre cómo poner en práctica, vigilar y evaluar las iniciativas orientadas a las personas con demencia.

ACCIONES PROPUESTAS PARA LOS ASOCIADOS INTERNACIONALES, REGIONALES Y NACIONALES

43. Tratar de que todas las partes interesadas participen en las actividades orientadas a:

- concienciar sobre la magnitud del impacto social y económico de la demencia;

- incluir a las personas con demencia, sus cuidadores y familiares en todos los aspectos del desarrollo y el fortalecimiento de los servicios que promueven la autonomía de las personas con demencia;

- proteger y promover los derechos humanos de las personas con demencia y prestar apoyo a sus cuidadores y familiares;

- corregir la situación de desigualdad de las personas vulnerables.

44. Velar por que las personas con demencia tomen parte en las actividades del conjunto de la comunidad y fomentar su participación cultural, social y cívica mediante el refuerzo de su autonomía.

45. Dar a conocer la preparación y aplicación de todos los programas destinados a sensibilizar sobre la demencia y hacer que las comunidades tengan más en cuenta e integren a las personas con demencia.

---

[1] https://extranet.who.int/agefriendlyworld/ (consultado el 8 de marzo de 2017).

Esfera de actuación 3: Reducción del riesgo de demencia

46. Cada vez hay más pruebas de la relación entre la demencia, por una parte, y las enfermedades no transmisibles y los factores de riesgo relacionados con los modos de vida, por otro. Entre esos factores de riesgo cabe citar la inactividad física, la obesidad, las dietas desequilibradas, el tabaquismo, el consumo nocivo de alcohol, la diabetes mellitus y la hipertensión en la madurez. Además, existen otros factores de riesgo modificables más específicos de la demencia, como el aislamiento social, un nivel de instrucción bajo, la inactividad cognitiva y la depresión en la madurez. El hecho de reducir el grado de exposición de individuos y poblaciones a esos factores de riesgo potencialmente modificables, desde la infancia y durante toda la vida, puede reforzar la capacidad de esos individuos y poblaciones para elegir opciones más saludables y adoptar modos de vida que favorezcan la buena salud.

47. Hay un creciente consenso con respecto al hecho de que las siguientes medidas garantizan protección y pueden reducir el riesgo de deterioro cognitivo y demencia: aumento de la actividad física, prevención y reducción de la obesidad, promoción de las dietas equilibradas y saludables, abandono del consumo de tabaco y el uso nocivo de alcohol, interacción social, fomento de las actividades y el aprendizaje cognitivamente estimulantes, así como prevención y gestión de la diabetes, la hipertensión (sobre todo en la madurez) y la depresión.

48. **Fundamento.** La mejora de la capacidad de los profesionales de la atención sanitaria y social para llevar a cabo intervenciones dirigidas a la población general, de carácter multisectorial, basadas en datos científicos y que tengan en cuenta las cuestiones de género y las características culturales, así como para educar acerca de los factores de riesgo modificables que la demencia comparte con otras enfermedades no transmisibles y gestionar proactivamente esos factores, puede traducirse en una reducción de los casos de demencia o en un retraso en la progresión de esta.

49. **Meta mundial 3:** *Las metas mundiales pertinentes fijadas en el Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020, y cualquier revisión futura, se alcanzarán con el fin de reducir riesgos y serán notificadas.*[1]

ACCIONES PROPUESTAS PARA LOS ESTADOS MIEMBROS

50. Vincular la demencia con los programas, políticas y campañas de distintos sectores pertinentes dirigidos a la reducción del riesgo de otras enfermedades no transmisibles y la promoción de la salud mediante el fomento de la actividad física y una dieta saludable y equilibrada. Cabe citar en concreto el control del peso de las personas obesas, el abandono del tabaquismo y del consumo nocivo de alcohol, la educación formal y las actividades estimulantes a nivel mental, así como la interacción social a lo largo de toda la vida, en consonancia con el principio de equilibrio entre prevención y atención.

[1] Véase el documento WHA66/2013/REC/1, anexo 4, disponible en http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66-REC1/A66_REC1-sp.pdf#page=137, (consultado el 20 de septiembre 2017).

51. Preparar, realizar y promocionar intervenciones y actividades de formación, basadas en datos científicos y que tengan en cuenta la edad, las cuestiones de género, la discapacidad y las características culturales, dirigidas a los profesionales de la salud, especialmente del sistema de atención primaria, para que los conocimientos teóricos y prácticos de esos profesionales mejoren, y gestionar de forma dinámica los factores de riesgo modificables de la demencia en las actividades de asesoramiento sobre la reducción de riesgos. Actualizar periódicamente dichas intervenciones a medida que se conozcan nuevos datos científicos.

ACCIONES PARA LA SECRETARÍA

52. En conexión con las acciones previstas en el Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020, la Secretaría ofrecerá apoyo técnico y reforzará la capacidad y la preparación a nivel mundial, regional y nacional para:

- dar a conocer los vínculos existentes entre la demencia y otras enfermedades no transmisibles;
- integrar la reducción y el control de los factores de riesgo modificables de la demencia en los procesos de planificación sanitaria nacional y las agendas de desarrollo;
- apoyar la formulación y aplicación de intervenciones multisectoriales y científicamente contrastadas para reducir el riesgo de demencia.

53. Fortalecer los fundamentos científicos y compartirlos y difundirlos para apoyar intervenciones dirigidas a reducir los factores de riesgo modificables de la demencia mediante la creación de una base de datos científicos disponibles sobre la prevalencia de esos factores de riesgo y las consecuencias de reducirlos.

ACCIONES PROPUESTAS PARA LOS ASOCIADOS INTERNACIONALES, REGIONALES Y NACIONALES

54. Animar a todas las partes interesadas a participar en las actividades orientadas a:

- promover e incorporar a nivel nacional, regional e internacional estrategias poblacionales de salud para todas las edades, que tengan en cuenta las cuestiones de género y se basen en la equidad, con el fin de respaldar un modo de vida sano y activo a nivel físico, mental y social para todas las personas, incluidas las que padecen demencia y sus cuidadores;
- adoptar medidas concretas que se haya demostrado que reducen el riesgo de demencia, sobre todo en la edad madura;
- respaldar las actividades nacionales de prevención y control de las enfermedades no transmisibles en general y de la demencia en particular, por ejemplo, mediante el intercambio de información sobre prácticas óptimas basadas en datos científicos y la difusión de los resultados de las investigaciones.

Esfera de actuación 4: Diagnóstico, tratamiento, atención y apoyo de la demencia

55. La demencia está asociada a necesidades complejas y a altos niveles de dependencia y morbilidad en su etapa final, lo que implica la necesidad de todo un abanico de servicios de atención sanitaria y social, incluida la atención crónica. Las personas con demencia también tienen menos probabilidades de que se les diagnostiquen afecciones comórbidas –las cuales, si no se tratan, pueden provocar un deterioro más rápido– y de que reciban la atención y el apoyo que necesitan para combatirlas. Entre los servicios que precisan figuran los de detección de casos, diagnóstico, tratamiento (farmacológico y psicosocial), rehabilitación, cuidados paliativos y terminales y otro tipo de servicios de apoyo, como los relacionados con la ayuda domiciliaria, el transporte, la alimentación y la estructuración de la jornada en torno a actividades significativas.

56. Las personas con demencia deberían estar habilitadas para vivir en la comunidad y recibir una atención que se ajuste a sus deseos y preferencias. Para que esas personas puedan mantener un nivel de capacidad funcional acorde con sus derechos básicos y libertades fundamentales y con la dignidad humana, necesitan una atención sanitaria y social (incluida atención crónica) integrada, centrada en las personas, accesible y asequible. La atención crónica abarca todas las actividades, independientemente de si se llevan a cabo en el marco de servicios de atención sanitaria y social o paliativa o en un entorno adaptado a la demencia. Los cuidados paliativos son un componente esencial de la cadena asistencial para las personas con demencia, desde el momento del diagnóstico hasta el final de la vida, así como en las etapas de duelo de familiares y cuidadores. Proporcionan apoyo físico, psicosocial y espiritual a las personas con demencia y sus cuidadores, incluido apoyo a la planificación anticipada de la atención.

57. En el plan de acción mundial se proponen algunos principios para organizar y desarrollar la atención sanitaria y social, en particular el sistema de atención crónica de la demencia. Para poder prestar una atención sostenible a lo largo de toda la cadena asistencial, desde el momento del diagnóstico hasta el final de la vida, se necesitan: un diagnóstico oportuno; la integración del tratamiento y la atención de la demencia en la atención primaria; la continuidad coordinada de la atención sanitaria y social, incluida la atención crónica, entre los distintos dispensadores y niveles del sistema, y la colaboración multidisciplinaria y la cooperación activa entre los cuidadores remunerados y no remunerados. A la hora de planificar las respuestas y las actividades de recuperación en los casos de emergencias humanitarias hay que velar por que las personas con demencia tengan acceso a apoyo individualizado y apoyo psicosocial comunitario.

58. Hacen falta trabajadores con la debida preparación y competencias para llevar a cabo esas intervenciones. Es crucial que exista una continuidad entre los distintos dispensadores de atención y los múltiples sectores y niveles del sistema, así como una colaboración activa entre cuidadores remunerados y no remunerados, desde los primeros síntomas hasta el final de la vida. Se requiere una atención integrada, basada en datos científicos y centrada en las personas en todos los entornos en que se encuentren los afectados por la demencia, ya se trate del hogar, la comunidad, una vivienda asistida, una residencia asistida, un hospital o un centro geriátrico. Las complejas necesidades de las personas con demencia suponen a menudo un reto para las competencias y la capacidad del personal y los servicios que las atienden.

59. **Fundamento.** Se pueden atender las necesidades y preferencias de las personas con demencia y respetar la autonomía de esas personas desde la fase de diagnóstico hasta el final de la vida a través de sistemas integrados de apoyo y atención sanitaria, psicosocial y crónica centrados en las personas, culturalmente apropiados y de base comunitaria y, cuando proceda, con las aportaciones de familiares y cuidadores.

60. **Meta mundial 4:** *Por lo menos en el 50% de los países, como mínimo el 50% de las personas que se calcula que padecen demencia estarán diagnosticadas*[1]*para el año 2025.*[2]

ACCIONES PROPUESTAS PARA LOS ESTADOS MIEMBROS

61. Desarrollar una vía de atención eficaz y coordinada para las personas con demencia, que esté asentada en el sistema de atención sanitaria y social (incluida la atención crónica), para proporcionar, cuando sea necesario, una atención integrada y centrada en las personas. La vía de atención debe garantizar una atención y una gestión de calidad que integre múltiples servicios, entre ellos, de atención primaria de salud, atención domiciliaria, atención crónica, atención médica especializada, rehabilitación y cuidados paliativos, y servicios de ayuda domiciliaria, alimentación y transporte, otros servicios de bienestar social y actividades significativas, en un conjunto coherente que potencie la capacidad y las habilidades funcionales de las personas con demencia.

62. Desarrollar los conocimientos teóricos y prácticos del personal sanitario especializado y no especializado para que pueda dispensar a las personas con demencia servicios de atención sanitaria y social, incluidos servicios de atención crónica, basados en datos científicos, culturalmente apropiados y regidos por los derechos humanos. (Los mecanismos previstos pueden incluir la enseñanza de competencias básicas para el diagnóstico, el tratamiento y la atención de la demencia en los programas de formación médica y paramédica de grado y de posgrado, y el establecimiento de programas de formación continua para todos los profesionales que dispensan atención sanitaria y social, en colaboración con interesados clave, como los organismos reguladores). Destinar partidas presupuestarias y recursos a la capacitación en el servicio de esos profesionales, o incluir esas partidas presupuestarias y recursos en programas concretos.

63. Mejorar la calidad de la atención hacia el final de la vida gracias a las siguientes medidas: reconocer que la demencia en fase avanzada requiere cuidados paliativos; promover la toma de conciencia con respecto a la planificación anticipada de la atención a fin de que todas las personas con demencia puedan dejar constancia de sus deseos para el final de su vida; utilizar vías validadas para el final de la vida, y garantizar que las personas con demencia vean respetados sus valores y preferencias y sean atendidas en el lugar que prefieran, e impartir formación a los profesionales sanitarios y los especialistas en cuidados paliativos.

64. En lugar de atender al paciente en hospitales, privilegiar sistemáticamente la atención en centros de atención comunitaria y a través de redes multidisciplinarias y comunitarias que integren sistemas sociales y de salud y ofrezcan una atención de calidad e intervenciones basadas en datos científicos.

65. Promover el acceso a servicios adaptables y centrados en las personas, que tengan en cuenta las cuestiones de género y sean culturalmente apropiados, entre otras cosas, mediante la colaboración con organizaciones no gubernamentales locales y otras partes interesadas, para facilitar a las personas con demencia la información que necesitan para tomar decisiones fundamentadas acerca de la atención que reciben. Se trata de que se respeten los derechos y preferencias de las personas con demencia y se promueva una colaboración activa entre ellas, sus familiares y cuidadores y los dispensadores de atención, desde el momento en que aparecen los primeros síntomas hasta el final de la vida.

---

[1] Todas las personas que son diagnosticadas deberían recibir atención sanitaria y social adecuada después del diagnóstico.

[2] En el apéndice de este anexo figuran el indicador y los medios de verificación de esta meta mundial.

ACCIONES PARA LA SECRETARÍA

66. Brindar apoyo técnico a los Estados Miembros para la documentación y el intercambio de prácticas óptimas de prestación de servicios basados en datos científicos y atención coordinada, y ayudar a los Estados Miembros a crear vías de atención de la demencia, en consonancia con el principio de la cobertura sanitaria universal.

67. Elaborar y aplicar directrices, instrumentos y materiales didácticos, como planes modelo de formación sobre competencias básicas en relación con la demencia, para los agentes de atención sanitaria y social que trabajan sobre el terreno. Ayudar a los Estados Miembros a formular estrategias relativas a los recursos humanos dedicados a la demencia, en las que se identifiquen las deficiencias, las necesidades concretas y los requisitos de formación de los trabajadores sanitarios y sociales, así como los estudios de grado y posgrado sobre la prestación integrada de atención crónica centrada en las personas desde el momento del diagnóstico hasta el final de la vida.

68. Prestar asesoramiento para reforzar la aplicación de la parte relacionada con la demencia del Programa de acción para superar la brecha en salud mental de la OMS,[1] con objeto de desarrollar la capacidad de los recursos humanos existentes y formar a más personal, y de mejorar la capacidad de dispensar una atención de calidad y llevar a cabo intervenciones basadas en datos científicos a través de la atención primaria de salud.

ACCIONES PROPUESTAS PARA LOS ASOCIADOS INTERNACIONALES, REGIONALES Y NACIONALES

69. Apoyar a las personas con demencia y a sus familiares y cuidadores, por ejemplo, mediante la elaboración de instrumentos de fácil consulta y basados en datos científicos que proporcionen formación e información relacionada con la demencia y con los servicios disponibles para obtener un diagnóstico oportuno y mejorar la prestación sostenida de atención a largo plazo, o mediante la creación de servicios de asistencia telefónica y sitios web que ofrezcan información y consejos a nivel local.

70. Respaldar la formación de los profesionales de la atención sanitaria y social para proporcionar a las personas con demencia tratamiento y atención basados en datos científicos, preparando actividades de formación que se ajusten a las necesidades, ayudando a las instituciones de enseñanza a revisar el contenido de sus currículos para conceder mayor atención a la demencia y velando por que las personas con demencia participen, según proceda, en el proceso de elaborar e impartir la formación teórica y práctica.

71. Promover la rehabilitación en la comunidad como estrategia eficaz para que las personas con demencia sean capaces de preservar su autonomía y sus derechos y para prestarles apoyo a ese respecto, y velar por que esas personas sigan estando en el centro de todos los debates relativos al diagnóstico, el tratamiento y la atención de su enfermedad.

Esfera de actuación 5: Apoyo a los cuidadores de las personas con demencia

72. Los cuidadores pueden definirse por su relación con la persona con demencia y el tipo de atención que aportan. Muchos cuidadores de personas con demencia son familiares próximos o lejanos, pero también hay amigos cercanos, vecinos, no profesionales remunerados y voluntarios que se encargan de cuidar a esas personas. Los cuidadores participan en la prestación de «atención directa» y apo-

[1] Véase http://www.who.int/mental_health/mhgap/es/ (consultado el 8 de marzo de 2017).

yo a las personas con demencia o desempeñan una función importante en la organización de la atención prestada por otros. Los cuidadores suelen conocer bien a la persona con demencia y, por ende, es probable que dispongan de conocimientos e informaciones sobre ella fundamentales para la elaboración de planes eficaces de atención y tratamiento personalizados basados en las necesidades. Así pues, los cuidadores deben ser tratados en todos los contextos como colaboradores fundamentales en la planificación y prestación de atención, conforme a los deseos y necesidades de la persona con demencia.

73. Cabe señalar que cuidar a una persona con demencia puede afectar a la salud física y mental del cuidador, así como a su bienestar y sus relaciones sociales. Los sistemas de prestación de atención de salud deben tener en cuenta tanto la necesidad fundamental de las personas con demencia de recibir ayuda de otros, como las importantes repercusiones que esto conlleva para sus cuidadores y familiares, entre otros, desde el punto de vista económico. Los cuidadores deben tener acceso a sistemas de apoyo y servicios adaptados a sus necesidades que les permitan afrontar y gestionar con eficacia las demandas físicas, mentales y sociales de su función de cuidadores.

74. **Fundamento.** La elaboración y puesta en práctica de medios para proporcionar a nivel multisectorial atención, apoyo y servicios a los cuidadores contribuirá a atender a las necesidades de estos y a evitar que se deteriore su salud física y mental y su bienestar social.

75. **Meta mundial 5:** *El 75% de los países dispondrán de programas de apoyo y formación para los cuidadores y los familiares de las personas con demencia para el año 2025.*[1]

ACCIONES PROPUESTAS PARA LOS ESTADOS MIEMBROS

76. Ofrecer información accesible y basada en datos científicos, programas de capacitación, servicios de relevo y otros recursos adaptados a las necesidades de los cuidadores para que mejoren los conocimientos teóricos y prácticos de estos para prestar cuidados (p. ej., para hacer frente a comportamientos difíciles), a fin de que las personas con demencia puedan vivir en la comunidad y evitar que sus cuidadores padezcan estrés y problemas de salud.

77. Ofrecer programas de formación para el personal de atención sanitaria y social dirigidos a detectar y reducir el estrés y el agotamiento de los cuidadores.

78. Adoptar medidas para proteger a los cuidadores o reforzar las existentes, como prestaciones sociales y por discapacidad, adopción de políticas y disposiciones legislativas contra la discriminación, por ejemplo en el empleo, así como prestarles apoyo en su labor de cuidadores en todas las situaciones.

79. Hacer participar a los cuidadores en la planificación de los cuidados, concediendo atención a los deseos y preferencias de las personas con demencia y sus familiares.

ACCIONES PARA LA SECRETARÍA

80. Reunir datos probatorios sobre la importancia de los cuidadores en la vida de las personas con demencia, y señalar claramente este hecho, concienciando sobre la carga desproporcionada asumida por las mujeres en este terreno, y ofrecer apoyo a los Estados Miembros mediante el seguimiento de las tendencias relativas a la disponibilidad de servicios de apoyo a los cuidadores. Ayudar a los Estados Miembros a generar información basada en datos científicos, programas de capacitación y servicios de relevo para los cuidadores, utilizando un enfoque multisectorial, y promover la medición de los resultados.

---

[1] En el apéndice de este anexo figuran el indicador y los medios de verificación de esta meta mundial.

81. Facilitar el acceso a recursos accesibles y basados en datos científicos para que los cuidadores amplíen sus conocimientos y competencias, tengan menos estrés emocional, refuercen su capacidad para hacer frente a la enfermedad y mejoren su autoeficacia y su salud, utilizando tecnologías de la información y las comunicaciones, como el internet y la telefonía móvil (p. ej. WHOiSupport[1]) para ofrecer formación teórica y práctica y apoyo social.

ACCIONES PROPUESTAS PARA LOS ASOCIADOS INTERNACIONALES, REGIONALES Y NACIONALES

82. Promover la toma de conciencia sobre la participación, y las consecuencias de la participación, de los cuidadores y los familiares en la vida de las personas con demencia, y sobre la importancia de proteger a los cuidadores y los familiares contra la discriminación, de prestarles apoyo para que puedan seguir proporcionando cuidados teniendo en cuenta las cuestiones de género y de brindarles oportunidades de aprender a desenvolverse y defenderse por sí mismos para que puedan resolver con eficacia sus problemas de acceso a los servicios de salud y sociales, incluidos los de atención crónica.

83. Ayudar a crear programas de formación apropiados para mejorar los conocimientos teóricos y prácticos de los cuidadores y familiares sobre la evolución de la demencia, y para promover la adopción de un enfoque centrado en la persona, cuyo fin es promover el respeto y el bienestar.

Esfera de actuación 6: Sistemas de información sobre la demencia

84. La vigilancia sistemática y periódica de un conjunto básico de indicadores de la demencia entre la población permite disponer de los datos necesarios para orientar las acciones basadas en pruebas científicas que tienen por objeto mejorar los servicios y medir los progresos en la aplicación de las políticas nacionales sobre la demencia. El desarrollo y el refuerzo de los sistemas de información sobre la demencia pueden mejorar las trayectorias funcionales de las personas con demencia, sus cuidadores y sus familiares. Sin embargo, ello requerirá introducir cambios importantes —sin dejar de respetar los marcos de reglamentación existentes— en los procesos sistemáticos de recopilación, registro, vinculación y desglose para el intercambio de datos sanitarios y administrativos sobre cada encuentro de una persona con demencia con el sistema de atención sanitaria y social.

85. **Fundamento.** La vigilancia y evaluación sistemáticas del uso de los sistemas de atención sanitaria y social pueden proporcionar los mejores datos sobre los que basar la elaboración de políticas y la prestación de servicios y permiten mejorar la prevención y la accesibilidad y coordinación de la atención de las personas con demencia en todo el proceso asistencial, desde la reducción de riesgos hasta el final de la vida.

86. **Meta mundial 6:** *El 50% de los países recopilarán sistemáticamente cada dos años un conjunto básico de indicadores sobre la demencia a través de sus sistemas nacionales de información sanitaria y social para el año 2025.*[2]

[1] WHO iSupport: programa electrónico de la OMS de apoyo a los cuidadores de personas con demencia (http://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/isupport/en/), consultado el 8 de marzo de 2017.

[2] En el apéndice de este anexo figuran el indicador y los medios de verificación de esta meta mundial.

ACCIONES PROPUESTAS PARA LOS ESTADOS MIEMBROS

87. Crear, aplicar y reforzar, según sea necesario, sistemas nacionales de vigilancia y seguimiento, incluidos registros, que estén integrados en los sistemas existentes de información sanitaria, con el fin de mejorar la disponibilidad de datos multisectoriales y de calidad sobre la demencia. Posibilitar el acceso a los datos sobre atención sanitaria y social y a una cartografía de los servicios y recursos disponibles a nivel nacional y regional para mejorar la prestación y la cobertura de los servicios en todo el proceso asistencial, desde la prevención y la reducción de riesgos hasta el final de la vida.

88. Actualizar o crear políticas o disposiciones legislativas de apoyo con respecto a la medición, la recopilación y el intercambio de datos sobre la atención sanitaria y social relacionada con la demencia, e integrar sistemáticamente esa información en el sistema nacional de información sanitaria para facilitar el suministro periódico de información sobre la demencia.

89. Recopilar y utilizar los datos necesarios sobre la situación epidemiológica, la atención y los recursos relacionados con la demencia en el país, para aplicar los planes y políticas pertinentes.

ACCIONES PARA LA SECRETARÍA

90. Brindar asistencia técnica a los Estados Miembros para:

- crear y/o reformar los sistemas nacionales de recopilación de datos, incluidos los sistemas de información sanitaria, con el fin de reforzar la recopilación de datos sobre la demencia a nivel multisectorial;

- incrementar la capacitación y los recursos nacionales que se destinan a la recopilación, el análisis y la utilización sistemáticos de datos específicos sobre la demencia mediante el establecimiento de metas e indicadores que tengan en cuenta las circunstancias del país, pero que se alineen en la mayor medida posible con los indicadores y las metas del marco mundial de vigilancia.

91. Elaborar un conjunto básico de indicadores que estén en consonancia con el presente plan de acción y proporcionar orientación, formación y asistencia técnica sobre la obtención de información y la facilitación del uso de esos datos para vigilar los resultados. El Observatorio Mundial de la Demencia de la OMS proporciona un mecanismo para vigilar sistemáticamente y facilitar el uso de los datos obtenidos a partir de esos indicadores básicos, y ofrece una plataforma para el intercambio de datos y conocimientos que respaldarán la planificación de servicios sobre la base de datos científicos, la puesta en común de información sobre las mejores prácticas y el refuerzo tanto de las políticas sobre la demencia como de los sistemas de atención sanitaria y social.

92. Proporcionar apoyo técnico a los Estados Miembros para la vigilancia de todas las metas mundiales, regionales y nacionales, según sea oportuno, a través del Observatorio Mundial de la Demencia de la OMS.

ACCIONES PROPUESTAS PARA LOS ASOCIADOS INTERNACIONALES, REGIONALES Y NACIONALES

93. Prestar apoyo a los Estados Miembros y la Secretaría en la creación de instrumentos y el refuerzo de la capacidad de los sistemas de vigilancia e información para obtener datos sobre los indicadores básicos relativos a la demencia; supervisar los servicios de atención sanitaria y social y de apoyo a las personas con demencia, sus cuidadores y sus familiares, y hacer posible una evaluación de las tendencias que se manifiestan a lo largo del tiempo.

94. Propugnar la participación de las personas con demencia, sus cuidadores y familiares en la creación, la recopilación, el análisis y la utilización de datos relativos a la demencia.

Esfera de actuación 7: Investigación e innovación sobre la demencia

95. Si se quiere reducir la incidencia de la demencia y mejorar las vidas de las personas que la padecen, es esencial llevar a cabo actividades de investigación e innovación y aplicar sus resultados a las prácticas cotidianas. No solo es importante disponer de la financiación y las infraestructuras adecuadas para la investigación y la innovación en este ámbito, sino que también deben existir los mecanismos necesarios para obtener una participación adecuada de personas con demencia, sus cuidadores y sus familiares en las investigaciones. Los gastos de las actividades de investigación y desarrollo relacionadas con la demencia son mayores que los correspondientes a otras áreas terapéuticas, debido a que las tasas de éxito son menores, la fase de desarrollo más larga y las tasas de participación en los ensayos más bajas, todo lo cual desalienta la inversión en esta esfera. Es preciso realizar investigaciones para tratar de encontrar una cura para la demencia, pero igualmente necesarias son las investigaciones sobre prevención, reducción de riesgos, diagnóstico, tratamiento y atención, que abarcan disciplinas como las ciencias sociales, la salud pública y las investigaciones sobre la aplicación.

96. La colaboración entre los Estados Miembros y entre estos y los interesados pertinentes, con una atención especial al refuerzo de la cooperación Norte-Sur, Sur-Sur y triangular, para poner en práctica un programa estratégico coordinado a escala mundial para las investigaciones sobre la demencia, hará que crezcan las probabilidades de alcanzar progresos efectivos en todo el mundo de cara al logro de una prevención, un diagnóstico, un tratamiento y una atención mejores de las personas con demencia.

97. Cada vez despierta más interés, y es también más necesario, el uso de tecnologías sanitarias innovadoras en la prevención, la reducción de riesgos, el diagnóstico temprano, el tratamiento, la atención y el apoyo relacionados con la demencia. Esas innovaciones tienen por objeto mejorar los conocimientos, las competencias y los mecanismos para hacer frente a la enfermedad, a fin de apoyar y hacer más fácil la vida cotidiana de las personas con demencia y sus cuidadores y al mismo tiempo atender las necesidades observadas a partir de datos probatorios y teniendo en cuenta la edad, el sexo y las características culturales.

98. **Fundamento.** El éxito en la aplicación de investigaciones e innovaciones sociales y tecnológicas estratégicas sobre la demencia puede aumentar la probabilidad de lograr avances efectivos en la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la atención en beneficio de las personas con demencia.

99. **Meta mundial 7:** *Los resultados de actividades mundiales de investigaciones sobre la demencia se duplicarán entre 2017 y 2025.*[1]

ACCIONES PROPUESTAS PARA LOS ESTADOS MIEMBROS

100. Formular, poner en práctica y vigilar la aplicación de un programa nacional de investigación sobre prevención, diagnóstico, tratamiento y atención de las personas con demencia, en colaboración con instituciones académicas y de investigación. Este trabajo se podría realizar como actividad independiente o como parte de programas de investigación conexos cuyo objetivo principal sea subsanar las deficiencias en materia de datos científicos para respaldar las políticas o las prácticas. Habría que fortalecer la capacidad investigadora para llevar a cabo colaboraciones académicas en las áreas prioritarias nacionales de investigación sobre la demencia, con la participación de las partes interesadas

[1] En el apéndice de este anexo figuran el indicador y los medios de verificación de esta meta mundial.

pertinentes, incluidas las personas con demencia. Algunas de las medidas concretas podrían consistir en la mejora de las infraestructuras para la investigación sobre la demencia y temas relacionados, el refuerzo de las competencias de los investigadores para que puedan llevar a cabo estudios de gran calidad y la creación de centros de excelencia dedicados a la investigación sobre la demencia.

101. Aumentar las inversiones en investigación sobre la demencia y en tecnologías sanitarias innovadoras y mejorar la gobernanza de las actividades de investigación, como parte integrante de la respuesta nacional a la demencia. En particular, asignar presupuestos a la promoción de proyectos que respalden investigaciones nacionales e internacionales en colaboración, promuevan el intercambio de datos de investigación y el acceso abierto a ellos, generen conocimientos sobre cómo convertir lo que ya se sabe sobre la demencia en acciones concretas y favorezcan la retención del personal que realiza investigaciones.

102. Promover el desarrollo de innovaciones tecnológicas que, desde el punto de vista de su diseño y evaluación, respondan a las necesidades físicas, psicológicas y sociales de las personas con demencia, sus cuidadores o las personas en riesgo de padecer demencia; entre esas innovaciones figuran las relacionadas con el diagnóstico, la vigilancia y evaluación de la enfermedad, las tecnologías de asistencia, los productos farmacéuticos y los nuevos modelos de atención o técnicas de elaboración de previsiones o modelos.

103. De conformidad con los criterios éticos nacionales relativos a la investigación, promover para las personas con demencia y sus cuidadores oportunidades equitativas para participar en las investigaciones clínicas y sociales que los afecten.

ACCIONES PARA LA SECRETARÍA

104. Establecer un programa mundial de investigación y colaborar con los Estados Miembros para fortalecer la investigación sobre la demencia y crear capacidad en este campo mediante su incorporación a las políticas y los planes nacionales y subnacionales sobre la demencia. Promover una mayor inversión en las actividades de investigación, las capacidades, los métodos y la colaboración relacionados con la demencia en el campo de la investigación biomédica y en ciencias sociales, entre otras cosas, a través de una red de centros colaboradores de la OMS, países de todas las regiones de la OMS y organizaciones de la sociedad civil.

105. Recabar la participación de los interesados pertinentes, incluidas las personas con demencia y las organizaciones que las representan, en la elaboración y promoción de un programa mundial de investigación sobre la demencia; propiciar el desarrollo de redes mundiales de colaboración entre investigadores, y llevar a cabo investigaciones multilaterales relacionadas con la carga de morbilidad y la reducción del riesgo, el tratamiento, la atención, las políticas y la evaluación de los servicios en relación con la demencia. Fomentar la cooperación internacional y el intercambio de conocimientos técnicos, políticas y prácticas entre países a través de una cartografía sistemática de las inversiones nacionales en investigación y de los resultados de esa investigación.

106. Apoyar la incorporación de la innovación tecnológica en las políticas y los planes sobre la demencia a nivel nacional y subnacional, y brindar apoyo técnico a los Estados Miembros para desarrollar y fortalecer la aportación de tecnologías innovadoras de asistencia con objeto de lograr la máxima capacidad funcional de las personas con demencia, en particular en los entornos con escasos recursos.

ACCIONES PROPUESTAS PARA LOS ASOCIADOS INTERNACIONALES, REGIONALES Y NACIONALES

107. Apoyar a los Estados Miembros y a la Secretaría, cuando corresponda, mediante la colaboración en el establecimiento de prioridades para la investigación sobre la demencia, la promoción de una mayor inversión de los gobiernos, la movilización y el aumento del apoyo financiero y la difusión de los resultados de las investigaciones, en un lenguaje de fácil comprensión, a los planificadores de políticas, el público, las personas con demencia, sus cuidadores y sus familiares.

108. Promover la participación de las personas con demencia y sus cuidadores en la investigación aplicada, los ensayos clínicos y la evaluación de nuevas tecnologías que tengan en cuenta las diferencias fisiológicas de las personas con demencia y sus cuidadores, así como la diversidad de sus necesidades y preferencias.

109. Ayudar en la aplicación y la evaluación de tecnologías innovadoras, estructuras comunitarias de prestación de servicios y nuevos conceptos de atención de la demencia. Promover el uso de la tecnología de la información y las comunicaciones para mejorar la ejecución de los programas, obtener mejores resultados sanitarios, promover la salud y perfeccionar los sistemas de información y de vigilancia, y difundir, según sea oportuno, información sobre intervenciones asequibles, costoeficaces, sostenibles y de calidad y sobre las mejores prácticas y las enseñanzas extraídas en el ámbito de la demencia.

110. Fortalecer la capacidad nacional en materia de investigación, desarrollo e innovación en todos los aspectos relacionados con la prevención, la reducción de riesgos, el tratamiento y la atención de la demencia, de manera sostenible y eficaz en función de los costos, lo cual abarca el fortalecimiento de la capacidad institucional y la creación de becas y la concesión de subvenciones para investigación.

Apéndice

INDICADORES PARA MEDIR LOS PROGRESOS HACIA LAS METAS DEFINIDAS EN EL PLAN DE ACCIÓN MUNDIAL SOBRE LA RESPUESTA PÚBLICA A LA DEMENCIA Y MEDIOS DE VERIFICACIÓN

Los indicadores ofrecen medidas para satisfacer una parte de las necesidades relativas a la información y a su suministro que sirven a los Estados Miembros para hacer un seguimiento adecuado de los progresos realizados y de los resultados de sus políticas y programas de lucha contra la demencia. Teniendo en cuenta que las metas son voluntarias y se establecen a nivel mundial, los Estados Miembros no deben necesariamente cumplir todas ellas, pero pueden contribuir en mayor o menor grado a alcanzarlas colectivamente. Como se indica en la esfera de actuación 6 del plan de acción mundial, la Secretaría proporcionará asesoramiento, capacitación y apoyo técnico a los Estados Miembros que lo soliciten para establecer sistemas nacionales de información que recopilen los datos necesarios para calcular indicadores de la demencia. El Observatorio Mundial de la Demencia establecido por la OMS brinda un sistema para hacer un seguimiento de los datos y facilitar su uso a través de una plataforma de intercambio de datos y conocimientos que servirá de base para la planificación basada en datos científicos, la puesta en común de información sobre las mejores prácticas y el refuerzo tanto de las políticas sobre la demencia como de los sistemas de salud y de asistencia social. El objetivo es aprovechar los sistemas de información existentes en lugar de crear sistemas nuevos o paralelos. Al principio de la fase de aplicación del plan de acción mundial se establecerán datos de referencia para cada objetivo.

Esfera de actuación 1: La demencia como prioridad de salud pública	
Meta mundial	En 2025, el 75% de los países habrán elaborado o actualizado estrategias, políticas, planes o marcos nacionales sobre la demencia, ya sea de forma independiente o integrada en otras políticas/planes.
Indicador	Existencia de una política, estrategia, plan o marco operativo sobre la demencia, ya sea independiente y específico o se integre en otras políticas, planes o estrategias pertinentes (p. ej., sobre la salud mental, el envejecimiento, las enfermedades no transmisibles o la discapacidad). En los países con un sistema federal, el indicador será la existencia de políticas o planes de lucha contra la demencia como mínimo en el 50% de los estados o provincias.
Medios de verificación	Disponibilidad física de una política o plan que incorpore el conjunto propuesto de esferas y principios transversales, que los Estados Miembros deben adaptar en función del contexto nacional.
Observaciones/ supuestos/fundamento	Las políticas o planes sobre la demencia pueden ser independientes o integrarse en otras políticas o planes sobre la salud, el envejecimiento o la discapacidad. «Operativo» significa que la política, estrategia, plan o marco se usa y aplica en el país, y que dispone de los recursos, la financiación y las instrucciones necesarios para ello. Las políticas y planes con más de 10 años de antigüedad a menudo no reflejan las novedades más recientes en materia de normas internacionales de derechos humanos internacionales y prácticas basadas en datos científicos para el tratamiento y la atención de las personas con demencia. Los principios fundamentales de la atención de la demencia estarán en consonancia con los principios y acciones transversales del plan de acción mundial.

Esfera de actuación 2: Sensibilización y adaptación a la demencia	
Meta mundial	2.1 En 2025, el 100% de los países tendrán en funcionamiento por lo menos una campaña de sensibilización sobre la demencia a fin de promover una sociedad inclusiva en este ámbito. 2.2 En 2025, el 50% de los países habrán puesto en marcha por lo menos una iniciativa destinada a promover la adaptación a la demencia a fin de promover una sociedad inclusiva en este ámbito.
Indicador	2.1 Existencia de, por lo menos, un programa o campaña en los medios de comunicación para crear conciencia sobre la demencia (difundido a escala nacional, por ejemplo, por televisión, radio, prensa escrita y/o carteles, durante al menos tres semanas) en el curso del último año o del periodo más reciente que abarque el estudio. 2.2 En 2025, existencia de, por lo menos, una iniciativa destinada a promover la adaptación a la demencia o de una iniciativa en favor de las personas de edad que se ocupe específicamente de la demencia, a fin de promover una sociedad inclusiva en este ámbito.
Medios de verificación	Inventario de los programas de sensibilización sobre la demencia y de las iniciativas destinadas a promover la adaptación a la demencia ya aplicados, en que se describan todos sus proyectos.
Observaciones/supuestos/ fundamento	La sensibilización y el cambio de los entornos físicos y sociales son importantes. La aplicación de campañas de sensibilización puntuales no siempre da lugar a la mayor inclusión social que podría lograrse mediante programas encaminados a inducir cambios en los entornos físicos y sociales.

Esfera de actuación 2: Sensibilización y adaptación a la demencia	
	Los programas pueden abarcar –y es conveniente que abarquen– tanto las estrategias de sensibilización de carácter universal y alcance poblacional (p. ej., las campañas en los medios de comunicación contra la estigmatización y la discriminación de las personas con demencia) como las dirigidas a grupos vulnerables identificados a nivel local (p. ej. las personas mayores, las mujeres, las personas con bajo nivel educativo y las poblaciones de alto riesgo como los fumadores y las minorías étnicas). Los objetivos principales de estas campañas son: promover un conocimiento más preciso de la demencia y de sus diversos subtipos como enfermedades clínicas; reducir el estigma y la discriminación asociados con la demencia; aumentar la conciencia de los derechos humanos de las personas con demencia y el conocimiento de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad; mejorar la capacidad de la población general para reconocer los síntomas y signos tempranos de demencia; y mejorar los conocimientos de la población sobre los factores que aumentan el riesgo de demencia, con el fin de promover a unos hábitos saludables y comportamientos que reduzcan los riesgos. Los medios de comunicación desempeñan una función esencial a la hora de definir conocimientos, opiniones y comportamientos y pueden ejercer una influencia extraordinariamente poderosa sobre la conciencia y la comprensión que tienen de la demencia tanto las personas en general como las instancias normativas. En consecuencia, las campañas en los medios de comunicación deberían convertirse en un elemento fundamental en la sensibilización sobre la demencia.
	Las sociedades sensibles a las necesidades de las personas con demencia se caracterizan por ofrecer un entorno comunitario inclusivo y accesible que da a todas las personas las máximas oportunidades en las esferas de la salud, la participación y la seguridad, con el fin de garantizar la calidad de vida y la dignidad de las personas con demencia, sus familiares y sus cuidadores. Las iniciativas que promueven estas sociedades comparten los siguientes aspectos fundamentales: la protección de los derechos humanos de las personas que sufren demencia, la lucha contra el estigma que lleva asociada su enfermedad, la promoción de una mayor participación de los afectados y de sus cuidadores en la sociedad, el apoyo a los afectados para que continúen viviendo plenamente y con autonomía en sus comunidades, y el apoyo a sus familias y a sus cuidadores. Se prevé que la elección de un indicador definido en términos amplios (la existencia de, por lo menos, una iniciativa destinada a promover la adaptación a la demencia) amplíe su repercusión a través de una amplia variedad de resultados. La aplicación con éxito de estas iniciativas requiere un enfoque multisectorial en el que participen los gobiernos, la sociedad civil y el sector privado.

Esfera de actuación 3: Reducción del riesgo de demencia	
Meta mundial	Logro de las metas mundiales fijadas en el Plan de Acción Mundial para la Prevención y el Control de las Enfermedades no Transmisibles 2013-2020 (y en sus futuras revisiones), de acuerdo con ese Plan.
Indicador	Una reducción relativa del 10% en la prevalencia de la actividad física insuficiente. Una reducción relativa del 30% en la prevalencia del consumo actual de tabaco entre los mayores de 15 años. Una reducción relativa del 10% como mínimo en el uso nocivo del alcohol,

	según proceda en función del contexto nacional. Una detención del aumento de la diabetes y la obesidad. Una reducción relativa del 25% en la prevalencia de la hipertensión o la limita la contención de la prevalencia de la hipertensión, en función de las circunstancias del país. Una reducción relativa del 25% de la mortalidad global por enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes o enfermedades respiratorias crónicas. Los indicadores se definen actualmente en el Apéndice 2 del Plan de Acción Mundial para la Prevención y el Control de las Enfermedades no Transmisibles 2013-2020.[1]
Medios de verificación	Información suministrada a los órganos deliberantes de la OMS de conformidad con el Plan de Acción Mundial para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles 2013-2020.
Observaciones/supuestos/ fundamento	Existe un consenso cada vez más amplio acerca de que las siguientes medidas de protección podrían reducir el riesgo de deterioro cognitivo y de demencia: la reducción de la inactividad física y la obesidad, el abandono del tabaquismo y del uso nocivo del alcohol, y la prevención y el tratamiento de la diabetes y la hipertensión. Seis de las nueve metas mundiales de aplicación voluntaria del Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020 incidirán positivamente en la reducción del riesgo de demencia.

Esfera de actuación 4: Diagnóstico, tratamiento y atención de la demencia	
Meta mundial	En 2025, por lo menos en la mitad de los países, se diagnosticará la demencia al 50% del número estimado de las personas que la sufran, como mínimo.
Indicador	Número de personas con demencia de una población que han tenido acceso a los sistemas de salud y/o de asistencia social y han sido diagnosticados (con independencia de la causa de la demencia).
Medios de verificación	Numerador: número de personas con demencia en el país que han sido atendidas en los sistemas de salud y de asistencia social y a las que se les ha diagnosticado demencia. Denominador: prevalencia de la demencia en el país, estimada en estudios poblacionales, según calcule el Observatorio Mundial de la Demencia de la OMS.
Observaciones/supuestos/ fundamento	Pueden utilizarse datos administrativos y archivos o registros electrónicos como fuentes de datos. Este será un indicador relativo y combinado a nivel mundial. Los sistemas de salud y de asistencia social deben prestar asistencia y apoyo adecuados a todas las personas a las que se ha diagnosticado demencia.

Esfera de actuación 5: Apoyo a los cuidadores de las personas con demencia	
Meta mundial	En 2025, el 75% de los países dispondrán de programas de apoyo y formación para los cuidadores y las familias de las personas con demencia.
Indicador	Por lo menos un programa nacional (o varios programas subnacionales) de apoyo o formación para cuidadores en funcionamiento.

[1] Véase el documento WHA66/2013/REC/1, anexo 4, disponible en http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66-REC1/A66_REC1-sp.pdf#page=137, (consultado el 20 de septiembre 2017).

Medios de verificación	Inventario de programas ya aplicados para cuidadores.
Observaciones/supuestos/ fundamento	Se considera que un programa es funcional cuando dispone de recursos humanos y financieros propios, un plan de aplicación y datos documentados sobre su progreso o impacto. Algunos tipos de programas o ayudas para cuidadores son los servicios de relevo, los servicios de orientación psicológica y los programas educativos sobre temas como la atención a las personas con demencia, la comunicación no verbal y el desarrollo de la relación paciente-cuidador, entre otros. En los países con un sistema federal, el indicador será la disponibilidad, como mínimo en el 50% de los estados o provincias, de por lo menos un servicio o programa de nivel provincial o estatal que abarque todo el territorio del estado o la provincia correspondiente.

Esfera de actuación 6: Sistemas de información sobre la demencia	
Meta mundial	En 2025, el 50% de los países recogerán sistemáticamente y notificarán cada dos años un conjunto básico de indicadores de la demencia a través de sus sistemas nacionales de información social y de salud.
Indicador	Recogida sistemática y notificación cada dos años (sí/no) de un conjunto de indicadores de salud mental definidos y acordados previamente.
Medios de verificación	Presentación regular de informes sobre un conjunto básico de indicadores de salud mental y notificación cada dos años de los indicadores al Observatorio Mundial de la Demencia de la OMS.
Observaciones/supuestos/ fundamento	Los indicadores básicos de la demencia abarcan los relacionados con las metas especificadas en el presente plan de acción y otros indicadores esenciales de políticas y recursos de los sistemas de salud y de asistencia social. Los datos se deben desglosar por sexo y edad. Cuando sea necesario, también se podrán realizar encuestas para complementar los datos que aportan los sistemas de información ordinarios. La Secretaría asesorará a los países sobre un conjunto de indicadores básicos de la demencia, y los Estados Miembros recogerán datos sobre esos indicadores en el marco de las actividades del Observatorio Mundial de la Demencia de la OMS.

Esfera de actuación 7: Investigación e innovación sobre la demencia	
Meta mundial	Entre 2017 y 2025 se duplicará la investigación mundial sobre la demencia.
Indicador	Número de artículos de investigación publicados sobre la demencia (deben ser artículos de investigación publicados en una revista indexada y con revisión externa).
Medios de verificación	Búsqueda centralizada en la bibliografía, estratificada por países, cada dos años.
Observaciones/supuestos/ fundamento	El numerador será el resultado de la investigación sobre la demencia medido como el número de estudios nacionales publicados en revistas indexadas y con revisión externa. Los datos se recogerán, analizarán y notificarán a la OMS a nivel mundial y regional en el marco de las actividades del Observatorio Mundial de la Demencia de la OMS.

ENLACES CON OTROS PLANES, ESTRATEGIAS Y PROGRAMAS MUNDIALES[1]

- Declaración política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles, disponible en https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/LTD/N11/497/80/pdf/N1149780.pdf?OpenElement.

- Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020, disponible en http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66-REC1/A66_REC1-sp.pdf#page=109.

- Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020, disponible en http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66-REC1/A66_REC1-sp.pdf#page=137.

- Plan de acción mundial de la OMS sobre discapacidad 2014-2021, disponible en http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67-REC1/A67_2014_REC1-sp.pdf#page=121.

- Estrategia y plan de acción de la OPS sobre demencias en las personas mayores 2015-2019, disponible en http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/28348/CD54-8-s.pdf.

- Estrategia y plan de acción mundiales sobre envejecimiento y salud (2016-2020), disponible en http://apps.who.int/gb/or/s/index.html (documento WHA69/2016/REC/1, anexo 1).

- Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), disponible en http://www.who.int/topics/sustainable-development-goals/es/.

- OMS. Measuring the age-friendliness of cities: a guide to using core indicators, disponible en http://www.who.int/kobe_centre/publications/AFC_guide/en/.

LISTA DE OTROS DOCUMENTOS VINCULADOS CON EL PLAN DE ACCIÓN MUNDIAL SOBRE LA RESPUESTA DE SALUD PÚBLICA A LA DEMENCIA[1]

- Programa de acción de la OMS para superar la brecha en salud mental. Diagnóstico de la demencia, disponible en http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/dementia/q6/en/.

- iSupport: programa de cibersalud de la OMS para los cuidadores de las personas con demencia, disponible en http://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/isupport/en/.

- Atlas de salud mental de la OMS (2014), disponible en http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/mental_health_atlas_2014/es/.

- Instrumento de evaluación de la OMS para sistemas de salud mental (IESM), versión 2.2, disponible en http://www.who.int/mental_health/evidence/WHO-AIMS/en/.

- OMS. Evaluación de la disponibilidad y preparación del servicio, disponible en http://www.who.int/healthinfo/systems/sara_introduction/en/.

- Instrumento de Calidad y Derechos de la OMS, disponible en http://www.who.int/mental_health/policy/quality_rights/en/.

---

[1] Todos los sitios web se consultaron el 8 de marzo de 2017.

- OMS. Ciudades globales amigables con los mayores: una guía (2007), disponible en http://www.who.int/ageing/AFCSpanishfinal.pdf.

- OMS. Tobacco use knowledge summaries: tobacco use and dementia, disponible en http://www.who.int/tobacco/publications/mental_health/dementia_tks_14_1/en/.

- Informes de los foros mundiales de la OMS sobre innovación frente al envejecimiento de la población (Kobe (Japón) del 10 al 12 de diciembre de 2013 y del 7 al 9 de octubre de 2015), disponibles en http://www.who.int/kobe_centre/publications/GFIAP_report.pdf y http://www.who.int/kobe_centre/ageing/innovation-forum/gfiap2_report/en/ y http://www.who.int/kobe_centre/publications/gfiap_report/en/.

- Informe mundial de la OMS sobre el envejecimiento y la salud, 2015, disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf?ua=1.

_____

ANEXO 11

Plan de aplicación que oriente las acciones futuras en relación con las recomendaciones que figuran en el informe de la Comisión para acabar con la obesidad infantil[1]

[A70/31, anexo – 27 de marzo de 2017]

1. Los Objetivos de Desarrollo Sostenible[2] adoptados por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su resolución 70/1 (2015), señalan la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles como uno de los problemas sanitarios en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Entre los factores de riesgo de contraer enfermedades no transmisibles, el sobrepeso y la obesidad suscitan especial preocupación, pues pueden anular muchos de los beneficios sanitarios que han contribuido a la mejora de la esperanza de vida. En el plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020[3] se hace un llamamiento a detener el aumento de la obesidad en los adolescentes, y el plan integral de aplicación sobre nutrición materna, del lactante y del niño pequeño[4] incluye la meta de que, de aquí a 2025, no aumenten los niveles de sobrepeso en la niñez. Sin embargo, la prevalencia de la obesidad entre los lactantes, los niños y los adolescentes[5] va en aumento en todo el mundo y muchos niños que no sufren obesidad pero tienen sobrepeso van camino de ser obesos. Por consiguiente, es necesario adoptar nuevas medidas para alcanzar tales objetivos.

2. Casi tres cuartas partes de los 42 millones de niños menores de 5 años que presentan obesidad o sobrepeso viven en Asia o en África.[6] En los países donde la prevalencia del sobrepeso y la obesidad se han estabilizado, las desigualdades económicas y sanitarias van en aumento y las tasas de obesidad continúan aumentando entre las personas de nivel socioeconómico bajo y en las minorías étnicas. La obesidad puede afectar a la salud inmediata de los niños, al nivel educativo que pueden alcanzar y a

---

[1] Véase la decisión WHA70(19).

[2] http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/ (consultado el 6 de marzo de 2017).

[3] Ratificado en virtud de la resolución WHA66.10 (2013) de la Asamblea de la Salud sobre Seguimiento de la Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles; en el anexo 4 del documento WHA66/2013/REC/1 se puede consultar el texto del plan de acción.

[4] Ratificado en virtud de la resolución WHA65.6 (2012) de la Asamblea de la Salud relativa al Plan de aplicación integral sobre nutrición de la madre, el lactante y el niño; en el anexo 2 del documento WHA65/2012/REC/1 se puede consultar el texto del plan de aplicación.

[5] En la Convención sobre los Derechos del Niño se establece que los niños son los menores de 18 años de edad. Por su parte, la OMS define «adolescentes» como la población que tiene entre 10 y 19 años de edad. En los estudios realizados a escala mundial, la obesidad y el sobrepeso de los individuos de 18 años de edad o más se clasifica dentro de los datos correspondientes a los adultos. Por consiguiente, en el presente contexto se considera que los niños obesos son los individuos menores de 19 años, incluidos los adolescentes, con un índice de masa corporal para su edad más de tres desviaciones estándar por encima de la mediana establecida en los patrones de crecimiento de la OMS para los niños menores de 5 años, y más de dos desviaciones estándar por encima de la mediana establecida en los patrones de crecimiento infantil de la OMS para los niños de entre 5 y 19 años.

[6] UNICEF, OMS, Banco Mundial. Levels and trends in child malnutrition: UNICEF-WHO-World Bank Joint child malnutrition estimates (edición de 2016), disponible en http://www.who.int/nutgrowthdb/estimates2015/en/ (consultado el 6 de marzo de 2017).

su calidad de vida. Los niños con obesidad tienen muchas probabilidades de seguir siendo obesos en la edad adulta y corren el riesgo de padecer enfermedades no transmisibles de gravedad. A pesar del aumento de la prevalencia mundial de la obesidad y el sobrepeso, todavía hay muchos lugares donde no se ha tomado conciencia de la magnitud de las consecuencias de la obesidad infantil, en especial en los países en los que la malnutrición es un problema común y la prevención de la obesidad no se considera una prioridad para la salud pública. A medida que los países pasan por rápidas transiciones de índole socioeconómica o nutricional, se encuentran ante una doble carga en la que coexisten una nutrición inadecuada y un aumento de peso excesivo, en el mismo hogar e incluso en la misma persona. Los niños que han sufrido desnutrición, ya sea durante la vida intrauterina o en su primera infancia, corren riesgos superiores de sufrir sobrepeso y obesidad si pasan etapas posteriores de su vida en un entorno obesogénico en el que se promuevan las dietas de alto contenido calórico y una vida sedentaria. Las respuestas biológicas y conductuales a este entorno están muy influenciadas por factores vinculados con el desarrollo o el curso de la vida desde antes de la gestación y entre generaciones, así como por la presión que ejerce el grupo y las normas sociales.

3. Reconociendo que los progresos en la lucha contra la obesidad de los lactantes, los niños y los adolescentes han sido lentos e irregulares, la Directora General estableció en 2014 la Comisión para acabar con la obesidad infantil, a fin de que examinara los mandatos y estrategias existentes y los ampliara para resolver carencias y evitar así que esos grupos poblacionales sufran obesidad. Sus fines son reducir el riesgo de morbilidad y mortalidad debidas a las enfermedades no transmisibles, atenuar los efectos psicosociales negativos de la obesidad tanto en la infancia como en la edad adulta y limitar el riesgo de que la siguiente generación sufra obesidad.

4. Tras examinar las pruebas científicas,[1] consultar a más de 100 Estados Miembros y tener en cuenta cerca de 180 observaciones formuladas en línea, la Comisión concluyó su informe, que contiene un conjunto exhaustivo e integrado de recomendaciones para combatir la obesidad infantil.[2] El informe explica el fundamento de tales recomendaciones y es el documento de referencia utilizado para elaborar el presente plan de aplicación. La Comisión hace un llamamiento a los gobiernos para que tomen la iniciativa y a todas las partes interesadas para que reconozcan su responsabilidad moral de actuar en nombre de los niños con el fin de reducir el riesgo de obesidad, insistiendo en que deben reconocer la importancia de corregir los entornos obesogénicos, adoptar un enfoque que abarque la totalidad del curso de la vida y tratar a los niños ya obesos, o mejorar su tratamiento si ya se ha establecido.

5. En 2016, la 69.ª Asamblea Mundial de la Salud adoptó la decisión WHA69(12) en la que solicitó a la Directora General que elaborara, en consulta con los Estados Miembros,[3] un plan de aplicación que orientara las acciones futuras en relación con las recomendaciones que figuran en el informe de la Comisión.

---

[1] OMS. Consideration of the evidence on childhood obesity for the Commission on Ending Childhood Obesity. Informe del grupo especial de trabajo sobre ciencia y evidencias para acabar con la obesidad infantil. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016.

[2] Comisión para acabar con la obesidad infantil. Informe de la Comisión para acabar con la obesidad infantil Organización Mundial de la Salud, 2016, disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/206450/1/9789243510064_spa.pdf?ua=1 (consultado el 6 de marzo de 2017).

[3] Y, cuando proceda, a las organizaciones de integración económica regional.

6. El resultante plan de aplicación está dividido en dos partes. En la primera se establecen su objetivo, su ámbito de aplicación y sus principios rectores. En la segunda se definen las medidas que es preciso adoptar para poner fin a la obesidad infantil en las siguientes esferas específicas: *I*) liderazgo, *II*) el conjunto de seis recomendaciones de la Comisión, *III*) seguimiento y rendición de cuentas, *IV*) elementos fundamentales para la aplicación satisfactoria, y *V*) funciones y responsabilidades de las partes interesadas.

PLAN DE APLICACIÓN

Objetivo y ámbito de aplicación

7. El presente plan de aplicación se basa en las recomendaciones y los fundamentos que las acompañan recogidos en el informe de la Comisión para acabar con la obesidad infantil y debe orientar las medidas adoptadas por los Estados Miembros y los demás asociados para poner en práctica estas recomendaciones. En el plan se reconoce que los Estados Miembros enfrentan distintas dificultades en relación con todas las formas de malnutrición. Además, se tiene en cuenta que existen variaciones entre sus marcos constitucionales, diferencias en el reparto de responsabilidades entre sus niveles gubernamentales y distintas políticas públicas que ya se están aplicando en cada país. Las medidas dirigidas a poner fin a la obesidad infantil se deben integrar en las políticas y programas existentes en diversas áreas y a todos los niveles. El objetivo de acabar con la obesidad infantil está en consonancia con los objetivos de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, como las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible que exigen que se ponga fin a la malnutrición en todas sus formas (meta 2.2), se reduzca la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles (meta 3.4) y se logre la cobertura sanitaria universal (meta 3.8), además de contribuir a una educación de calidad (objetivo 4) y reducir la desigualdad en los países y entre ellos (objetivo 10). Si los Estados Miembros adoptan rápidamente medidas exhaustivas para prevenir y tratar la obesidad infantil reforzarán otras iniciativas, entre ellas la mejora de la salud, la nutrición y la actividad física de los lactantes, los niños y los adolescentes, contribuyendo de ese modo a los objetivos más amplios de mejorar su salud y su bienestar. Esta sinergia es una vía complementaria que permite centrar esfuerzos a fin de obtener resultados a largo plazo. En la figura 1 se muestra cómo el objetivo de poner fin a la obesidad infantil es compartido por varias estrategias y contribuye a potenciarlas. Estas estrategias son: la Estrategia Mundial del Secretario General de las Naciones Unidas para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente; la Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles, y el Decenio de Acción sobre la Nutrición (2016-2025) de las Naciones Unidas; de este modo, se contribuye a mejorar la salud y el bienestar de la actual generación de niños y de la siguiente.

Figura 1. El objetivo de poner fin a la obesidad infantil contribuye al éxito de otras estrategias

Nota: E C H O = *Ending Childhood Obesity* (Acabar con la obesidad infantil).

Principios rectores

8. En su informe, la Comisión para acabar con la obesidad infantil señala los siguientes principios rectores que fundamentan el presente plan de aplicación.

a) **El derecho del niño a la salud.** Los gobiernos y la sociedad tienen la responsabilidad moral y jurídica de actuar a favor y en el interés superior del niño para reducir el riesgo de obesidad mediante la protección de sus derechos a la alimentación y la salud. Al combatir de forma integral la obesidad infantil, se actúa en consonancia con el principio aceptado de forma generalizada de que los niños tienen derecho a una vida sana, así como con las obligaciones adquiridas por los Estados Partes en la Convención sobre los Derechos del Niño.[1]

b) **Compromiso y liderazgo del gobierno.** Los gobiernos deben aceptar su responsabilidad primordial de actuar aplicando políticas eficaces en nombre de los niños, dado que tienen la obligación moral de protegerlos. La inacción tendrá importantes consecuencias para su salud y su bienestar, así como de carácter social y económico.

c) **Un enfoque en el que participen todas las instancias gubernamentales.** La prevención y el tratamiento de la obesidad exige un enfoque en el que las políticas de todos los sectores tengan en cuenta sistemáticamente los resultados sanitarios. Si se evitan los efectos sanitarios malsanos se puede ayudar a que todos los sectores alcancen sus objetivos. Ha quedado claro que los enfoques actuales son insuficientes y que es necesario adoptar una acción coordinada adicional para frenar la creciente epidemia de obesidad entre los niños, los adolescentes y los adul-

[1] Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño, Comité de los Derechos del Niño. Observación general 15 (2013) sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (art. 24), párr. 47; documento CRC/C/GC/15.

tos.[1] Por ejemplo, el sector de la educación desempeña una función crucial al ofrecer actividades educativas sobre nutrición y salud, lo que permite aumentar las oportunidades de participar en actividades físicas y promover entornos escolares saludables. Las políticas agrícolas y comerciales, así como la mundialización del sistema alimentario, afectan a la asequibilidad, disponibilidad y calidad de los alimentos a escala nacional y local. La planificación y el diseño urbanísticos, así como la planificación de los transportes, influyen directamente en las oportunidades para participar en actividades físicas y en el acceso a alimentos sanos. Las estructuras gubernamentales intersectoriales, como un grupo de trabajo interministerial de alto nivel sobre la salud del niño y el adolescente que incluya la obesidad infantil como una de sus tareas, pueden ayudar a identificar intereses mutuos y facilitar la coordinación, la colaboración y el intercambio de información a través de mecanismos de coordinación.

d) **Un enfoque en el que participe toda la sociedad.** La complejidad de la obesidad requiere un enfoque integral que incluya, además de todos los niveles de gobierno, otros actores, como los padres, los cuidadores, la sociedad civil, instituciones académicas, las fundaciones filantrópicas y el sector privado. Para pasar de la política a la acción con el fin de prevenir y revertir la obesidad infantil se necesita adoptar un esfuerzo concertado y una participación activa de todos los sectores de la sociedad a nivel local, nacional, regional y mundial, prestando la debida atención a los conflictos de intereses. La responsabilidad conjunta y compartida son fundamentales para que las intervenciones que se lleven a cabo surtan efecto y tengan el debido alcance.

e) **Equidad.** Los gobiernos deberían garantizar una cobertura equitativa de las intervenciones, en especial las dirigidas a los grupos de población excluidos, marginados o vulnerables por alguna razón, puesto que corren un elevado riesgo de sufrir tanto malnutrición en todas sus formas como obesidad. La obesidad y los trastornos conexos minan las posibles mejoras que se puedan alcanzar a nivel del capital social y sanitario, e incrementan la desigualdad y la inequidad. Los determinantes sociales de la salud pueden actuar de manera que tales grupos tengan a menudo poco acceso a alimentos sanos, a lugares seguros donde practicar una actividad física y a servicios de salud y apoyo de carácter preventivo. Es necesario velar por que las intervenciones aplicadas sean aceptables y tengan en cuenta las diferencias culturales.

f) **Alineación con la agenda para el desarrollo mundial.** Los Objetivos de Desarrollo Sostenible exigen que se ponga fin a la malnutrición en todas sus formas (meta 2.2) y se reduzca la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles (meta 3.4). La reducción de la obesidad infantil también contribuye a alcanzar la cobertura sanitaria universal (meta 3.8), mejorar la calidad de la educación (objetivo 4) y reducir la desigualdad (objetivo 10). La integración de la eliminación de la obesidad infantil en los marcos nacionales de desarrollo y financiación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible garantizará la respuesta de todos los sectores.

g) **Integración en un enfoque que contemple la totalidad del curso de la vida.** La Comisión ha destacado la necesidad de reducir el riesgo de obesidad infantil actuando incluso antes de la concepción. Si se integran las intervenciones para combatir y tratar la obesidad infantil con las iniciativas de la OMS y con otras iniciativas, partiendo de un enfoque que contemple la totalidad del curso de la vida, se obtendrán beneficios adicionales para la salud a largo plazo.[2] Entre

---

[1] La resolución WHA66.10 (2013) sobre Seguimiento de la Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles y la resolución WHA65.6 (2012) sobre el plan de aplicación integral sobre nutrición de la madre, el lactante y el niño pequeño.

[2] Declaración de Minsk sobre la adopción de un enfoque que abarca todo el curso de la vida en el contexto de Salud 2020, disponible en http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/289962/The-Minsk-Declaration-EN-rev1.pdf?ua=1 (consultado el 6 de marzo de 2017).

estas iniciativas cabe citar la Estrategia Mundial del Secretario General de las Naciones Unidas para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente; la Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles; la Declaración de Roma de la Segunda Conferencia Internacional sobre Nutrición (Roma, 19-21 de noviembre de 2014), y el Decenio de Acción sobre la Nutrición (2016-2025) de las Naciones Unidas. Existen otras estrategias y planes de aplicación de la OMS y de otros organismos del sistema de las Naciones Unidas relacionados con la optimización de la nutrición y la salud materna, del lactante, del niño pequeño y del adolescente que son muy pertinentes para los elementos fundamentales de un enfoque integral de la prevención de la obesidad. En los documentos de orientación aplicables a todo el curso de la vida pueden encontrarse los principios y recomendaciones pertinentes. Las iniciativas para combatir la obesidad infantil deberían integrarse en estas esferas de trabajo existentes y basarse en ellas a fin de ayudar a los niños a hacer efectivo su derecho fundamental a la salud, mejorar su bienestar y, a la vez, reducir la carga para el sistema de salud.

h) **Rendición de cuentas.** Para combatir la obesidad infantil es imperativo que se asuman compromisos políticos y financieros. Es necesario contar con un marco y mecanismo sólidos para supervisar la formulación, la aplicación y los resultados de las políticas; de ese modo se facilitará la rendición de cuentas de los gobiernos y los agentes no estatales con respecto a los compromisos adquiridos.

i) **Cobertura sanitaria universal.** En la meta 3.8 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible se hace un llamamiento al logro de la cobertura sanitaria universal mediante servicios de salud integrados que permitan que las personas reciban servicios asistenciales sin solución de continuidad que engloben la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y el diagnóstico, el tratamiento y el abordaje de las enfermedades a lo largo del curso de la vida.[1] Como tales, el acceso y la cobertura de las intervenciones encaminadas a prevenir el sobrepeso y la obesidad y a tratar a los niños que ya son obesos o tienen sobrepeso y van camino de ser obesos deben considerarse elementos importantes de la cobertura sanitaria universal.

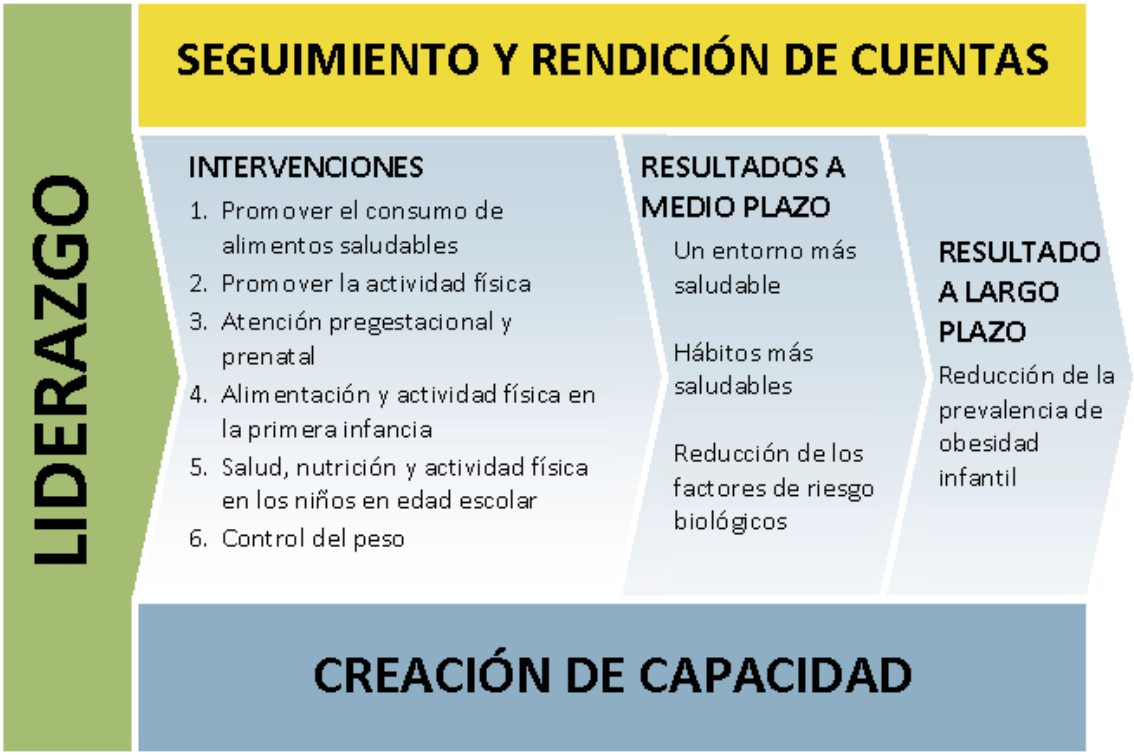
MEDIDAS NECESARIAS PARA PONER FIN A LA OBESIDAD INFANTIL

9. La Comisión propuso seis conjuntos de recomendaciones para corregir los entornos obesogénicos e intervenciones que se deben adoptar en momentos críticos del curso de la vida para prevenir la obesidad y tratar a los niños que ya son obesos.

10. La aplicación eficaz de las recomendaciones requerirá un compromiso y un liderazgo políticos, así como la capacidad de llevar a cabo las intervenciones necesarias y hacer un seguimiento eficaz de las responsabilidades de las distintas partes interesadas. El marco se muestra en la figura 2.

[1] Como también se expresa en la resolución 69/132 de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre salud mundial y política exterior.

Figura 2. Marco de acción para poner fin a la obesidad infantil



11. Con anterioridad al establecimiento de una estrategia mundial, las oficinas regionales de la OMS elaboraron varias estrategias y planes de acción que abordan algunos aspectos de las recomendaciones que figuran a continuación.[1] Estos instrumentos se pueden integrar y reforzar, cuando sea necesario, armonizándolos con las recomendaciones de la Comisión para acabar con la obesidad infantil.

12. Para conseguir un progreso sostenido será esencial adoptar un enfoque multisectorial. En las siguientes secciones se proporcionan orientaciones sobre las medidas necesarias que los Estados Miembros deben tener en cuenta y las medidas de apoyo que deben prestar otras partes interesadas para alcanzar los objetivos del presente plan de aplicación. En reconocimiento de las políticas ya vigentes en algunos Estados Miembros y de las diferentes tasas de prevalencia de la malnutrición en todas sus formas, se alienta a los Estados Miembros a dar prioridad a las acciones en un enfoque escalonado en función del contexto local, los factores que causan la obesidad y las posibilidades de intervenir.

[1] Oficina Regional de la OMS para Europa: Plan de acción europeo sobre alimentación y nutrición 2015-2020. Copenhague, Oficina Regional para Europa, 2015; Oficina Regional para Asia Sudoriental: Plan de acción estratégico para reducir la doble carga de morbilidad de la malnutrición en la Región de Asia Sudoriental 2016-2025. Nueva Delhi: Oficina Regional para Asia Sudoriental, 2016; OPS: Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia. Washington, D. C., Organización Panamericana de la Salud, 2014; Oficina Regional para el Pacífico Occidental: Plan de acción para reducir la doble carga de la malnutrición en la Región del Pacífico Occidental (2015-2020). Manila: Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental, 2015.

I. LIDERAR UNA ACCIÓN MULTISECTORIAL, AMPLIA E INTEGRADA

Fundamento

13. Los gobiernos son, en última instancia, los responsables de velar por la salud de sus ciudadanos al principio de su vida. Para prevenir la obesidad infantil, todos los sectores e instituciones gubernamentales que se encargan de formular y aplicar políticas deben colaborar de forma coordinada. Para forjar un liderazgo nacional estratégico es necesario establecer estructuras de gobernanza en varios sectores que son necesarias para gestionar la formulación y aplicación de legislación, políticas y programas. Se deben destinar recursos para aplicar las políticas y mejorar la dotación de personal sanitario. Además, este liderazgo nacional es necesario para gestionar la colaboración con los agentes no estatales, como las organizaciones no gubernamentales, el sector privado y las instituciones académicas, a fin de aplicar de manera satisfactoria los programas, las actividades y las inversiones.

14. En el cuadro 1 se proponen las medidas que deben adoptar los Estados Miembros para aplicar la recomendación de la Comisión sobre sus funciones y responsabilidades. En algunos casos, los países ya habrán aplicado algunas de estas políticas y podrán basarse en estas recomendaciones para reforzarlas.

Cuadro 1. Funciones y responsabilidades recomendadas y medidas propuestas a los Estados Miembros

Funciones y responsabilidades recomendadas por la Comisión	Medidas que deben adoptar los Estados Miembros
a) Asumir el objetivo como propio, ofrecer liderazgo y comprometerse políticamente a combatir la obesidad infantil a largo plazo.	**Mantener** un contacto regular con los parlamentarios para obtener un compromiso de alto nivel con la prevención de la obesidad infantil. **Organizar** regularmente diálogos de alto nivel sobre políticas relacionadas con la obesidad infantil. Movilizar recursos de forma **sostenible** para combatir la obesidad infantil. Elaborar un presupuesto y legislación o instrumentos jurídicos para aplicar **intervenciones** básicas con el fin de reducir la obesidad infantil.
b) Coordinar las contribuciones de todos los sectores gubernamentales e instituciones que definen las políticas, incluidos, entre otros, los siguientes: educación; alimentación, agricultura y ganadería; comercio e industria; desarrollo; finanzas y hacienda pública; deportes y recreación; comunicación; planificación ambiental y urbanística; transportes y asuntos sociales, y comercio.	Establecer un grupo multisectorial (o ampliarlo si ya se ha establecido), integrado por los organismos gubernamentales pertinentes, para coordinar la formulación de políticas, la ejecución de las intervenciones y el seguimiento y la evaluación en todos los niveles gubernamentales, incluidos los sistemas de rendición de cuentas.
c) Garantizar que se recogen datos sobre el índice de masa corporal de los niños por edades —incluidas las edades a las que actualmente no se hace un seguimiento— y establecer metas nacionales sobre la obesidad infantil.	Establecer metas nacionales o locales, con plazos específicos, para reducir la obesidad infantil, así como mecanismos de seguimiento que incluyan el índice de masa corporal para la edad, además de otras **medidas** apropiadas desglosadas por edades, sexos y niveles socioeconómicos.
d) Elaborar directrices, **recomendaciones** o medidas normativas que alienten debidamente a los sectores pertinentes —en particular al sector privado, si procede— para que pongan en marcha las actuaciones destinadas a reducir la obesidad infantil.	Establecer mecanismos para coordinar el compromiso de los actores no estatales y hacerles responsables de la ejecución de las intervenciones. Establecer mecanismos y políticas claros para gestionar los conflictos de intereses.

II. RECOMENDACIONES DE LA COMISIÓN

Fundamento

15. Ninguna intervención puede poner fin a la creciente epidemia de obesidad por sí sola. Para frenar eficazmente la obesidad infantil es preciso corregir los entornos obesogénicos y abordar cuestiones vitales en distintos momentos del curso de la vida a través de una acción coordinada y multisectorial de la que se deba rendir cuentas.

16. Los Estados Miembros ya aplican algunos programas pertinentes para orientar a la población sobre la alimentación y la actividad física en lugares como las escuelas y las guarderías, y también a lo largo del curso de la vida. Las recomendaciones de la Comisión ponen de relieve la necesidad urgente de añadir elementos para prevenir y tratar la obesidad que contribuyan al logro de una serie de metas relativas a la salud materna, del lactante, del niño pequeño y del adolescente.

17. La prevalencia de la obesidad infantil, los factores de riesgo que contribuyen a este problema y la situación política y económica difieren entre los Estados Miembros. Se prevé que las medidas recomendadas a continuación permitan que los países evalúen cuál es el conjunto de intervenciones integradas que se puede aplicar mejor en función de la situación nacional. En la sección IV se explica cómo establecer prioridades entre las distintas medidas y elaborar un enfoque progresivo para su ejecución con el fin de ayudar a los gobiernos a llevarlas a cabo. Existen herramientas y recursos disponibles tanto a nivel mundial como a nivel regional que pueden servir a los Estados Miembros para formular políticas e intervenciones y para aplicarlas, hacer un seguimiento de esta aplicación y evaluarlas.

18. En los cuadros que figuran a continuación se exponen ejemplos de medidas que los Estados Miembros pueden considerar para aplicar las seis recomendaciones de la Comisión. Las intervenciones para combatir la obesidad infantil pueden integrarse en los planes, políticas y programas nacionales existentes y basarse en ellos.

1. Medidas para aplicar programas integrales que promuevan la ingesta de alimentos sanos y reduzcan la ingesta de alimentos malsanos y bebidas azucaradas entre los niños y adolescentes (cuadro 2)

Fundamento

19. Los entornos obesogénicos son los que fomentan la ingesta calórica elevada y la falta de actividad física, incluido el sedentarismo. Para determinar si un entorno es obesogénico se tienen en cuenta las oportunidades para realizar actividad física y los alimentos disponibles, comercializados, accesibles y asequibles, así como las normas sociales que guardan relación con la alimentación y la actividad física. Es necesario capacitar a los niños y las familias para que escojan alimentos más saludables y realicen actividad física. Sin embargo, los niños no podrán adquirir los conocimientos necesarios para tomar esas decisiones si reciben mensajes contradictorios que provienen de la publicidad en los medios de comunicación y en los entornos donde se reúnen. Las medidas voluntarias o la autorregulación suelen tener un valor limitado a menos que los gobiernos participen activamente promulgando normas, fijando un calendario para lograr los objetivos establecidos y aplicando sanciones en caso de incumplimiento. Los enfoques voluntarios y la autorregulación también pueden impedir que se realicen avances si se utilizan para aplazar la promulgación de una reglamentación eficaz. Para que puedan adoptar hábitos saludables, todos los miembros de la sociedad deben tener acceso a alimentos saludables y oportunidades para realizar actividad física; además, los niños menos favorecidos, que corren un riesgo especial de presentar obesidad, deben participar plenamente en las intervenciones.

Cuadro 2. Recomendación 1 de la Comisión y medidas que deben adoptar los Estados Miembros

Recomendaciones de la Comisión	Medidas que deben adoptar los Estados Miembros
1.1 Garantizar la elaboración de información y directrices sobre nutrición adecuadas y adaptadas a contextos específicos, tanto para los adultos como para los niños, y su difusión por medios sencillos, comprensibles y accesibles para todos los grupos de la sociedad.	Informar a la población sobre el sobrepeso y la obesidad infantil y sobre las consecuencias para su salud y su bienestar. Actualizar cuando sea necesario las orientaciones sobre la prevención de la obesidad infantil mediante una alimentación saludable a lo largo del curso de la vida. Asegurarse de que se proporciona información comprensible sobre los modelos de alimentación saludable a los niños, sus cuidadores, el personal escolar y los profesionales sanitarios. Elaborar y poner en marcha campañas basadas en datos científicos para informar a la población sobre los modelos de alimentación saludable y sobre la necesidad de alimentarse bien y de realizar actividad física, y asegurarse de que tales campañas se financian adecuadamente y tienen continuidad.
1.2 Establecer un impuesto eficaz sobre las bebidas azucaradas.	Analizar la implantación y los efectos de un impuesto sobre las bebidas azucaradas. Aplicar un impuesto eficaz sobre las bebidas azucaradas con arreglo a las orientaciones de la OMS.
1.3 Aplicar el Conjunto de recomendaciones sobre la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños, [1] con objeto de reducir la exposición de los niños y los adolescentes a la promoción e influencia de los alimentos malsanos.	Evaluar el impacto de la legislación, las normativas y las directrices encaminadas a reducir los efectos de la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas malsanos dirigida a los niños, cuando sea necesario. Adoptar y aplicar medidas eficaces, como leyes y reglamentos, para restringir la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigidas a los niños y reducir así la exposición de los niños y adolescentes a esas actividades promocionales. Establecer mecanismos para garantizar de forma eficaz que se aplican las leyes o reglamentos sobre la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigidas a los niños.
1.4 Elaborar perfiles de nutrientes para identificar los alimentos y bebidas malsanos.	Establecer un modelo nacional de perfiles nutricionales para regular la promoción, la fiscalidad, el etiquetado y la prestación de servicios en las instituciones públicas, basándose en los modelos regionales o mundiales de perfiles nutricionales de la OMS.[2]
1.5 Impulsar la cooperación entre los Estados Miembros para reducir los efectos de la comercialización transfronteriza de bebidas y alimentos malsanos.	Participar en debates internacionales sobre políticas y propuestas para regular la comercialización transfronteriza de alimentos y bebidas no alcohólicas malsanos dirigidos a los niños a través de los comités regionales de la OMS y de otros mecanismos regionales pertinentes.

[1] Ratificado por la resolución WHA63.14 (2010) de la Asamblea de la Salud sobre la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños; véase también el anexo 3 del documento WHA61/2008/REC/1.

[2] Véanse los documentos: Modelo de perfil de nutrientes de la OPS, disponible en http://www.dinta.cl/wp-dintacl/wp-content/uploads/Modelo-Perfil-de-Nutrientes-OPS-2016_spa.pdf; Modelo de perfil de nutrientes de la Oficina Regional de la OMS para Europa, disponible en http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/270716/Nutrient-children_web-new.pdf?ua=1; Reunión Técnica sobre la Adaptación Regional del Modelo de Perfil de Nutrientes de la OMS a la Región del Pacífico Occidental, disponible en http://iris.wpro.who.int/bitstream/handle/10665.1/13410/RS-2015-GE-52-PHL-eng.pdf; Nutrient profiling: report of a technical meeting, 2010, disponible en http://www.who.int/nutrition/publications/profiling/WHO_IASO_report2010.pdf?ua=1 (todos los documentos se han consultado el 6 de marzo de 2017).

Recomendaciones de la Comisión	Medidas que deben adoptar los Estados Miembros
1.6 Poner en marcha un sistema mundial normalizado de etiquetado de nutrientes.	A nivel internacional, trabajar a través de la Comisión del Codex Alimentarius para elaborar un sistema normalizado de etiquetado de los alimentos para ayudar a la alfabetización sanitaria de la población a través del etiquetado obligatorio de todos los alimentos y bebidas preenvasados. A nivel nacional, adoptar leyes y reglamentos obligatorios sobre el etiquetado nutricional.
1.7 Implantar un etiquetado de la parte frontal de los envases fácil de interpretar, acompañado de campañas de educación de la población, para que tanto los adultos como los niños tengan conocimientos básicos en materia de nutrición.	Considerar la posibilidad de realizar, antes de la comercialización o del consumo de los productos alimenticios, estudios sobre la interpretación del etiquetado de la parte frontal de los envases, basándose en un modelo de perfil nutricional. Adoptar o elaborar, según sea necesario, un sistema obligatorio de etiquetado en la parte frontal de los envases basado en los mejores datos científicos disponibles, con el fin de que se pueda conocer si los alimentos y bebidas son saludables.
1.8 Exigir que en entornos como escuelas, centros de cuidados infantiles e instalaciones y eventos deportivos frecuentados por niños se creen entornos propicios para llevar una alimentación saludable.	Establecer normas para los alimentos que se pueden suministrar o vender en guarderías, escuelas e instalaciones deportivas infantiles y en eventos (véanse también las recomendaciones 4.9 y 5.1), basadas en un modelo nacional de perfiles nutricionales. Aplicar estas leyes, reglamentos y normas sobre los alimentos en los servicios de restauración para escuelas, guarderías y otros lugares pertinentes.
1.9 Ampliar el acceso de los grupos de población desfavorecidos a alimentos saludables.	Conseguir la participación de personas, entidades y recursos ajenos al sistema de salud para mejorar el acceso, la disponibilidad, la asequibilidad y la continuidad del suministro de alimentos nutritivos para los grupos poblacionales desfavorecidos (por ejemplo, mediante incentivos a minoristas y políticas de zonificación). Aplicar normas y reglamentos para organizar programas de apoyo social basados en directrices dietéticas nacionales e internacionales. Incentivar la producción local de frutas y hortalizas, como la agricultura urbana.

2. Aplicar programas integrales que promuevan la actividad física y reduzcan los comportamientos sedentarios en los niños y adolescentes (cuadro 3)

Fundamento

20. La actividad física empieza a descender desde que el niño entra en la escuela, y realizar poco ejercicio se establece rápidamente como la norma social. En cambio, la actividad física puede reducir el riesgo de presentar diabetes, enfermedades cardiovasculares y cáncer, y contribuye también a mejorar la capacidad de aprendizaje de los niños, así como su salud mental y su bienestar. Además, las experiencias que se tienen durante la niñez pueden influir en el nivel de actividad física durante toda la vida.

Cuadro 3. Recomendación 2 de la Comisión y medidas que deben adoptar los Estados Miembros

Recomendaciones de la Comisión	Medidas que deben adoptar los Estados Miembros
2.1 Proporcionar orientaciones dirigidas a niños y adolescentes y a los progenitores, cuidadores, profesores y profesionales de la salud sobre el tamaño corporal saludable, los buenos hábitos de actividad física y sueño y el uso adecuado de programas lúdicos que suponen estar ante una pantalla.	Elaborar y aplicar campañas de educación pública basadas en datos científicos, bien dirigidas y suficientemente financiadas sobre la importancia de la actividad física. Actualizar los materiales existentes, según sea necesario, para incluir en ellos orientaciones sobre la actividad física durante el curso de la vida. Difundir orientaciones comprensibles sobre la actividad física a los niños, sus cuidadores, el personal escolar y los profesionales de la salud. Utilizar la educación entre compañeros y aplicar iniciativas que incluyan a toda la escuela para influir en las conductas relativas a la actividad física de los niños y en las normas sociales.
2.2 Velar por que en las escuelas y los espacios públicos haya instalaciones donde todos los niños (incluidos los que tienen discapacidades) puedan participar en actividades físicas en las horas de recreo, facilitando espacios para uno u otro sexo cuando sea apropiado.	Proporcionar, en colaboración con otros sectores (como la planificación urbana y el transporte) y partes interesadas, instalaciones seguras, recursos y oportunidades para que todos los niños realicen actividad física durante las horas de recreo.

3. Medidas para integrar y fortalecer las orientaciones para la prevención de las enfermedades no transmisibles con las pautas actuales para la atención pregestacional y prenatal a fin de reducir el riesgo de obesidad infantil (cuadro 4)

Fundamento

21. El riesgo de obesidad puede transmitirse de una generación a la siguiente y la salud de la madre puede influir en el desarrollo fetal y en el riesgo de que un niño sea obeso. La atención que las mujeres reciben antes, durante y después del embarazo tiene repercusiones profundas para el desarrollo y la salud posteriores de sus hijos. Las orientaciones actuales para la atención pregestacional y prenatal se centran en la prevención de la desnutrición de la madre y el feto. Dados los cambios en la exposición a entornos obesogénicos, se necesitan directrices que traten la malnutrición en todas sus formas (sin olvidar la ingesta calórica excesiva) y el riesgo de que la obesidad se manifieste posteriormente en la descendencia. Las intervenciones para abordar los factores de riesgo de obesidad infantil también previenen otros resultados gestacionales adversos[1] y por tanto contribuyen a mejorar la salud de la madre y del recién nacido.

[1] Temel S, van Voorst SF, Jack BW, Denktas S, Steegers EA. Evidence-based preconceptional lifestyle interventions. Epidemiol Rev. 2014; 36:19-30.

Cuadro 4. Recomendación 3 de la Comisión y medidas que deben adoptar los Estados Miembros

Recomendaciones de la Comisión	Medidas que deben adoptar los Estados Miembros
3.1 Diagnosticar y tratar la hiperglucemia y la hipertensión durante la gestación.	Asegurarse de que en la atención prenatal se incluyen pruebas para detectar la hipertensión y la hiperglucemia.
3.2 Supervisar y controlar el aumento de peso durante la gestación para que sea adecuado.	Asegurarse de que en la atención prenatal se realizan mediciones del peso y del aumento de peso durante la gestación.
3.3 Hacer hincapié en la importancia de una nutrición adecuada en las orientaciones y los consejos dirigidos a las futuras madres y padres antes del embarazo y durante el mismo. 3.4 Elaborar orientaciones y materiales de apoyo claros para promocionar una buena nutrición, dietas sanas y actividad física, y evitar el consumo de tabaco, alcohol, drogas y otros productos tóxicos, así como la exposición a tales productos.	Asegurarse de que en la atención prenatal se incluye asesoramiento sobre la dieta y la nutrición. Incluir en el programa de estudios de los proveedores de atención de salud información sobre el vínculo entre la alimentación, la actividad física y los comportamientos de los futuros progenitores con respecto a la salud y el riesgo de obesidad infantil. Difundir orientaciones y prestar apoyo para el establecimiento de una dieta sana y actividad física a los futuros progenitores que quizá no reciban atención pregestacional o prenatal.

4. Medidas para ofrecer orientaciones y apoyo al establecimiento de una dieta sana y de pautas de sueño y de actividad física durante la primera infancia a fin de que los niños crezcan de forma adecuada y adquieran hábitos saludables (cuadro 5)

Fundamento

22. Los primeros años de vida son cruciales para establecer hábitos de buena nutrición y actividad física que reduzcan el riesgo de padecer obesidad. La lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida, seguida de la introducción de alimentos complementarios adecuados, es fundamental para el desarrollo, crecimiento y nutrición óptimos del lactante y puede también ser beneficiosa para el control del peso en las mujeres después del parto. Las orientaciones mundiales actuales para la alimentación del lactante y del niño pequeño se centran sobre todo en la desnutrición. Ahora bien, es importante también tener en cuenta los riesgos que entrañan las dietas malsanas durante el primer año de vida y la niñez.

Cuadro 5. Recomendación 4 de la Comisión y medidas que deben adoptar los Estados Miembros

Recomendaciones de la Comisión	Medidas que deben adoptar los Estados Miembros
4.1 Aplicar medidas normativas como el Código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna y las posteriores resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud.	Velar por que la legislación y las reglas sobre la comercialización de sucedáneos de la leche materna se ajusten a todas las disposiciones del Código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna y las posteriores resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud.
4.2 Velar por que todos los servicios de maternidad practiquen plenamente los Diez pasos hacia una feliz lactancia natural.	Establecer reglas para que todos los servicios de maternidad practiquen plenamente los Diez pasos hacia una feliz lactancia natural. Crear sistemas de evaluación, o mejorar los existentes, para verificar periódicamente el cumplimiento de los servicios de maternidad.

Recomendaciones de la Comisión	Medidas que deben adoptar los Estados Miembros
4.3 Promover las ventajas de la lactancia natural para la madre y el niño mediante actividades educativas de amplia cobertura dirigidas a los progenitores y a la comunidad en general.	Incluir en las orientaciones dirigidas a los progenitores y en las comunicaciones públicas información sobre las ventajas de la lactancia materna para promover el crecimiento y la salud adecuados del lactante y para reducir el riesgo de obesidad infantil.
4.4 Prestar apoyo a las madres para que puedan amamantar, en forma de medidas normativas como la concesión de licencia por maternidad y de instalaciones y tiempo para la lactancia en el lugar de trabajo.	Ratificar el Convenio 183 de la OIT y promulgar legislación que haga obligatorias todas las disposiciones de la Recomendación 191 de la OIT sobre la licencia por maternidad y la concesión de tiempo e instalaciones para la lactancia en el lugar de trabajo.
4.5 Elaborar reglas sobre la promoción de bebidas y alimentos complementarios, en consonancia con las recomendaciones de la OMS, para limitar el consumo por parte de lactantes y niños pequeños de alimentos y bebidas con elevado contenido de grasa, azúcar y sal.	Evaluar los efectos de la legislación, las reglas y las directrices a la hora de abordar la promoción de alimentos complementarios para lactantes y niños pequeños, según sea necesario. Adoptar y aplicar medidas eficaces, por ejemplo legislación o reglas, para restringir la promoción inadecuada de alimentos complementarios para lactantes y niños pequeños. Establecer mecanismos para imponer con eficacia y vigilar la aplicación de legislación o reglas sobre la promoción de alimentos complementarios para lactantes y niños pequeños.
4.6 Proporcionar orientaciones claras y apoyo a los cuidadores para evitar determinados tipos de alimentos (por ejemplo, las leches y jugos de frutas azucarados o los alimentos de alto contenido calórico y bajo valor nutricional) a fin de prevenir un aumento de peso excesivo. 4.7 Proporcionar orientaciones claras y apoyo a los cuidadores para alentar el consumo de una amplia variedad de alimentos sanos. 4.8 Proporcionar orientaciones a los cuidadores sobre la nutrición y la dieta adecuadas y el tamaño apropiado de las porciones para este grupo etario.	Incluir lo siguiente en las orientaciones sobre la alimentación de los lactantes y los niños pequeños: 1) la introducción de alimentos complementarios adecuados, evitando el uso de azúcar o edulcorantes añadidos; 2) alimentación perceptiva a fin de alentar a los lactantes y los niños pequeños a consumir una amplia variedad de alimentos sanos; 3) los alimentos y bebidas con un alto contenido en azúcar, grasa y sal que no deberían ofrecerse a los lactantes y niños pequeños; 4) los tamaños adecuados de las porciones para niños de diferentes edades. Formar a agentes de salud comunitarios o a grupos de ayuda mutua para que apoyen la alimentación complementaria adecuada.
4.9 Velar por que en los centros o instituciones oficiales de cuidados infantiles se sirvan solamente alimentos, bebidas y refrigerios sanos.	Establecer normas obligatorias en materia de nutrición para los alimentos y bebidas que se ofrecen (en particular las comidas) o se venden (especialmente en las máquinas expendedoras y las cantinas escolares) en los centros o instituciones públicos o privados de cuidados infantiles. Aplicar dichas leyes, reglas y normas alimentarias en los servicios de comedores de los centros de atención infantil y otros entornos pertinentes.
4.10 Velar por que en los centros o instituciones oficiales de cuidados infantiles se incorporen al plan de estudios actividades de educación o de conocimientos sobre la alimentación.	Elaborar, con la colaboración de los sectores de la educación y la salud, planes de estudios con actividades de educación en materia de nutrición, alimentación y salud. Formar a profesores en la enseñanza del plan de estudios. Integrar en el plan de estudios básico los componentes de la educación nutricional y sanitaria, en particular las competencias prácticas, elaborados en colaboración con el sector de la educación.

Recomendaciones de la Comisión	Medidas que deben adoptar los Estados Miembros
4.11 Velar por que en los centros o instituciones oficiales de cuidados infantiles se incorpore la actividad física al plan de estudios y a las tareas diarias.	Establecer normas para la práctica de actividades físicas en los centros de cuidados infantiles. Proporcionar a los cuidadores orientaciones para que todos los niños participen en actividades físicas seguras y apropiadas para su desarrollo, y juego y recreación activos.
4.12 Ofrecer orientaciones sobre el tiempo que conviene que el grupo etario de 2 a 5 años dedique al sueño, a actividades sedentarias o que suponen estar ante una pantalla, y a la actividad física o al juego activo.	Elaborar orientaciones sobre actividades físicas para niños menores de 5 años, en particular actividades que sean adecuadas para su edad e ideas para apoyar y alentar la participación en actividades físicas en el hogar y en la comunidad durante todo el año. Elaborar orientaciones sobre el tiempo que conviene que los niños y adolescentes dediquen al sueño y a actividades lúdicas ante una pantalla (véase la recomendación 2.1) e ideas para evitar actividades sedentarias, en particular las que suponen estar demasiado tiempo ante una pantalla, y para perfilar actividades físicas periódicas para familias.
4.13 Lograr el apoyo de toda la comunidad para que los cuidadores y los centros de cuidados infantiles fomenten un tipo de vida sano en los niños pequeños.	Poner en marcha campañas de sensibilización pública y difundir información para que se conozcan mejor las consecuencias de la obesidad infantil. Promover las ventajas de la actividad física para los cuidadores y los niños mediante actividades educativas de amplia cobertura dirigidas a los progenitores y a la comunidad en general. Promover la comunicación y la participación de la comunidad para sensibilizar a la población y crear un entorno propicio y demanda social para la adopción de medidas normativas que tengan por objeto mejorar la alimentación y la actividad física de los niños. Seleccionar dirigentes/valedores en la comunidad/organizaciones de la sociedad civil con los que trabajar, y garantizar la representación de la comunidad.

5. Medidas para aplicar programas integrales que promuevan entornos escolares saludables, conocimientos básicos en materia de salud y nutrición y actividad física en niños y adolescentes en edad escolar (cuadro 6)

Fundamento

23. Los niños y los adolescentes son sumamente susceptibles a la promoción de bebidas y alimentos malsanos, lo que ha llevado al reconocimiento de la necesidad de proteger a los niños de dicha promoción.[1] La presión de los compañeros y las percepciones de una imagen corporal ideal también influyen en las actitudes de los niños ante la dieta y la actividad física. Los adolescentes en particular están expuestos a influencias y fuerzas del mercado diferentes a las que actúan en el caso de los niños más pequeños y las familias. Lamentablemente un número considerable de niños en edad escolar no sigue una educación formal, ya que los años de escolarización obligatoria ofrecen un buen punto de partida para integrar a este grupo etario e inculcar hábitos saludables de alimentación y participación en actividades físicas para prevenir la obesidad durante toda la vida. Para conseguir los resultados deseados, es necesario que los programas de mejora de la nutrición y la actividad física de los niños y los adolescentes impulsen la colaboración de diferentes partes interesadas y velen por que los conflictos de interés, como los que pueden plantearse cuando la industria de los alimentos y bebidas participan en los programas, no socaven los progresos. La colaboración activa del sector de la educación y la integración de actividades en iniciativas escolares de promoción de la salud contribuirán a garantizar los buenos resultados de los programas y a mejorar el rendimiento escolar. Es necesario que los niños más mayores y los adolescentes, así como su comunidad, participen en la formulación y aplicación de intervenciones para reducir la obesidad infantil.[2]

Cuadro 6. Recomendación 5 de la Comisión y medidas que deben adoptar los Estados Miembros

Recomendaciones de la Comisión	Medidas que deben adoptar los Estados Miembros
5.1 Establecer normas para las comidas que se ofrecen en las escuelas, o para los alimentos y las bebidas que se venden en ellas, que cumplan las directrices sobre una nutrición sana. 5.2 Eliminar en entornos escolares el suministro o la venta de alimentos malsanos, como las bebidas azucaradas y los alimentos de alto contenido calórico y bajo valor nutricional.	Establecer normas nutricionales obligatorias para los alimentos y bebidas que se ofrecen (en particular las comidas) o se venden (especialmente en las máquinas expendedoras y las cantinas escolares) en los centros escolares públicos y privados. Aplicar dichas leyes, reglas y normas alimentarias en los servicios de comedores de las escuelas y otros entornos pertinentes.
5.3 Garantizar el acceso a agua potable en las escuelas y los centros deportivos.	Garantizar que todas las escuelas y centros deportivos ofrezcan acceso gratuito a agua de bebida salubre.

[1] Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas: Observación general 15 (2013) sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (art. 24), 17 de abril de 2013, documento CRC/C/GC/15.

[2] School policy framework. Implementation of the WHO global strategy on diet, physical activity and health. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008.

Recomendaciones de la Comisión	Medidas que deben adoptar los Estados Miembros
5.4 Exigir que se incluyan actividades educativas sobre nutrición y salud en el plan de estudios básico de las escuelas.	Elaborar, con la colaboración de los sectores de la educación y la salud, planes de estudios con actividades de educación en materia de nutrición, alimentación y salud. Formar a profesores en la enseñanza del plan de estudios. Integrar en el plan de estudios básico los componentes de la educación nutricional y sanitaria, en particular las competencias prácticas, elaborados en colaboración con el sector de la educación.
5.5 Mejorar los conocimientos básicos y competencias de los progenitores y los cuidadores en materia de nutrición.	Colaborar con las escuelas y las comunidades para impartir enseñanzas sobre las competencias a través de clases/grupos comunitarios.
5.6 Ofrecer clases sobre preparación de alimentos a los niños, sus progenitores y cuidadores.	
5.7 Incluir en el plan de estudios de las escuelas una educación física de calidad y ofrecer personal e instalaciones adecuadas y pertinentes a tal efecto.	Fijar normas para incluir en el plan de estudios de las escuelas una educación física de calidad.

6. Medidas para ofrecer a niños y jóvenes con obesidad servicios para el control del peso corporal que reúnan diversos componentes y se centren en la familia y en la modificación del tipo de vida (cuadro 7)

Fundamento

24. Cuando los niños ya tienen sobrepeso u obesidad, el control del peso para reducir el índice de masa corporal para la edad y reducir o prevenir los trastornos que acompañan a la obesidad ayudará a mejorar los resultados sanitarios presentes y futuros. Los servicios de atención primaria de salud son importantes para la detección temprana y el tratamiento de la obesidad y sus complicaciones. Revisar periódicamente el crecimiento en el establecimiento de atención primaria de salud o en la escuela permite detectar a los niños que corren el riesgo de ser obesos. Es necesario prestar una atención especial a las necesidades en el ámbito de la salud mental de los niños con sobrepeso u obesidad, en particular por lo que respecta a los problemas que conlleva la estigmatización y la intimidación.

Cuadro 7. Recomendación 6 de la Comisión y medidas que deben adoptar los Estados Miembros

Recomendaciones de la Comisión	Medidas que deben adoptar los Estados Miembros
6.1 Preparar y poner en marcha servicios adecuados para el control del peso dirigidos a niños y adolescentes con sobrepeso u obesidad que reúnan diversos componentes (en concreto nutrición, actividad física y apoyo psicosocial), se centren en la familia y corran a cargo de equipos integrados por varios profesionales con formación y recursos adecuados, como parte de la cobertura sanitaria universal.	Aplicar un protocolo de control del peso adecuado al contexto que reúna diversos componentes y abarque la dieta, la actividad física y los servicios de apoyo psicosocial adaptados a los niños y sus familias. Armonizar los servicios con las directrices clínicas existentes y configurar claramente las funciones de los proveedores de atención primaria de salud para una mayor eficacia de la labor multidisciplinar. Formar y capacitar a los proveedores de atención primaria de salud para que detecten y traten la obesidad infantil y la estigmatización conexa. Incluir los servicios de tratamiento del peso infantil en la cobertura sanitaria universal.

III. SEGUIMIENTO Y RENDICIÓN DE CUENTAS PARA UN PROGRESO EFICAZ (CUADRO 8)

25. Para sensibilizar con respecto al problema de la obesidad infantil puede servir llevar a cabo un seguimiento, que también es necesario para rastrear los progresos en la formulación, aplicación y eficacia de las intervenciones. Es comprensible que los gobiernos sean reacios a un aumento de la carga de notificación sobre sus compromisos. Actualmente existen varios mecanismos de seguimiento que los países podrían utilizar para obtener datos e integrarlos en un marco nacional general de seguimiento de la obesidad infantil. Entre ellos se incluyen los indicadores y el marco de vigilancia de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, el Grupo Independiente del Secretario General de las Naciones Unidas sobre la Rendición de Cuentas de la Estrategia Mundial actualizada para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente; el marco mundial de vigilancia de las enfermedades no transmisibles; el marco mundial de vigilancia de la nutrición materna, del lactante y del niño pequeño;[1] y el Marco de seguimiento y evaluación de la estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud.[2]

26. Los Estados Miembros no desean aumentar innecesariamente la carga de notificación. Por tanto, se precisa una segunda fase para identificar todos los indicadores y los mecanismos de notificación pertinentes que puedan recabarse para el seguimiento, y para establecer asesoramiento y herramientas técnicas de seguimiento y rendición de cuentas que tengan todo ello en consideración. La Secretaría elaborará un marco para evaluar los progresos en la aplicación del plan en el que se definirán líneas de referencia, indicadores y sectores responsables. Asimismo, deberá presentar ejemplos concretos de las funciones de los diferentes sectores/ministerios en el apoyo a la respuesta pangubernamental a la prevención y el tratamiento de la obesidad infantil.

[1] Véanse la decisión WHA68(14) (2015) sobre la nutrición de la madre, el lactante y el niño pequeño: elaboración del conjunto básico de indicadores, y el documento WHA68/2015/REC/1, anexo 7.

[2] WHO global strategy on diet, physical activity and health: a framework to monitor and evaluate implementation. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008.

Cuadro 8. Recomendaciones de la Comisión sobre el seguimiento y la rendición de cuentas y medidas que deben adoptar los Estados Miembros

Recomendaciones de la Comisión	Medidas que deben adoptar los Estados Miembros
Establecer sistemas de seguimiento que proporcionen pruebas de los efectos y la eficacia de las intervenciones en la reducción de la prevalencia de la obesidad infantil y utilizar los datos para mejorar la normativa y su aplicación.	Velar por que se efectúen mediciones periódicas del peso y la estatura de los niños en todos los centros de atención primaria con un control adecuado de la calidad. Establecer sistemas de seguimiento que proporcionen pruebas de los efectos y la eficacia de las intervenciones en el logro de sus objetivos normativos y utilizar los datos para mejorar la normativa y su aplicación.
Elaborar un mecanismo de rendición de cuentas que aliente la participación de las organizaciones no gubernamentales y las instituciones académicas en las actividades de rendición de cuentas.	Establecer mecanismos de coordinación para la participación de los agentes no estatales en actividades de seguimiento y rendición de cuentas que estén alineados con los mecanismos de rendición de cuentas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente, el Decenio de Acción de las Naciones Unidas sobre la Nutrición (2016-2025), el marco mundial de vigilancia sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles y el conjunto conexo de indicadores de progreso.

27. En el modelo lógico de la figura 3 se presentan a los Estados Miembros orientaciones para seleccionar efectos a corto y medio plazo con objeto de definir indicadores específicos que permitan medir determinantes de un modo normalizado.

Figura 3. Modelo lógico para intervenciones de prevención de la obesidad infantil

Intervenciones	Productos	Efectos	Impactos
1. Promover la ingesta de alimentos saludables	Mejora de la comprensión de la información nutricional Impuesto eficaz sobre las bebidas azucaradas Reducción de la exposición de los niños a la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas Incremento del acceso a distintas opciones de alimentos sanos, especialmente en grupos de población desfavorecidos	Mayor consumo de alimentos sanos Reducción del consumo de bebidas azucaradas y alimentos malsanos	Menor incidencia y prevalencia de la obesidad infantil Menor prevalencia de afecciones relacionadas con la obesidad infantil Reducción de la prevalencia de la obesidad en niños pequeños Reducción de la incidencia de la obesidad en niños y adolescentes en edad escolar Mejora de los resultados sanitarios y el bienestar de los niños con sobrepeso y obesidad
2. Promover la actividad física	Mejora de los conocimientos y la comprensión de las ventajas de la actividad física entre los profesores, los cuidadores y los niños Todos los niños tienen acceso a instalaciones y oportunidades para participar en actividades físicas en las horas de recreo y pueden utilizarlas	Aumento de la actividad física en los niños y adolescentes Reducción del tiempo dedicado a actividades sedentarias o que suponen estar ante una pantalla y pautas de sueño adecuadas en niños y adolescentes	
3. Proporcionar atención pregestacional y prenatal	Mejora del diagnóstico y el tratamiento de la hiperglucemia y la hipertensión durante la gestación Futuros progenitores mejor informados en materia de dietas sanas, actividad física y sobre cómo evitar la exposición al tabaco, alcohol, drogas y otros productos tóxicos antes del embarazo y durante el mismo	Reducción de la exposición del feto a factores de riesgo para la obesidad infantil Reducción de la proporción de lactantes con bajo peso al nacer o grandes para su edad gestacional	

Intervenciones	Productos	Efectos	Impactos
4. Proporcionar orientaciones y apoyo sobre la alimentación y la actividad física durante la primera infancia	Reducción de la exposición a la comercialización de sucedáneos de la leche materna Mayor sensibilización sobre las ventajas de la lactancia materna exclusiva Más oportunidades para que las mujeres sigan amamantando	Mejora de las prácticas alimentarias de los lactantes y los niños pequeños	Reducción de la incidencia de la obesidad en niños y adolescentes en edad escolar Mejora de los resultados sanitarios de los niños con sobrepeso y obesidad
5. Promover la salud, la nutrición y la actividad física en los centros escolares y de cuidados infantiles	Mayor disponibilidad y acceso a alimentos saludables y agua de bebida salubre en las escuelas Menor disponibilidad de alimentos con elevado contenido de azúcar, sal y grasas en las escuelas Niños y adolescentes en edad escolar y sus cuidadores mejor informados en materia de dietas sanas y actividad física Diariamente se practican actividades físicas en los centros escolares y de cuidados infantiles	Aumento del consumo de alimentos saludables y reducción del consumo de alimentos con elevado contenido de azúcar, sal y grasas entre los niños y los adolescentes Aumento del consumo de agua en las escuelas y los centros deportivos como alternativa a bebidas azucaradas Niños y adolescentes en edad escolar que realizan más actividades físicas	
6. Proporcionar servicios para el control del peso	Aumento del acceso de los niños con sobrepeso u obesidad a servicios adecuados para el control del peso que reúnan diversos componentes y se centren en la familia	Aumento del uso por parte de los niños con sobrepeso u obesidad de servicios adecuados para el control del peso que reúnan diversos componentes y se centren en la familia	

28. Los compromisos sólidos deben ir acompañados de robustos sistemas de aplicación y de mecanismos bien definidos de rendición de cuentas para progresar en la prevención de la obesidad infantil. Un enfoque en el que participe toda la sociedad constituye una oportunidad excelente para combatir la obesidad infantil. Los gobiernos y otros agentes, en particular la sociedad civil, pueden pedirse cuentas mutuamente, y a las entidades del sector privado, a fin de velar por que se adopten políticas y se cumplan las normas.[1]

29. Los gobiernos son los principales responsables de establecer el marco normativo y reglamentario para la prevención de la obesidad infantil en el ámbito de país. Un enfoque en el que se implique todo el gobierno exige el establecimiento de una jerarquía clara de responsabilidad y de rendición de cuentas y que se pida a las instituciones pertinentes encargadas de poner en marcha o aplicar las intervenciones que rindan cuentas por la ejecución de dichas tareas. Esta labor puede facilitarse mediante la elaboración de una matriz de planificación de medidas y políticas. La matriz (véase la figura 4) puede servir de herramienta para garantizar la rendición de cuentas pangubernamental, mediante una delineación clara de las medidas, los agentes, las tareas, los productos o efectos de los que un agente debe ocuparse, el seguimiento de las medidas y los procesos para pedir cuentas a las diferentes partes. Las entidades gubernamentales cuentan además con una amplia selección de herramientas y procesos para pedir cuentas a agentes externos, por ejemplo procesos judiciales, disposiciones de reglamentación, incentivos económicos, y enfoques de mercado y basados en los medios de comunicación.

30. La sociedad civil puede desempeñar una función crucial para ejercer presión social, moral y política sobre los gobiernos a fin de que cumplan sus compromisos.[2] Acabar con la obesidad infantil debería formar parte del programa de la sociedad civil de promoción y rendición de cuentas. Es sumamente importante mejorar la coordinación de las organizaciones de la sociedad civil y fortalecer su capacidad para un seguimiento eficaz y garantizar la rendición de cuentas con respecto a los compromisos adquiridos. Puede que los gobiernos consideren la posibilidad de dar a la sociedad civil la oportunidad de participar oficialmente en la formulación de políticas, la aplicación y el proceso de evaluación, así como de garantizar la rendición de cuentas mutua y la transparencia.

31. El sector privado puede desempeñar una función importante en la lucha contra la obesidad infantil, teniendo en cuenta de forma adecuada sus actividades empresariales básicas, si bien con frecuencia se necesitan estrategias adicionales de rendición de cuentas. Es necesario identificar los riesgos de conflictos de interés y evaluarlos y gestionarlos de manera transparente y adecuada en la colaboración con los agentes no estatales. Por lo tanto los códigos deontológicos y las evaluaciones de cumplimiento verificadas independientemente con supervisión gubernamental son importantes.

---

[1] Swinburn B, Kraak V, Rutter H, Vandevijvere S, Lobstein T, Sacks G, *et al.* Strengthening of accountability systems to create healthy food environments and reduce global obesity. The Lancet. 2015;385:2534-45.

[2] Huang TTK, Cawley JH, Ashe M, Costa SA, Frerichs LM, Zwicker L, et al. Mobilisation of public support for policy actions to prevent obesity. Lancet. 2015;385:2422-31.

Figura 4. Matriz de planificación de medidas y políticas para el seguimiento y la rendición de cuentas

Medidas (Recomendaciones de la Comisión)	Identificar medidas/conjuntos de medidas específicas que deben abordarse ⇩
Agentes	¿Quién formulará la política o actuación para su aplicación? ¿Quién aplicará la política/actuación? [pregunta separada] ¿Hay otros agentes pertinentes? En caso afirmativo, ¿quiénes son? ⇩
Asignación de responsabilidad para las tareas y los efectos	¿De qué se le pedirán cuentas a cada uno de los agentes pertinentes? Por ejemplo: formular una política/programa aplicar una política/programa cumplir la política lograr progresos mensurables hacia el logro del objetivo normativo final (o un objetivo intermedio adecuado) compilar y analizar datos desglosados por determinantes importantes, como sexo, edad, nivel socioeconómico y educación ⇩
Seguimiento	¿Quién realizará el seguimiento de las tareas o medidas de las que se pide cuentas a los agentes? ⇩
Petición de cuentas (relaciones de rendición de cuentas)	¿Quién pedirá cuentas a los agentes (es decir, a los que formulan la política y las medidas para su ejecución)? ¿Quién pedirá cuentas a los agentes que ejecutan las medidas? ¿Quién pedirá cuentas a otros agentes pertinentes? ⇩
Indicadores de seguimiento (proceso, productos y efectos)	¿Qué indicadores ofrecen mediciones de las medidas de las que se pide cuentas a los agentes? ⇩
Herramientas y procesos para pedir cuentas	¿Cómo se pedirá cuentas a los agentes de su desempeño?

IV. ELEMENTOS FUNDAMENTALES PARA LA APLICACIÓN SATISFACTORIA

32. En la aplicación de las medidas para acabar con la obesidad infantil, deberían tenerse en cuenta determinados elementos, como subraya la Comisión en su informe.

Establecimiento de prioridades

33. Puede que la prevalencia de la obesidad infantil y la distribución socioeconómica, así como la capacidad económica y de los servicios de salud, varíen entre regiones, países y subregiones nacionales. Puede también que se dé una combinación de problemas nutricionales que tienen que solucionarse simultáneamente, como sobrepeso, desnutrición y carencias de micronutrientes. Un análisis que tenga en cuenta los datos de prevalencia por determinantes de la salud importantes, como sexo, edad, nivel socioeconómico y etnia, junto con el establecimiento de prioridades, puede ayudar a los gobiernos a elegir combinaciones y el orden de aplicación de las intervenciones que rectificarán el problema de la obesidad infantil. Las intervenciones con capacidad para generar ingresos, como la imposición de ta-

sas a las bebidas azucaradas, pueden ayudar a los gobiernos a sufragar los costos de aplicación. Existen varias herramientas de establecimiento de prioridades que pueden guiar el proceso.[1] La intervenciones y combinaciones sinérgicas que permiten que la opción saludable sea la opción más fácil, intervenciones que tienen la ventaja de estimular los debates entre la población, y la educación en materia de obesidad infantil: todas pueden resultar eficaces para sensibilizar al público y fomentar el apoyo a la legislación y la reglamentación. También es importante asegurarse de que las partes interesadas pertinentes participan en el establecimiento de prioridades y en la formulación de políticas, si bien debe prestarse una atención especial a los posibles conflictos de interés. Se invita a todos los países a que pongan en marcha medidas para prevenir y controlar el sobrepeso infantil, aunque el nivel de prevalencia sea bajo, puesto que la epidemia avanza rápidamente.

Sensibilización, comunicación y educación

34. Los valores y normas influyen en la percepción de lo que constituye un peso corporal saludable o deseable, especialmente en los niños. La comunicación es vital para mejorar conocimientos, corregir percepciones erróneas y asegurarse del apoyo y participación de las comunidades en políticas e intervenciones que fomenten un cambio en las conductas. La educación entre compañeros y las iniciativas que implican a toda la comunidad pueden hacer que los niños, los adolescentes, las familias y las personas participen en la concepción de nuevos enfoques para prevenir y combatir la obesidad, y les dan herramientas para actuar, además de que, lo que es más importante, fomentan la demanda de servicios e intervenciones y su apoyo. Los programas de creación de capacidad para formar a los proveedores de servicios de salud y a los agentes de salud comunitarios en nuevas competencias en comunicaciones y educación, son también cruciales para su aplicación eficaz.

35. Deberían llevarse a cabo, a escala adecuada y con la frecuencia oportuna, campañas de base científica en los medios de comunicación que se fundamenten en principios integrados de comercialización, con objeto de justificar un programa de acción más amplio y conseguir apoyos al respecto. Dichos enfoques han demostrado ser importantes para cambiar percepciones, actitudes e intenciones, y para promover debates en la comunidad sobre la obesidad, la actividad física y dietas sanas. Campañas y programas de ese tipo pueden también orientarse, por ejemplo, a progenitores y cuidadores.

Movilización de recursos

36. Los gobiernos y las partes interesadas necesitan recursos para aplicar medidas y encontrar enfoques innovadores que permitan obtener financiación nacional e internacional. Los impuestos a las bebidas azucaradas generarían ingresos que se podrían aplicar en programas de lucha contra la obesidad infantil, si bien se debe velar por evitar o gestionar los conflictos de intereses.

37. Para que la aplicación de las recomendaciones de la Comisión tenga efectos a largo plazo es necesario obtener recursos nacionales e internacionales de forma sostenible.

---

[1] Establecimiento de áreas de acción prioritarias para la prevención de la obesidad infantil: conjunto de herramientas para que los Estados Miembros determinen e identifiquen áreas de acción prioritarias. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2012.

Creación de capacidad

38. El fortalecimiento de la capacidad institucional y la formación adecuada de los trabajadores sanitarios y del personal de las escuelas y los centros de cuidados infantiles son también esenciales para la aplicación eficaz de las recomendaciones de la Comisión. Además, tanto la competencia como los medios adecuados son importantes para elaborar, aplicar, evaluar e imponer la observancia de políticas con un enfoque poblacional, como la imposición de tasas sobre las bebidas azucaradas y la restricción de la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños.

39. Las redes pueden ayudar a los países comprometidos a poner en marcha actividades específicas, y a crear capacidad mediante plataformas para el intercambio de experiencias y políticas entre los Estados Miembros.

V. FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES DE LAS PARTES INTERESADAS

40. La aplicación eficaz de las medidas adoptadas en relación con las recomendaciones de la Comisión requiere que numerosos organismos, además de los Estados Miembros (véase la sección II), se comprometan a contribuir, apoyar y prestar atención prioritaria a tales medidas. La Comisión señaló que los siguientes grupos de partes interesadas tenían las funciones y responsabilidades específicas que se indican a continuación.

Secretaría de la OMS

41. Es necesario mantener el impulso actual. La Secretaría convocará y dirigirá un diálogo de alto nivel en el seno del sistema de las Naciones Unidas y entre los Estados Miembros con el fin de cumplir los compromisos asumidos en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, la Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles, la Declaración de Roma sobre Nutrición y otros marcos regionales y mundiales a través de las medidas que figuran en el informe de la Comisión para acabar con la obesidad infantil.

42. Sirviéndose de su función normativa, tanto en el ámbito mundial como a través de su red de oficinas regionales y de país, la OMS puede prestar asistencia técnica elaborando o ampliando directrices, herramientas y normas para apoyar las recomendaciones de la Comisión y otros mandatos pertinentes de la OMS en el ámbito de los países. Además, la Secretaría puede difundir orientaciones de aplicación, seguimiento y rendición de cuentas, y supervisar los progresos logrados para acabar con la obesidad infantil e informar al respecto.

Medidas

a) Colaborar con otros órganos del sistema de las Naciones Unidas en cuyos mandatos se incluyan la nutrición y la obesidad infantil, en particular la FAO, el PNUD, ONU-Hábitat, el UNICEF y el PMA.

b) Institucionalizar un enfoque transversal y que contemple el curso de la vida para acabar con la obesidad infantil en las diferentes esferas técnicas pertinentes de la sede de la OMS, y las oficinas regionales y de país.

c) Elaborar, en consulta con los Estados Miembros, directrices para colaborar de forma constructiva con el sector privado a fin de prevenir la obesidad infantil.

d) Fortalecer la capacidad para ofrecer apoyo técnico en las medidas que tienen por objeto acabar con la obesidad infantil en el plano mundial, regional y nacional, por ejemplo:

i) creando capacidad jurídica y normativa, mediante la organización de cursos y cursillos en colaboración con otros sectores gubernamentales;

ii) elaborando directrices sobre la prevención del riesgo de obesidad durante la atención prenatal, sobre actividad física para las embarazadas y los niños pequeños, y sobre el tiempo que conviene que los niños y los adolescentes dediquen al sueño o a actividades que suponen estar ante una pantalla;

iii) ofreciendo apoyo técnico y herramientas a los Estados Miembros que los soliciten, mediante el establecimiento de comités multisectoriales o equipos de tareas, por ejemplo, a fin de respaldar la aplicación de las recomendaciones de la Comisión;

iv) poniendo en marcha una plataforma que permita la cooperación entre los Estados Miembros con prioridades similares para la aplicación de las recomendaciones.

e) Ayudar a los organismos internacionales, los gobiernos nacionales y las partes interesadas pertinentes a que los compromisos adquiridos pasen a ser medidas pertinentes para acabar con la obesidad infantil en el plano mundial, regional y nacional.

f) Promover las investigaciones de colaboración que tengan por objeto acabar con la obesidad infantil y se centren en un enfoque que contemple el curso de la vida.

g) Alentar modos innovadores de financiar la aplicación de estrategias para la prevención de la obesidad infantil, prestando la debida atención a los conflictos de interés.

h) Informar sobre los progresos mundiales para acabar con la obesidad infantil.

Organizaciones internacionales

43. La cooperación entre las organizaciones internacionales, en particular las entidades del sistema de las Naciones Unidas, puede fomentar las alianzas y redes mundiales y regionales para la promoción, la movilización de recursos, la creación de capacidad y las investigaciones de colaboración. El Equipo de Tareas Interinstitucional de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles puede prestar apoyo a los Estados Miembros en la lucha contra la obesidad infantil.

Medidas

a) Cooperar en la creación de capacidad y en la ayuda a los Estados Miembros para combatir la obesidad infantil.

b) Incorporar la prevención de la obesidad infantil en los programas de ámbito nacional del Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo.

c) Prestar apoyo en la elaboración y difusión de orientaciones sobre dieta sana y actividad física.

d) Colaborar con las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas que se ocupan de la nutrición para examinar las prácticas actuales sobre la ejecución de programas de alimentación y nutrición y asegurarse de que los programas contribuyen a la prevención de la obesidad infantil.

e) Establecer alianzas con los gobiernos para aplicar intervenciones que permitan acabar con la obesidad infantil, a través, por ejemplo, del Equipo de Tareas Institucional de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles, la Red de las Naciones Unidas para el Fomento de la Nutrición y el Programa Mundial Conjunto OMS-PNUD para activar respuestas nacionales a las enfermedades no transmisibles, que pueden apoyar la aplicación de las recomendaciones de la Comisión.

Organizaciones no gubernamentales

44. Si bien los gobiernos crean marcos normativos, en algunos países las tareas de organizar campañas de información y educación en materia de nutrición, los programas para su puesta en marcha, y el seguimiento y petición de cuentas a los agentes por los compromisos adquiridos pueden compartirse entre el gobierno y la sociedad civil. Los movimientos sociales pueden implicar a los miembros de la comunidad y proporcionar una plataforma para la promoción y la actuación.

Medidas

a) Resaltar la importancia de prevenir la obesidad infantil mediante actividades de promoción y la difusión de información.

b) Persuadir a los consumidores para que exijan a los gobiernos que tomen medidas en pro de un tipo de vida saludable, y que la industria de los alimentos y bebidas no alcohólicas ponga al alcance del público productos sanos y se abstenga de dirigir a los niños propaganda de alimentos y bebidas malsanos.

c) Instar a los gobiernos a crear los marcos jurídicos y normativos necesarios para aplicar las recomendaciones destinadas a acabar con la obesidad infantil.

d) Contribuir a la elaboración y aplicación de un mecanismo de seguimiento y rendición de cuentas.

Sector privado

45. El sector privado no es homogéneo, pues incluye al sector agropecuario, la industria de los alimentos y bebidas, los minoristas, las empresas de distribución de comida, los fabricantes de artículos deportivos, las agencias de publicidad y la industria del ocio, y los medios informativos, entre otros. Por tanto, es importante tener en cuenta el grado de compromiso de los gobiernos con las entidades del sector privado cuyas actividades pueden tener repercusiones positivas o negativas en la obesidad infantil. Los gobiernos deben colaborar de forma constructiva con el sector privado con objeto de impulsar la aplicación de políticas e intervenciones dirigidas y determinadas por ellos.

46. Existen algunas iniciativas del sector privado que pueden reducir la obesidad infantil, pero es necesario alentarlas en aquellos casos en que cuentan con el respaldo de una base científica y no tienen efectos negativos coincidentes, como retrasar reglamentación más eficaz. Habida cuenta de que muchas empresas trabajan a escala mundial, la colaboración internacional entre sus diferentes filiales es absolutamente necesaria. Sin embargo, también se debe prestar atención a las entidades y empresas locales y regionales. Si bien en algunos casos la cooperación con el sector empresarial ha permitido

lograr ciertos resultados alentadores en relación con la dieta y la actividad física, en otros casos con esa cooperación se ha trasladado la responsabilidad desde la industria de los alimentos y las bebidas al consumidor y se ha pretendido mejorar la imagen de la empresa ante la sociedad. Algunas medidas de la industria de fabricación de alimentos para reducir el contenido de grasas, azúcar y sal y el tamaño de las porciones de los alimentos procesados, y para aumentar la producción de alimentos innovadores, sanos y nutritivos, podrían acelerar la obtención de resultados beneficiosos para la salud en el mundo entero si se aplicaran ampliamente. Las multinacionales deberían utilizar enfoques coherentes con respecto al etiquetado y la promoción en el conjunto de sus carteras mundiales, con objeto de garantizar que las medidas se apliquen del mismo modo en todo el mundo igual y no varíen de un país a otro. Para ello, las multinacionales deberían aplicar las normas más elevadas a las que estén sujetos sus productos. Ahora bien, la colaboración entre los gobiernos y el sector privado debe orientarse hacia objetivos de salud, ser transparente y responsable y prestar una atención especial a la gestión de los posibles conflictos de interés.[1]

Medidas

a) Apoyar la producción de alimentos y bebidas no alcohólicas que contribuyen a una dieta sana, y facilitar el acceso a ellos.

b) Facilitar el acceso y participación en actividades físicas.

Fundaciones filantrópicas

47. Las fundaciones filantrópicas tienen una posición inigualable para contribuir de manera significativa a la salud pública mundial y pueden también participar en las actividades de seguimiento y rendición de cuentas.

Medidas

a) Reconocer que la obesidad infantil pone en peligro la salud de los niños y su rendimiento escolar con consecuencias a largo plazo, y por tanto abordar este importante problema.

b) Movilizar fondos en apoyo de la investigación, la creación de capacidad, la prestación de servicios, y el seguimiento y la rendición de cuentas.

Instituciones académicas y asociaciones de profesionales de la salud

48. Las instituciones académicas pueden contribuir a la prevención y el control de la obesidad infantil mediante estudios sobre los factores de riesgo y los determinantes biológicos, conductuales y ambientales, y la eficacia de las intervenciones en cada uno de estos. Las asociaciones de profesionales de la salud tienen una importante función de sensibilización del público sobre las repercusiones inmediatas y a largo plazo de la obesidad infantil en la salud y el bienestar y de promover la aplicación de intervenciones eficaces. Pueden también prestar apoyo en la formación de profesionales de la salud y contribuir al seguimiento y la rendición de cuentas.

---

[1] Addressing and managing conflicts of interest in the planning and delivery of nutrition programmers at country level. Disponible en http://www.who.int/nutrition/events/2015_conflictsofinterest_nut_programmes/en/ (consultado el 6 de marzo de 2017).

Medidas

a) Resaltar la importancia de la prevención y el tratamiento de la obesidad infantil mediante la difusión de información pertinente y su incorporación a los planes de estudios de todos los niveles (estudios de grado y de postgrado).

b) Subsanar las carencias de conocimientos mediante investigaciones que no tengan intereses comerciales con objeto de proporcionar datos científicos que apoyen la aplicación de políticas.

c) Apoyar y evaluar las actividades de seguimiento y rendición de cuentas.

CONCLUSIONES

49. La obesidad infantil socava el bienestar físico, social y psicológico de los niños y es un conocido factor de riesgo para la obesidad y las enfermedades no transmisibles en la edad adulta. Es imperativo actuar ahora para mejorar la salud de esta generación de niños y la siguiente. El sobrepeso y la obesidad no pueden resolverse solamente con la adopción de medidas individuales. Se necesitan respuestas integrales para crear entornos saludables que puedan ayudar a las personas a elegir las opciones saludables basándose en sus conocimientos y competencias sobre salud y nutrición. Estas respuestas exigen compromiso y liderazgo de los gobiernos, inversiones a largo plazo y la participación del conjunto de la sociedad para proteger los derechos de los niños a la buena salud y el bienestar. Pueden lograrse progresos si todos los agentes mantienen su compromiso de trabajar juntos en pro de un objetivo común: acabar con la obesidad infantil.

ANEXO 12

Quinta reunión del mecanismo de Estados Miembros sobre productos médicos de calidad subestándar y falsificados[1]

[A70/23, apéndice 3 – 20 de marzo de 2017]

MECANISMO DE ESTADOS MIEMBROS DE LA OMS SOBRE PRODUCTOS MÉDICOS DE CALIDAD SUBESTÁNDAR, ESPURIOS, DE ETIQUETADO ENGAÑOSO, FALSIFICADOS O DE IMITACIÓN (SSFFC)

DEFINICIONES FUNCIONALES

INTRODUCCIÓN

1. En la cuarta reunión del mecanismo de Estados Miembros sobre productos médicos SSFFC, celebrada los días 19 y 20 de noviembre de 2015, se decidió[2] constituir un grupo de trabajo para perfilar las definiciones funcionales de los productos médicos SSFFC,[3] a partir de las utilizadas actualmente por el sistema de vigilancia y monitoreo mundiales de la OMS. La decisión se adoptó a raíz de las observaciones remitidas por diferentes Estados Miembros en relación con el documento sobre las definiciones funcionales difundido en la plataforma MedNet en 2015, que se han volcado en el presente documento.

Alcance

2. Este grupo de trabajo trata de llegar a un consenso general simplificado y aclarar a los Estados Miembros y otras partes interesadas lo que se entiende por la expresión «producto médico SSFFC»; y recomendar una definición de lo que constituye un producto médico SSFFC a la quinta reunión del mecanismo de Estados Miembros.

3. En este sentido, en el mandato recogido en la resolución WHA65.19 (2012)[4] se indicó en una oportuna nota a pie de página que «El mecanismo de Estados Miembros utilizará la expresión 'productos médicos de calidad subestándar, espurios, de etiquetado engañoso, falsificados o de imitación' hasta que los órganos deliberantes de la OMS hayan aprobado una definición». De debates anteriores

---

[1] Véase la decisión WHA70(21).

[2] Véase el documento A/MSM/4/10.

[3] Un producto médico se define como un medicamento, vacuna o producto para el diagnóstico *in vitro* (párr. 3 del documento A/SSFFC/WG/5) y en el futuro podrían incluirse también los dispositivos médicos.

[4] Véase el documento WHA65/2012/REC/1.

mantenidos entre los Estados Miembros se desprende que habría consenso entre ellos si se aceptara el uso del término «falsificado» a los efectos de la labor desempeñada por el mecanismo de Estados Miembros. En caso de que se logre el consenso entre los Estados Miembros, la expresión «SSFFC» podría sustituirse por la acordada por ellos.

4. No se pretende proponer legislación nacional y/o regional, o afectar en modo alguno la legislación ya existente o que puedan redactar en el futuro los Estados Miembros y/o las organizaciones regionales en relación con los productos médicos SSFFC. Independientemente de la terminología que adopte cada Estado Miembro, es importante comprender con claridad la terminología y su correlación con las definiciones funcionales adoptadas por el mecanismo de Estados Miembros.

Metodología

5. La clasificación de los informes sobre los productos médicos SSFFC remitidos a la OMS permite analizarlos y compararlos de forma más exhaustiva y exacta, al separar los productos médicos de calidad subestándar de los productos que deliberada o fraudulentamente constituyen una tergiversación (los espurios, de etiquetado engañoso, falsificados o de imitación) y de los no registrados/sin licencia en el país de comercialización (véase la figura).

Figura. Clasificación de los productos médicos que utilizará el sistema de vigilancia y monitoreo mundiales de la OMS y el mecanismo de Estados Miembros

6. En el cuadro de la figura se clasifican en tres grupos diferentes y mutuamente excluyentes los productos médicos notificados al sistema de vigilancia y monitoreo mundiales de la OMS.

7. A los efectos del presente documento y de la clasificación que figura a continuación, por productos médicos autorizados se entiende los productos médicos que cumplen los reglamentos y legislación nacionales y regionales. Los organismos de reglamentación nacionales y/o regionales (ORNR) pueden, de conformidad con los reglamentos y legislación nacionales o regionales, permitir la comercialización o distribución de productos médicos con o sin registro/licencia.

a) Productos médicos subestándar

Denominados también productos «fuera de especificación», son productos médicos autorizados que no cumplen ya sea las normas de calidad o sus especificaciones, o ambas.[1]

b) Productos médicos no registrados/sin licencia

Productos médicos que no se han sometido a la evaluación y/o aprobación por los ORNR para el mercado en el que se comercializan/distribuyen o usan, a reserva de las condiciones permitidas por la reglamentación o legislación nacional o regional.

Puede que estos productos médicos hayan obtenido la autorización pertinente del organismo de reglamentación nacional/regional de su origen geográfico, o que no la hayan obtenido.

c) Productos médicos falsificados

Productos médicos que tergiversan deliberada/fraudulentamente su identidad, composición u origen.

Las consideraciones relativas a los derechos de propiedad intelectual no se enmarcan en esta definición.

Esa tergiversación deliberada/fraudulenta se refiere a toda sustitución, adulteración reproducción de un producto médico autorizado o a la fabricación de un producto médico que no es un producto autorizado.

El término «identidad» hará referencia al nombre, etiquetado o empaquetado o a los documentos que respaldan la autenticidad de un producto médico autorizado.

El término «composición» hará referencia a todo ingrediente o componente del producto médico con arreglo a las especificaciones aplicables autorizadas/reconocidas por el ORNR.

El término «origen» hará referencia a la identificación, incluidos el nombre y el domicilio, del titular de autorización de comercialización, el fabricante, importador, exportador, distribuidor o minorista, según sea aplicable.

Los productos médicos no deberán considerarse falsificados por el mero hecho de no estar autorizados para su comercialización en un país determinado.

[1] Cuando el fabricante autorizado no cumple deliberadamente las normas o especificaciones de calidad debido a tergiversaciones de identidad, composición u origen, el producto médico debería considerarse «falsificado».

Derechos de propiedad intelectual

8. En el mandato del mecanismo de Estados Miembros sobre los productos médicos SSFFC se excluye explícitamente la protección de los derechos de propiedad intelectual y, por tanto, se utilizarán los mismos criterios en las definiciones que se usen en sus deliberaciones y labor. La expresión «de imitación» por lo general se define y se asocia en relación con la protección de los derechos de propiedad intelectual. Para facilitar la consulta se incluyen las definiciones de «mercancías con marcas de fábrica o de comercio falsificadas»[1] y de «mercancías pirata que lesionan el derecho de autor»,[2] recogidas en el Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC).

9. En el contexto de los productos médicos, el término «falsificado» parece incluir adecuadamente todos los diferentes tipos de tergiversación deliberada de un producto médico de tal modo que permita la exclusión específica de los derechos de propiedad intelectual.

Conclusión y recomendaciones

10. El presente documento no pretende ser un examen exhaustivo de textos y definiciones jurídicas; el objetivo es más bien iniciar el proceso de simplificación de la terminología que utilizan actualmente el sistema de vigilancia y monitoreo mundiales de la OMS y el mecanismo de Estados Miembros, desde una perspectiva de salud pública.

11. Con arreglo a las deliberaciones del grupo de trabajo, se recomienda que el mecanismo de Estados Miembros sustituya la expresión «productos médicos de calidad subestándar, espurios, de etiquetado engañoso, falsificados o de imitación» por la expresión «productos médicos de calidad subestándar y falsificados», que se utilizará en el nombre y en toda la documentación futura en relación con los productos médicos de este tipo.

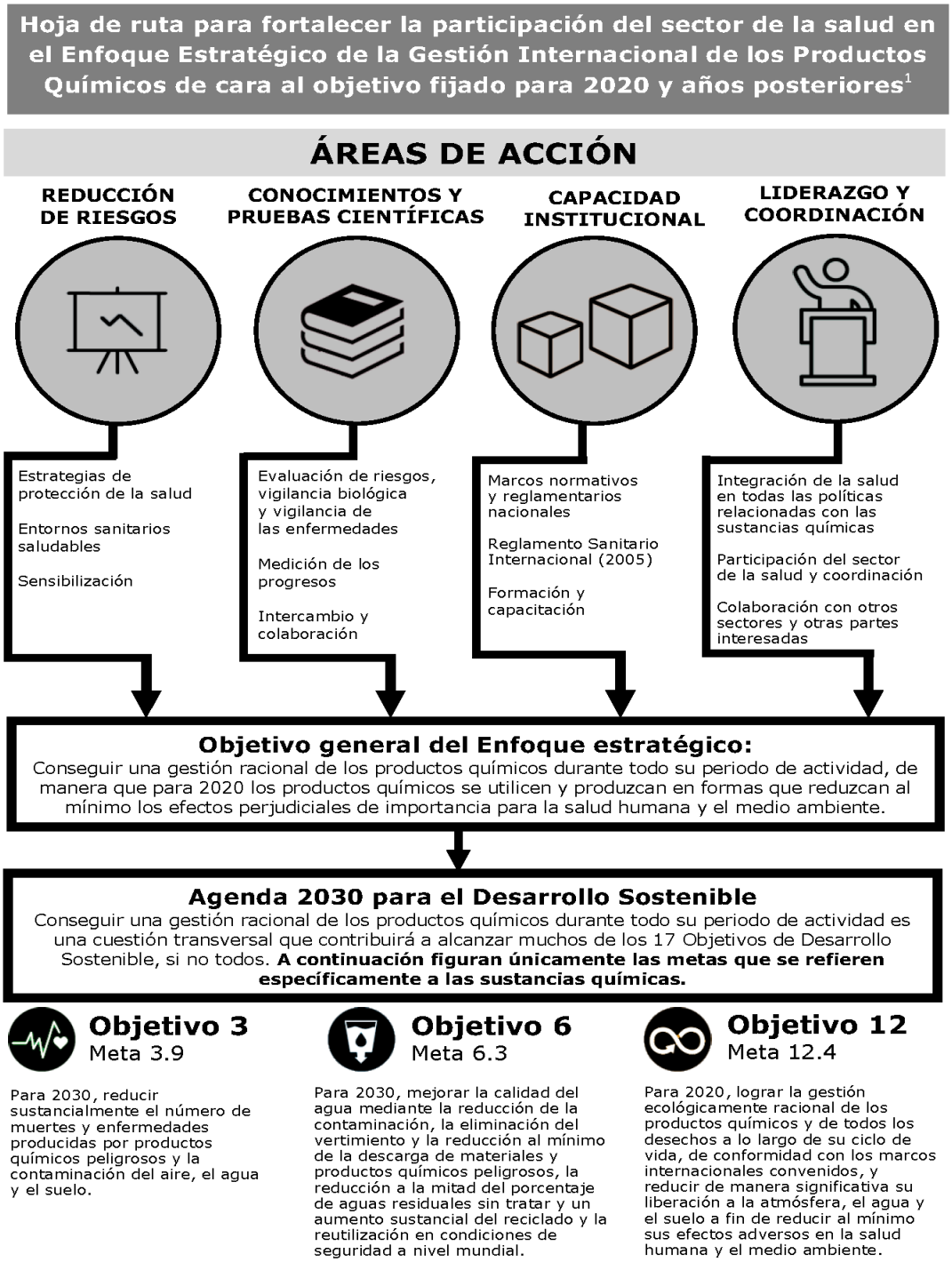
---

[1] «Por mercancías con marcas de fábrica o de comercio falsificadas se entiende cualesquiera mercancías, incluido su embalaje, que lleven sin autorización una marca de fábrica o de comercio idéntica a la marca de fábrica o de comercio válidamente registrada para tales mercancías, o que no puedan distinguirse en sus aspectos esenciales de esa marca de fábrica o de comercio, y que de ese modo lesionen los derechos que al titular de la marca de fábrica o de comercio de que se trate otorga la legislación del país de importación.»

[2] «Por mercancías pirata que lesionan el derecho de autor se entiende cualesquiera copias hechas sin el consentimiento del titular del derecho o de una persona debidamente autorizada por él en el país de producción, y que se realicen directa o indirectamente a partir de un artículo cuando la realización de esa copia habría constituido infracción del derecho de autor o de un derecho conexo en virtud de la legislación del país de importación.»

ANEXO 13

[A70/36, anexo – 4 de mayo de 2017]



[1] Véase la decisión WHA70(23).

REDUCCIÓN DE RIESGOS

Medidas centradas en la gestión de riesgos en el sector sanitario y por conducto de este, incluidas las estrategias de protección de la salud, la reglamentación de los productos químicos, la educación pública, el intercambio de información y las prácticas óptimas.

ESTRATEGIAS DE PROTECCIÓN DE LA SALUD

MS† Elaborar y ejecutar estrategias y programas de promoción y protección de la salud durante todo el periodo de actividad de los productos químicos de alta prioridad, en particular en lo que respecta a los grupos de población vulnerables.

MS Participar activamente en la aplicación de los acuerdos multilaterales sobre medio ambiente relativos a los productos químicos y los desechos, en particular los aspectos relacionados con la protección de la salud y apoyar esos acuerdos. Respaldar la ratificación y aplicación de la Convención de Minamata sobre el Mercurio y crear capacidad para evaluar y hacer frente a los efectos de la exposición al mercurio en la salud, de conformidad con la resolución WHA67.11 (2014).

All Colaborar para buscar y promover alternativas de menor riesgo, teniendo en cuenta el periodo de actividad de las sustancias y productos, incluidos los desechos, y fomentando el uso de esas alternativas.

Sec OMS Proporcionar orientación con relación a la prevención de los efectos negativos para la salud derivados de la exposición a determinados productos químicos especialmente preocupantes.

Sec OMS **MS** Terminar de elaborar las directrices sobre prevención y gestión de la intoxicación por plomo; aplicar las futuras directrices y eliminar progresivamente las pinturas que contengan plomo antes de 2020, conforme a los objetivos de la Alianza Mundial para Eliminar el Uso del Plomo en la Pintura.

ENTORNOS SANITARIOS SALUDABLES

MS Proporcionar orientación para que los entornos sanitarios promuevan y faciliten el uso de alternativas más seguras y hagan una gestión racional de los desechos de la atención sanitaria, basándose en las orientaciones de la OMS y en otras orientaciones pertinentes, como las adoptadas en virtud de acuerdos multilaterales sobre medio ambiente.

MS Elaborar y llevar a cabo campañas de sensibilización destinadas a los profesionales sanitarios sobre los productos químicos objeto de preocupación y las prácticas óptimas establecidas para realizar una gestión segura de los productos químicos en el sector de la salud, que incluyan los efectos en el ámbito ocupacional, en los pacientes y la comunidad, y en el medio ambiente en los entornos sanitarios.

MS Utilizar las orientaciones de la OMS para reducir el uso de mercurio en los servicios de atención de salud y gestionar los desechos contaminados con mercurio (de conformidad con los artículos 4, 10 y 11 de la Convención de Minamata y la resolución WHA67.11 (2014)).

SENSIBILIZACIÓN

All Elaborar y poner en marcha campañas de sensibilización pública sobre cuestiones de salud prioritarias relacionadas con los productos químicos durante todo su periodo de actividad (p. ej., desechos electrónicos, plaguicidas muy peligrosos, plomo, mercurio y otros productos químicos que plantean problemas importantes de salud pública), los riesgos profesionales, los productos químicos sujetos a medidas internacionales y la salud materna y del niño.

All Fomentar la transmisión de información pertinente, en particular en lo que respecta a la capacitación relacionada con los productos químicos utilizados en productos y procesos, al fin de facilitar la adopción de decisiones fundamentadas por todos los agentes durante el periodo de actividad del producto, y promover alternativas más seguras.

All Publicar artículos sometidos a examen externo sobre cuestiones sanitarias relativas a los productos químicos en publicaciones especializadas en atención de salud, medicina y toxicología y en otras publicaciones conexas, incluidas las de los órganos profesionales, y utilizar esos artículos.

MS **Sec OMS** Apoyar el desarrollo de los componentes relacionados con la salud del centro de intercambio de información del Enfoque estratégico.†

All Documentar la experiencia obtenida con distintas medidas de sensibilización y reducción de riesgos y estrategias de prevención y su eficacia, y difundir esa información.

Resultado:
Mejorar la salud a corto y largo plazo, y también para las generaciones futuras, mediante la reducción de los riesgos para la salud derivados de la exposición a productos químicos durante todo el periodo de actividad de esos productos, incluso como desechos, como consecuencia del aumento de las actividades de protección de la salud llevadas a cabo por el sector sanitario a nivel nacional, regional e internacional, y debido a un mayor interés y sensibilización del sector de la salud y de la población en su conjunto.

† Medidas que incumben al mandato de la OMS y también contribuyen a aumentar la capacidad de la secretaría del Enfoque Estratégico para prestar apoyo a actividades relacionadas con el sector de la salud, en consonancia con la resolución WHA69.4 (2016). En cuanto a las medidas para las que hay más de un agente conductor esta nota únicamente se aplica a la función de la Secretaría de la OMS.

All: todos; **MS:** Estados Miembros; **Sec OMS:** Secretaría de la OMS.

CONOCIMIENTOS Y PRUEBAS CIENTÍFICAS

Medidas centradas en subsanar las deficiencias en materia de conocimientos y metodologías para evaluar los riesgos sobre la base de pruebas objetivas, mejorar la vigilancia biológica y la vigilancia de enfermedades, estimar la carga de morbilidad de enfermedades atribuibles a productos químicos y medir los progresos.

EVALUACIÓN DE RIESGOS, VIGILANCIA BIOLÓGICA Y VIGILANCIA DE LAS ENFERMEDADES

- **All** Participar en las actividades para subsanar la falta de conocimientos científicos, incluso en lo que respecta a la labor realizada en el marco del Enfoque estratégico (p. ej., productos químicos que provocan alteraciones endocrinas, nanomateriales, productos farmacéuticos persistentes en el medio ambiente, exposición combinada a múltiples productos químicos, cuestiones de género, relación con las enfermedades no transmisibles).
- **All** Contribuir a la elaboración de métodos armonizados a nivel mundial y de nuevos instrumentos y enfoques para evaluar los riesgos (p. ej., enfoques integrados, exposición combinada a múltiples productos químicos) que tengan en cuenta, cuando proceda, los hábitos de uso las condiciones climáticas las cuestiones de género y la capacidad del país.
- **MS** Investigar la relación entre la exposición y los efectos para la salud a nivel comunitario, en especial en lo que respecta a la contaminación atmosférica y los sitios contaminados.
- **MS** Determinar cuáles son los productos químicos que deben ser objeto con carácter prioritario de evaluación y gestión a nivel nacional desde un punto de vista sanitario.
- **All** Esforzarse por integrar los sistemas de supervisión y vigilancia ambiental de los productos químicos durante su periodo de actividad a nivel nacional, regional e internacional
- **MS** **Sec OMS** Facilitar la coordinación de los ministros de salud, los establecimientos sanitarios, los centros de información toxicológica y otras entidades a fin de potenciar el control y la vigilancia de las sustancias tóxicas.
- **All** Seguir investigando la relación entre el cambio climático y los productos químicos, y los posibles efectos en la salud.

MEDICIÓN DE LOS PROGRESOS

- **MS** Mejorar los sistemas de registro civil y las estadísticas vitales, y fortalecer los sistemas para documentar las causas de los ingresos hospitalarios y las defunciones debidas a la exposición de productos químicos.
- **MS** **Sec OMS** Idear métodos normalizados más adecuados para determinar los efectos de los productos químicos en la salud a fin de estimar y predecir mejor la carga de morbilidad.
- **All** Idear métodos normalizados más adecuados para estimar los efectos socioeconómicos de las enfermedades derivadas de la exposición a productos químicos.
- **MS** **Sec OMS** Colaborar con la comunidad internacional a fin de mejorar los indicadores mundiales para determinar mejor el avance respecto de la consecución del objetivo fijado para 2020 † y la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible con relación a los efectos de los productos químicos en la salud.
- **MS** Definir y describir indicadores nacionales de progreso sobre la reducción de la carga de morbilidad derivada de la exposición a los productos químicos, y establecer una correspondencia con los indicadores mundiales cuando sea posible.
- **All** Crear mecanismos para recopilar y gestionar datos e información sobre salud necesaria para informar acerca de los avances realizados con relación al Enfoque Estratégico † y otros instrumentos internacionales.

INTERCAMBIO Y COLABORACIÓN

- **MS** Participar y colaborar activamente en las redes existentes, como la Red OMS de Evaluación del Riesgo Químico y la red de centros de toxicología de la OMS, INTOX y contribuir a su labor.
- **All** Participar en la creación de sitios web interactivos o de foros de discusión sobre temas concretos relacionados con los productos químicos y la salud, o, si es necesario, fomentar su creación.
- **MS** Poner a disposición de quienes lo soliciten datos sobre productos químicos relacionados con la salud (p. ej., evaluación de riesgos, vigilancia de los efectos en el ser humano y el medio ambiente, vigilancia de enfermedades), cuando sea posible y adecuado, y facilitar su acceso a entidades locales e internacionales, como los comités científicos y técnicos internacionales pertinentes.
- **All** Colaborar con otros foros científicos dedicados al estudio de las enfermedades relacionadas con la exposición a productos químicos, en particular las enfermedades no transmisibles.
- **All** Intercambiar experiencias sobre la creación y utilización de indicadores para medir los progresos realizados.

Resultado:
Conducir a un mayor compromiso del sector sanitario en el contexto de los esfuerzos de cooperación destinados a subsanar las deficiencias en materia de conocimientos y metodologías para evaluar los riesgos, realizar labores de vigilancia biológica y vigilancia de las enfermedades, estimar la carga de morbilidad y medir los progresos. Ello incluye una mayor participación en las redes existentes y la creación de nuevos mecanismos de cooperación que sean necesarios para facilitar el intercambio de conocimientos y la colaboración en el sector de la salud sobre cuestiones técnicas concretas.

CAPACIDAD INSTITUCIONAL

Medidas centradas en el fortalecimiento de las capacidades institucionales nacionales con el fin de afrontar las amenazas que plantean los productos químicos para la salud, en particular como respuesta a incidentes y emergencias provocados por productos químicos.

MARCOS NORMATIVOS Y REGLAMENTARIOS NACIONALES

- **MS** Detectar las deficiencias y apoyar marcos normativos y reglamentarios nacionales más sólidos que permitan hacer frente a los efectos de los productos químicos en la salud durante todo el periodo de actividad de estos, prestando especial atención a los 11 elementos básicos que figuran en el párrafo 19 del documento de orientación y directrices del Enfoque estratégico.
- **All** Colaborar con los programas internacionales para desarrollar instrumentos y elaborar orientaciones para la creación de marcos nacionales, como el conjunto de instrumentos del IOMC.
- **MS** Establecer directrices sanitarias con relación al agua, el aire, el suelo, los alimentos, los productos y la exposición ocupacional que tengan en cuenta las normas, los principios y las directrices de la OMS, según corresponda, y participar en su elaboración.
- **MS** Apoyar la aplicación del Sistema Mundialmente Armonizado de Clasificación y Etiquetado de Productos Químicos, y coordinar su aplicación a nivel internacional, cuando proceda.
- **MS** Respaldar las normas para evitar la descarga de productos químicos tóxicos y promover el uso de una tecnología adecuada de recuperación y reciclado, así como el almacenamiento y la eliminación seguras de conformidad con las resoluciones WHA63.25 (2010) y WHA63.26 (2010), y los acuerdos multilaterales pertinentes sobre medio ambiente.
- **MS** Apoyar una supervisión más estricta de la producción, el transporte, el uso y la liberación de sustancias químicas peligrosas y residuos peligrosos y promover la cooperación regional e internacional con miras a mejorar el cumplimiento de la normativa vigente y prevenir el tráfico ilícito.

REGLAMENTO SANITARIO INTERNACIONAL (2005)

- **MS** Establecer y fortalecer las capacidades básicas para la preparación, detección y respuesta de incidentes químicos y de emergencias, en particular en lo que respecta a la vigilancia de sucesos químicos, la verificación, la notificación, la evaluación y comunicación de riesgos y los medios de inspección en los puertos de entrada.
- **Sec OMS** Seguir elaborando y mejorando instrumentos, orientaciones y otro tipo de medios de apoyo a los países, a fin de fortalecer la capacidad básica necesaria para responder ante incidentes y emergencias químicas y promover la concienciación entre todas las partes interesadas.
- **MS** **Sec OMS** Establecer un dispositivo internacional de profesionales sanitarios capaces de movilizarse para responder ante emergencias químicas; por ejemplo, contribuir a una lista de expertos de la OMS especializados en emergencias e incidentes químicos.
- **MS** Crear nuevos centros toxicológicos y fortalecer los existentes, y establecer redes de centros toxicológicos, coordinando los medios necesarios para alcanzar el objetivo de que todos los países tengan acceso a un servicio de información toxicológica.
- **MS** Desarrollar o mejorar las redes regionales para coordinar, fortalecer y compartir la capacidad existente de los laboratorios.
- **MS** Mejorar la comunicación y la colaboración entre los coordinadores nacionales del Reglamento Sanitario Internacional (2005), el Enfoque estratégico y los acuerdos multilaterales sobre medio ambiente relacionados con los productos químicos y los desechos para aprovechar sinergias, por ejemplo, con relación a la necesidad de evaluar los riesgos, la vigilancia, la capacidad de laboratorio y la presentación de informes.

FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN

- **All** Difundir material de capacitación para públicos específicos (p. ej., organizaciones no gubernamentales, funcionarios públicos, profesores, profesionales médicos y personal sanitario) sobre temas concretos (p. ej., evaluación y vigilancia de los riesgos para la salud, recopilación de pruebas científicas, diagnóstico y tratamiento de afecciones sanitarias, sensibilización sobre la seguridad química y etiquetado).
- **All** Mejorar los planes de estudios de las escuelas de medicina y otras instituciones académicas para que se tengan en cuenta los efectos de los productos químicos en la salud, prestando especial atención a la toxicología y la salud ocupacional y pública, y fomentar las residencias, las becas o las especializaciones; promover la inclusión de planes de estudios en otros programas académicos que promuevan sustancias químicas seguras y sostenibles (p. ej., el proyecto «Seguro desde el Diseño»).
- **Sec OMS** Proporcionar un portal con material de capacitación de la OMS sobre productos químicos y salud a modo de aportación al centro de intercambio de información del Enfoque Estratégico. †
- **All** Vincular las asociaciones de profesionales del ámbito de la salud a grupos académicos de salud ambiental o de análisis de riesgos y a instituciones para fortalecer la participación y el conocimiento en temas relacionados con la gestión de los productos químicos.

Resultado:
Mayor capacidad y resiliencia de los sistemas de salud para abordar todos los aspectos de la seguridad química.

LIDERAZGO Y COORDINACIÓN

Medidas orientadas a promover la inclusión de consideraciones sanitarias en todas las políticas relativas a los productos químicos, la participación del sector sanitario en actividades de gestión de productos químicos en los ámbitos nacional, regional e internacional, y la interacción del sector sanitario con otros sectores.

INTEGRACIÓN DE LA SALUD EN TODAS LAS POLÍTICAS RELACIONADAS CON LAS SUSTANCIAS QUÍMICAS

- **All** Mejorar la sensibilización sobre los efectos para la salud de la exposición a los productos químicos durante todo su periodo de actividad y el costo derivado.
- **MS** Promover la inclusión de prioridades sanitarias en las políticas sobre productos químicos, el análisis de deficiencias, los perfiles, la ejecución de planes y estrategias, a todos los niveles, incluso con relación a la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.
- **All** Impulsar iniciativas adicionales con el fin de movilizar recursos financieros para el sector de la salud, incluida la OMS, destinados a la gestión racional de los productos químicos y los desechos.
- **All** Organizar sesiones de información de alto nivel sobre productos químicos y salud, dirigidas a políticos y altos funcionarios a nivel nacional, regional e internacional. †
- **All** Fortalecer el componente relativo a las sustancias químicas de los procesos nacionales, regionales e internacionales relacionados con la salud y el medio ambiente, incluso a los niveles más altos.
- **All** Incluir una perspectiva de género y equidad en todas las políticas, estrategias y planes para la gestión racional de los productos químicos y los desechos.

PARTICIPACIÓN DEL SECTOR DE LA SALUD Y COORDINACIÓN

- **MS** Designar un punto de contacto en los ministerios de salud para cuestiones relacionadas con los productos químicos y la salud que engloben también la aplicación de esta hoja de ruta, y establecer una red nacional sobre productos químicos y salud.
- **Sec OMS** Establecer una red mundial sobre productos químicos y salud que esté ligada a las redes subregionales, regionales e internacionales existentes para facilitar la aplicación de la hoja de ruta en el sector de la salud (incluida la participación en el Enfoque estratégico †).
- **MS** Promover la inclusión de las prioridades del sector sanitario en el proceso interperiodos y colaborar en ese sentido, a fin de preparar recomendaciones sobre el Enfoque estratégico y la gestión racional de los productos químicos y los desechos después de 2020.
- **MS** Participar activamente en la toma de decisiones y apoyar el fortalecimiento de los marcos normativos y reglamentarios nacionales relacionados con los productos químicos y la salud.
- **MS** Participar en foros nacionales, regionales e internacionales sobre productos químicos, inclusive en lo que respecta a cuestiones nuevas sobre políticas que afecten al Enfoque estratégico, otros temas de interés y las enfermedades no transmisibles.
- **All** Aplicar la estrategia para fortalecer la participación del sector de la salud en la ejecución del Enfoque estratégico y promoverlo en otros ámbitos.

COLABORACIÓN CON OTROS SECTORES Y OTRAS PARTES INTERESADAS

- **MS** Participar en la creación de redes de coordinación multisectorial sostenibles, eficaces y operativas, y alentar su establecimiento, a fin de multiplicar los esfuerzos colectivos, conforme a lo previsto en el Enfoque estratégico.
- **All** Facilitar la inclusión y la participación activa de todos los sectores y partes interesadas pertinentes en la gestión de los productos químicos durante su periodo de actividad, a todos los niveles, sin dejar de reconocer la función rectora que desempeñan el sector de la salud y el sector del medio ambiente.
- **All** Poner de relieve las repercusiones multisectoriales que pueden tener las inversiones en salud en la economía y las poblaciones locales.
- **All** Fortalecer la capacidad del sector de la salud para colaborar a nivel multisectorial y crear oportunidades para intercambiar información, y armonizar y aprovechar los esfuerzos de las redes de otros sectores.
- **All** Participar activamente en las negociaciones regionales e internacionales pertinentes, incluidas las relacionadas con los acuerdos multilaterales sobre el medio ambiente, la financiación del desarrollo y la cooperación técnica y, cuando sea posible y adecuado, crear un punto permanente de debate para examinar cuestiones relativas al sector de la salud.

Resultado:
Acrecentar la sensibilización y la integración de las consideraciones sanitarias y fortalecer la participación del sector de la salud en actividades de gestión de productos químicos a nivel nacional, regional e internacional, inclusive en lo que respecta a la colaboración con otros sectores, a fin de dar mayor notoriedad y prioridad a la gestión racional de los productos químicos durante todo el periodo de actividad de esos productos.

ANEXO 14

Repercusiones financieras y administrativas para la Secretaría de las resoluciones adoptadas por la Asamblea de la Salud

Resolución WHA70.6:	Recursos humanos para la salud y aplicación de los resultados de la Comisión de Alto Nivel sobre el Empleo en el Ámbito de la Salud y el Crecimiento Económico de las Naciones Unidas
A.	**Relación con el Programa General de Trabajo y el presupuesto por programas**
1.	**Efecto(s) del Duodécimo Programa General de Trabajo, 2014-2019 y producto(s) del presupuesto por programas 2016-2017 a los que contribuirá esta resolución.** **Efecto(s) del Duodécimo Programa General de Trabajo, 2014-2019:** Se dispone de políticas, recursos financieros y recursos humanos para aumentar el acceso a unos servicios de salud integrados y centrados en las personas. **Producto(s) del presupuesto por programas 2016-2017:** Producto 4.2.2. Se habrán aplicado en los países estrategias relativas al personal sanitario orientadas hacia el logro de la cobertura sanitaria universal. El plan de acción dará apoyo asimismo a productos de otras categorías, por ejemplo: Producto 1.1.1. Mayor capacidad de los países para llevar a cabo intervenciones clave contra el VIH mediante una participación activa en el diálogo sobre políticas, la elaboración de orientaciones e instrumentos normativos, la difusión de información estratégica, y la prestación de apoyo técnico; Producto 2.1.3. Se habrá posibilitado que los países mejoren la cobertura de asistencia sanitaria relativa a la atención clínica de las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y las neumopatías crónicas y sus factores de riesgo mediante el fortalecimiento de los sistemas de salud; Producto 3.3.2. Se habrá posibilitado que los países incorporen una perspectiva de género, equidad y derechos humanos a sus políticas y programas sanitarios y hagan un seguimiento al respecto; Producto 3.5.1. Se habrá posibilitado que los países evalúen los riesgos sanitarios y formulen y apliquen políticas, estrategias o reglamentos de prevención, mitigación y gestión de las repercusiones sanitarias de los riesgos medioambientales y ocupacionales; Producto 5.1.1. Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005) y su seguimiento a nivel nacional y facilitación de capacitación y asesoramiento a los Estados Miembros para que sigan desarrollando y utilizando las capacidades básicas requeridas por el Reglamento; Producto 6.1.1. Liderazgo y gestión eficaces de la OMS de conformidad con las prioridades conexas.
2.	**Si no hay relación con los resultados indicados en el Duodécimo Programa General de Trabajo, 2014-2019 y el presupuesto por programas 2016-2017, justifíquese brevemente por qué se ha considerado la resolución.** No se aplica.

3.	**Plazo estimado (en años o meses) para aplicar los posibles entregables adicionales.** El plan de acción quinquenal para el empleo en el ámbito de la salud y el crecimiento económico inclusivo abarca el periodo comprendido entre 2017 y 2021 y proporciona apoyo también a la aplicación de la Estrategia mundial de la OMS de recursos humanos para la salud: personal sanitario 2030, adoptada por la 69.ª Asamblea Mundial de la Salud en la resolución WHA69.19 (2016). El plan de acción es congruente con la respuesta de la Organización a los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Incorpora un enfoque de amplia base que repercute en los Objetivos 3, 4, 5, 8 y 17. El plan de acción se aplicará en colaboración con los Estados Miembros, la OIT, la OCDE y entidades regionales y especializadas pertinentes. Se centra en instrumentos de cambio y factores propicios tales como la aplicación de medidas intersectoriales en las que participen múltiples partes interesadas; el fortalecimiento de los sistemas de salud para la cobertura sanitaria universal; el respeto de la equidad y los derechos humanos; la financiación sostenible; las investigaciones científicas y la innovación; y el monitoreo y la evaluación. Su aplicación supondrá una contribución a las categorías o áreas programáticas de las enfermedades transmisibles, enfermedades no transmisibles, promoción de la salud a lo largo del ciclo de vida, y al Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS.
B.	**Repercusiones presupuestarias**
1.	**Estimación del costo total de la aplicación de la resolución, en millones de US$:** US$ 70,0 millones (durante los cinco años), de los que US$ 45,0 millones serían para la OMS. El presupuesto indicativo para personal y actividades corresponde a la combinación de las actividades en los países y los bienes públicos mundiales del plan de acción. En las medidas clave del programa intersectorial y los bienes públicos mundiales, que incorporan la recomendación de la Dependencia Común de Inspección del sistema de las Naciones Unidas de que la OMS integre en su programa el empleo pleno y productivo y el trabajo decente, participarán las oficinas regionales y la Sede. En los 15 a 20 países donde los progresos hacia la cobertura sanitaria universal están más retrasados se prevé centrar las actividades en la educación y el empleo. Alrededor del 50% de los costos de la OMS se destinarán a dotación de personal y actividades a escala regional y de país.
2.*a*	**Estimación de las necesidades presupuestarias adicionales en el bienio actual, en millones de US$:** US$ 1 millón. Las actividades y entregables adicionales de los seis meses restantes del bienio serán viables dentro del margen presupuestario de la categoría 4.
2.*b*	**Recursos disponibles en el bienio actual** – **Recursos disponibles en el bienio actual para financiar la aplicación de la resolución, en millones de US$:** US$ 0,50 millones en la categoría 4, producto 4.2.2, para ejecutar las actividades prioritarias en los seis meses restantes del bienio. – **Cuantía del déficit de financiación, si lo hubiere, en millones de US$:** US$ 0,5 millones. – **Estimación de los recursos aún no disponibles que contribuirían a cubrir el déficit de financiación, en millones de US$:** La OMS, la OIT y la OCDE coordinarán conjuntamente la movilización de recursos en apoyo del plan de acción.

3.	**Estimación de las necesidades presupuestarias adicionales en 2018-2019 (de ser necesario), en millones de US$:** US$ 23,0 millones, que se acomodarán en el proyecto de presupuesto por programas 2018-2019. **¿Se ha incluido esto en el presupuesto por programas 2018-2019?** El plan de acción quinquenal, elaborado en consulta y colaboración con los Estados Miembros, la OIT, la OCDE y organismos regionales y especializados pertinentes durante el periodo comprendido entre diciembre de 2016 y abril de 2017, se acomodará en el proyecto presupuesto por programas 2018-2019, con el apoyo de actividades adicionales de movilización de recursos.
4.	**Estimación de las necesidades presupuestarias adicionales en futuros bienios (de ser necesario), en millones de US$:** US$ 21,0 millones.

Resolución WHA70.7:	Mejora de la prevención, el diagnóstico y la atención clínica de la septicemia
A.	**Relación con el Programa General de Trabajo y el presupuesto por programas**
1.	**Indíquese a qué efecto del Duodécimo Programa General de Trabajo, 2014-2019 y a qué producto del presupuesto por programas 2016-2017 contribuirá esta resolución.** Duodécimo Programa General de Trabajo, 2014-2019, categoría 3, efecto: ampliación del acceso a intervenciones para mejorar la salud de la mujer, el recién nacido, el niño y el adolescente; categoría 4, efecto: existencia de políticas, medios financieros y recursos humanos para mejorar el acceso a servicios integrados de salud centrados en la persona; categoría 5, efecto: aumento de la capacidad de los países para formar resiliencia y una preparación suficiente para activar una respuesta rápida, previsible y eficaz frente a epidemias y pandemias relevantes. Presupuesto por programas 2016-2017, productos: 3.1.1; 3.1.2; 3.1.4; 3.1.6; 4.2.3 y 5.2.2.
2.	**Si no hay relación con los resultados indicados en el Duodécimo Programa General de Trabajo, 2014-2019 y el presupuesto por programas 2016-2017, justifíquese brevemente por qué se ha considerado la resolución.** No se aplica.
3.	**Indíquese (en años o meses) el plazo estimado para aplicar los posibles entregables adicionales.** 4,5 años.
B.	**Repercusiones presupuestarias de la aplicación de los posibles entregables adicionales**
1.	**Bienio actual − necesidades presupuestarias estimadas, en millones de US$:** Ninguna.
***i*)**	**Indíquese en qué medida se dispone de recursos para financiar la aplicación de la resolución propuesta en el bienio actual, en millones de US$:** – **¿Qué cantidad de recursos se dispone para financiar la resolución propuesta en el bienio actual?** US$ 0,40 millones (contribución en especie (personal) en las diferentes oficinas regionales y la sede de la OMS). – **¿Cuál sería el déficit de financiación?** US$ 1,68 millones.

– **¿Qué recursos aún no disponibles se considera que contribuirían a cubrir el déficit de financiación?**

Ninguno.

2. 2018-2019 (de ser necesario): necesidades presupuestarias estimadas, en millones de US$:

US$ 5,03 millones.

Nivel	Personal	Actividades	Total
Oficinas en los países	0,00	1,20	1,20
Oficinas regionales	1,35	0,48	1,83
Sede	1,20	0,80	2,00
Total	**2,55**	**2,48**	**5,03**

3. Bienios posteriores a 2018-2019 (de ser necesario) − necesidades presupuestarias estimadas, en millones de US$:

US$ 5,03 millones.

Resolución WHA70.11: Preparación para la tercera Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles, que se celebrará en 2018

A. Relación con el Programa General de Trabajo y el presupuesto por programas

1. Efecto(s) del Duodécimo Programa General de Trabajo, 2014-2019 y producto(s) del presupuesto por programas 2016-2017 a los que contribuirá esta resolución.

Efecto(s) del Duodécimo Programa General de Trabajo, 2014-2019:

Acceso ampliado a intervenciones de prevención y atención clínica de enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo.

Producto(s) del presupuesto por programas 2016-2017:

Producto 2.1.1. Se habrá acelerado la formulación y aplicación de políticas y planes nacionales multisectoriales para prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles.

2. Si no hay relación con los resultados indicados en el Duodécimo Programa General de Trabajo, 2014-2019 y el presupuesto por programas 2016-2017, justifíquese brevemente por qué se ha considerado la resolución.

No se aplica.

3. Plazo estimado (en años o meses) para aplicar los posibles entregables adicionales.

La resolución se aplicará en junio de 2017. Las actividades y entregables relacionados con la preparación para la tercera Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles, que se celebrará en 2018, tendrán lugar, predominantemente, en 2017-2018. A fin de garantizar la ejecución plena de los resultados de la reunión, la labor podrá continuar hasta 2019. El plan de trabajo del mecanismo de coordinación mundial sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles abarca el bienio 2018-2019.

B. Repercusiones presupuestarias

1. Estimación del costo total de la aplicación de la resolución, en millones de US$:

US$ 12,3 millones.

2.*a* **Estimación de las necesidades presupuestarias adicionales en el bienio actual, en millones de US$:**

Las necesidades presupuestarias estimadas para la aplicación durante 2017 son de US$ 2,5 millones, que pueden sufragarse dentro del tope presupuestario existente.

2.*b* **Recursos disponibles en el bienio actual**

– **Recursos disponibles en el bienio actual para financiar la aplicación de la resolución, en millones de US$:**

Nivel	Personal	Actividades	Total
Oficinas en los países	0	0	0
Oficinas regionales	0	0	0
Sede	1,6	0,9	2,5
Total	**1,6**	**0,9**	**2,5**

– **Cuantía del déficit de financiación, si lo hubiere, en millones de US$:**

No hay déficit de financiación para el bienio en curso.

– **Estimación de los recursos aún no disponibles que contribuirían a cubrir el déficit de financiación, en millones de US$:**

No se aplica.

3. **Estimación de las necesidades presupuestarias adicionales en 2018-2019 (de ser necesario), en millones de US$:**

Nivel	Personal	Actividades	Total
Oficinas en los países	0	0	0
Oficinas regionales	0	0	0
Sede	6,2	3,6	9,8
Total	**6,2**	**3,6**	**9,8**

¿Se ha incluido esto en el proyecto de presupuesto por programas 2018-2019?

Sí.

4. **Estimación de las necesidades presupuestarias adicionales en futuros bienios (de ser necesario), en millones de US$:**

Las necesidades presupuestarias estimadas para futuros bienios se determinarán de conformidad con las necesidades establecidas después de la tercera Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles, que se celebrará en 2018, y del plan de trabajo del mecanismo de coordinación mundial 2018-2019.

Resolución WHA70.12: Prevención y control del cáncer en el contexto de un enfoque integrado

A. Relación con el Programa General de Trabajo y el presupuesto por programas

1. **Efecto(s) del Duodécimo Programa General de Trabajo, 2014-2019 y producto(s) del presupuesto por programas 2016-2017 a los que contribuirá esta resolución.**

Efecto(s) del Duodécimo Programa General de Trabajo, 2014-2019:

Acceso ampliado a intervenciones de prevención y atención clínica de enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo;

También está relacionada con los siguientes efectos:

– Ampliación de la cobertura vacunal para abarcar a las poblaciones y comunidades de difícil acceso;

– Aumento del acceso a las intervenciones de mejora de la salud de la mujer, el recién nacido, el niño y el adolescente;
– Incorporación de una perspectiva de género, equidad y derechos humanos en las políticas y los programas de la Secretaría y los países;
– Reducción de las amenazas ambientales para la salud;
– Todos los países cuentan con políticas, estrategias y planes nacionales de salud de carácter integral actualizados en los últimos cinco años;
– Se dispone de políticas, recursos financieros y recursos humanos para aumentar el acceso a unos servicios de salud integrados y centrados en la persona;
– Se habrá ampliado el acceso a medicamentos y tecnologías sanitarias seguros, eficaces y de calidad, y su uso racional;
– Todos los países cuentan con sistemas de registro civil y de estadísticas demográficas que funcionan bien.

Producto(s) del presupuesto por programas 2016-2017:

Producto 2.1.3. Se habrá posibilitado que los países mejoren la cobertura de asistencia sanitaria relativa a la atención clínica de las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y las neumopatías crónicas y sus factores de riesgo mediante el fortalecimiento de los sistemas de salud.

También está relacionada con los siguientes productos:

Producto 1.5.1. Aplicación y seguimiento del plan de acción mundial sobre vacunas, con especial hincapié en el fortalecimiento de la prestación de servicios y la vigilancia de la inmunización con el fin de alcanzar los objetivos del Decenio de las Vacunas;

Producto 3.1.2. Se habrá posibilitado que los países apliquen y hagan un seguimiento de planes estratégicos integrados a favor de la salud del recién nacido y el niño, centrándose en la ampliación del acceso a intervenciones de alta calidad para mejorar el desarrollo del niño en la primera infancia y poner fin a las muertes prevenibles de recién nacidos y niños por neumonía, diarrea y otras afecciones;

Producto 3.1.3. Se habrá posibilitado la aplicación y el seguimiento por los países de intervenciones eficaces para satisfacer las necesidades desatendidas en materia de salud sexual y reproductiva;

Producto 3.3.1. Se habrá incorporado una perspectiva de género, equidad y derechos humanos en los mecanismos institucionales y los entregables de los programas de la OMS;

Producto 3.5.1. Se habrá fortalecido la capacidad de los países para evaluar los riesgos sanitarios y formular y aplicar políticas, estrategias o reglamentos de prevención, mitigación y gestión de las repercusiones sanitarias de los riesgos medioambientales y ocupacionales;

Producto 4.1.1. Se habrá mejorado la capacidad de gobernanza de los países para formular, aplicar y examinar políticas, estrategias y planes nacionales integrales de salud (incluidas las actividades multisectoriales, la inclusión de la salud en todas las políticas y las políticas de fomento de la equidad);

Producto 4.2.1. Se habrán establecido en los países sistemas de prestación equitativa de servicios integrados y centrados en la persona y se habrán fortalecido los enfoques de salud pública;

Producto 4.2.2. Se habrán aplicado en los países estrategias relativas al personal sanitario orientadas hacia el logro de la cobertura sanitaria universal;

Producto 4.3.3. Se habrá mejorado la calidad y la seguridad de los medicamentos y otras tecnologías sanitarias mediante la elaboración de normas, criterios y directrices, el fortalecimiento de los sistemas de reglamentación y la precalificación.

2. Si no hay relación con los resultados indicados en el Duodécimo Programa General de Trabajo, 2014-2019 y el presupuesto por programas 2016-2017, justifíquese brevemente por qué se ha considerado la resolución.

No se aplica.

3. Plazo estimado (en años o meses) para aplicar los posibles entregables adicionales.

Se propone que la resolución se aplique desde junio de 2017 hasta diciembre de 2023.

B. Repercusiones presupuestarias

1. Estimación del costo total de la aplicación de la resolución, en millones de US$:

US$ 63,0 millones.

2.*a* Estimación de las necesidades presupuestarias adicionales en el bienio actual, en millones de US$:

No habrá que incluir costos adicionales en el presupuesto por programas aprobado para el bienio actual.

2.*b* Recursos disponibles en el bienio actual

– **Recursos disponibles en el bienio actual para financiar la aplicación de la resolución, en millones de US$:**

Nivel	Personal	Actividades	Total
Oficinas en los países	0,4	0,9	1,3
Oficinas regionales	1,9	3,0	4,9
Sede	1,2	1,9	3,1
Total	**3,5**	**5,8**	**9,3**

– **Cuantía del déficit de financiación, si lo hubiere, en millones de US$:**

No hay déficit de financiación en el bienio actual.

– **Estimación de los recursos aún no disponibles que contribuirían a cubrir el déficit de financiación, en millones de US$:**

No se aplica.

3. Estimación de las necesidades presupuestarias adicionales en 2018-2019 (de ser necesario), en millones de US$:

Nivel	Personal	Actividades	Total
Oficinas en los países	1,0	3,3	4,3
Oficinas regionales	3,3	4,8	8,1
Sede	2,7	4,0	6,7
Total	**7,0**	**12,1**	**19,1**

¿Se ha incluido esto en el proyecto de presupuesto por programas 2018-2019?

Sí.

4. Estimación de las necesidades presupuestarias adicionales en futuros bienios (de ser necesario), en millones de US$:

Se calcula que los recursos necesarios para el control del cáncer en el bienio 2020-2021 ascienden a US$ 20,1 millones y en el bienio 2022-2023 a US$ 21,1 millones, lo que supone un incremento del 5% en cada bienio con respecto a 2018-2019. Esta estimación de los recursos necesarios se tendrá en cuenta para los futuros proyectos de presupuestos por programas.

Resolución WHA70.13: Prevención de la sordera y la pérdida de audición

A. Relación con el Programa General de Trabajo y el presupuesto por programas

1. Indíquese a qué impacto y efecto del Duodécimo Programa General de Trabajo, 2014-2019 y a qué producto del presupuesto por programas 2016-2017 contribuirá esta resolución.

Duodécimo Programa General de Trabajo, 2014-2019: Impactos: reducir la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles; y prevenir las muertes, enfermedades y discapacidades generadas por las emergencias; efecto 2.4 y producto 2.4.2.

2. Si no hay relación con los resultados indicados en el Duodécimo Programa General de Trabajo, 2014-2019 y el presupuesto por programas 2016-2017, justifíquese por qué se ha considerado la resolución.

No se aplica.

3. ¿Cuál es el plazo propuesto para aplicar esta resolución?

De 2017 a 2021.

Si el plazo abarca futuros presupuestos por programas, apórtese información adicional en la sección de costos.

B. Repercusiones presupuestarias de la aplicación de la resolución

1. Bienio actual: necesidades presupuestarias estimadas, en millones de US$

Nivel	Personal	Actividades	Total
Oficinas en los países	0,100	0,150	0,250
Oficinas regionales	0,300	0,125	0,425
Sede	1,000	0,500	1,500
Total	**1,400**	**0,775**	**2,175**

1.*a* ¿Está incluida en el actual presupuesto por programas la totalidad de las necesidades presupuestarias estimadas para aplicar la resolución? (Sí/No)

Sí.

1.*b* Repercusiones financieras en el presupuesto del bienio actual:

– **¿Qué cantidad está financiada en el bienio actual?**

US$ 1,7 millones.

– **¿Cuáles son los déficits de financiación?**

US$ 0,475 millones.

– **¿Qué medidas se proponen para subsanar esos déficits?**

Movilización coordinada de recursos, en particular a través del diálogo sobre la financiación, para una posible financiación mediante contribuciones voluntarias.

2. Próximo bienio: necesidades presupuestarias estimadas, en millones de US$

Nivel	Personal	Actividades	Total
Oficinas en los países	0,20	0,75	0,95
Oficinas regionales	0,60	0,50	1,10
Sede	1,50	1,35	2,85
Total	**2,30**	**2,60**	**4,90**

2.*a* Repercusiones financieras en el presupuesto del próximo bienio:

– **¿Qué cantidad está financiada actualmente para el próximo bienio?**

US$ 1,7 millones.

– **¿Cuáles son los déficits de financiación?**

US$ 3,2 millones.

– **¿Qué medidas se proponen para subsanar esos déficits?**

Movilización coordinada de recursos, en particular a través del diálogo sobre la financiación, para una posible financiación mediante contribuciones voluntarias.

Resolución WHA70.14: Fortalecimiento de la inmunización para alcanzar los objetivos del Plan de acción mundial sobre vacunas

A. Relación con el Programa General de Trabajo y el presupuesto por programas

1. Efecto(s) del Duodécimo Programa General de Trabajo, 2014-2019 y producto(s) del presupuesto por programas 2016-2017 a los que contribuirá esta resolución.

Efecto(s) del Duodécimo Programa General de Trabajo, 2014-2019:

Ampliación de la cobertura vacunal para abarcar a las poblaciones y comunidades de difícil acceso.

Producto(s) del presupuesto por programas 2016-2017:

Producto 1.5.1. Aplicación y seguimiento del Plan de acción mundial sobre vacunas, con especial hincapié en el fortalecimiento de la prestación de servicios y la vigilancia de la inmunización con el fin de alcanzar los objetivos del Decenio de las Vacunas;

Producto 1.5.2. Se habrá facilitado la intensificación de la aplicación y el seguimiento de las estrategias de eliminación del sarampión y la rubéola;

Producto 1.5.3. Se habrán determinado y acordado los perfiles objetivo de productos para nuevas vacunas y otras tecnologías relacionadas con la inmunización, así como prioridades en materia de investigación, con el fin de desarrollar vacunas de importancia para la salud pública y superar los obstáculos a la inmunización.

2. Si no hay relación con los resultados indicados en el Duodécimo Programa General de Trabajo, 2014-2019 y el presupuesto por programas 2016-2017, justifíquese brevemente por qué se ha considerado la resolución.

No se aplica.

3. Plazo estimado (en años o meses) para aplicar los posibles entregables adicionales.

La resolución se aplicaría de 2017 a 2021. La 65.ª Asamblea Mundial de la Salud, en la resolución WHA65.17 (2012), pidió al Director General que, por conducto del Consejo Ejecutivo, informara anualmente a la Asamblea de la Salud, hasta la 71.ª Asamblea Mundial de la Salud, sobre los progresos realizados para alcanzar los objetivos mundiales de inmunización. Dado que en 2021 la Secretaría informará de la conclusión del Plan de acción mundial sobre vacunas (evaluación final, seguimiento y evaluación), será necesario llevar a cabo actividades hasta entonces.

B. Repercusiones presupuestarias	
1.	**Estimación del costo total de la aplicación de la resolución, en millones de US$:** US$ 258 millones (de 2017 a 2021).
2.*a*	**Estimación de las necesidades presupuestarias adicionales en el bienio actual, en millones de US$:** US$ 7 millones. Esta necesidad presupuestaria adicional se precisa para sufragar nuevas actividades que han surgido en el transcurso del bienio, entre otras: apoyar la aplicación del proyecto OMS de investigación y desarrollo de medidas para prevenir las epidemias; facilitar la aplicación de proyectos piloto de vacuna antipalúdica; fortalecer la vigilancia del sarampión y otras enfermedades prevenibles mediante vacunación, incluso cuando disminuyan los recursos obtenidos por conducto de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis; y respaldar a los países que no pueden optar al apoyo de la Alianza Gavi para las Vacunas para acceder a vacunas nuevas o infrautilizadas y fortalecer sus programas de inmunización, incluidos el mantenimiento y la ampliación de la base de datos de productos, precios y adquisiciones de vacunas, y establecer un foro de intercambio sobre demanda/suministro de vacunas. La cantidad de US$ 7 millones incluye los costos de personal, las adquisiciones y los contratos de consultores para apoyo técnico.
2.*b*	**Recursos disponibles en el bienio actual** – **Recursos disponibles en el bienio actual para financiar la aplicación de la resolución, en millones de US$:** Ninguno. – **Cuantía del déficit de financiación, si lo hubiere, en millones de US$:** La aplicación de las actividades previstas en la resolución exigiría una suma adicional estimada de US$ 7 millones para el resto del bienio. – **Estimación de los recursos aún no disponibles que contribuirían a cubrir el déficit de financiación, en millones de US$:** Una vez adoptada la resolución se llevarían a cabo actividades de recaudación de fondos para cubrir el déficit de financiación. Varios asociados ya han expresado su interés en aumentar sus inversiones en las esferas mencionadas en la resolución.
3.	**Estimación de las necesidades presupuestarias adicionales en 2018-2019 (de ser necesario), en millones de US$:** US$ 73 millones. La necesidad presupuestaria adicional se precisa para sufragar nuevas actividades, por ejemplo, en relación con el proyecto OMS de investigación y desarrollo de medidas para prevenir las epidemias, y con los proyectos piloto de vacuna antipalúdica. El fortalecimiento de la vigilancia del sarampión y otras enfermedades prevenibles mediante vacunación es esencial para lograr los objetivos del Plan de acción mundial sobre vacunas y requiere recursos presupuestarios y otros recursos adicionales. Se necesita un plan para asegurarse de que los países lleven a cabo las inversiones necesarias para mantener la inmunización durante la transición de la poliomielitis y para mantener y mejorar el apoyo a los países que dejarán de recibir apoyo de la Alianza Gavi para las Vacunas, con el fin de mitigar todo riesgo que amenace la sostenibilidad de unos programas eficaces de inmunización cuando disminuya la financiación destinada a la poliomielitis. **¿Se ha incluido esto en el proyecto de presupuesto por programas 2018-2019?** En la medida de lo posible, estos costos se asumirán en el presupuesto por programas 2018-2019.
4.	**Estimación de las necesidades presupuestarias adicionales en futuros bienios (de ser necesario), en millones de US$:** US$ 178 millones para el bienio 2020-2021.

Resolución WHA70.15:	Promoción de la salud de refugiados y migrantes
A.	**Relación con el Programa General de Trabajo y el presupuesto por programas**
1.	**Efecto(s) del Duodécimo Programa General de Trabajo, 2014-2019 y producto(s) del presupuesto por programas 2016-2017 a los que contribuirá esta resolución.** **Efecto(s) del Duodécimo Programa General de Trabajo, 2014-2019:** En estos momentos no existe ningún efecto específico sobre la migración en el Duodécimo Programa General de Trabajo, 2014-2019. **Producto(s) del presupuesto por programas 2016-2017:** No existe ningún efecto específico sobre la migración en el presupuesto por programas 2016-2017. Sin embargo, la Organización ha vinculado sus actividades actuales sobre salud y migración con los productos 4.2.1 (se habrán establecido en los países sistemas de prestación equitativa de servicios integrados y centrados en la persona y se habrán fortalecido los enfoques de la salud pública) y 4.2.3 (se habrá capacitado a los países en el mejoramiento de la seguridad de los pacientes y la calidad de los servicios, y en el empoderamiento de los pacientes en el contexto de la cobertura sanitaria universal) del presupuesto por programas 2016-2017.
2.	**Si no hay relación con los resultados indicados en el Duodécimo Programa General de Trabajo, 2014-2019 y el presupuesto por programas 2016-2017, justifíquese brevemente por qué se ha considerado la resolución.** La resolución está relacionada con los productos propuestos en el área programática 4.2.1 del proyecto de presupuesto por programas 2018-2019. Dicho esto, en la decisión EB140(9) (2017) se pide a la Directora General, entre otras cosas que, en consulta y cooperación plenas con los Estados Miembros y, cuando proceda, las organizaciones de integración económica regional, y en cooperación con la OIM, el ACNUR y otras partes interesadas pertinentes, prepare un proyecto de marco de prioridades y principios rectores para promover la salud de los refugiados y los migrantes, a efectos de su consideración por la 70.ª Asamblea Mundial de la Salud, así como un plan de acción mundial sobre la salud de los refugiados y los migrantes, que se someterá a la consideración de la 72.ª Asamblea Mundial de la Salud. En ella se pide asimismo a la Directora General que lleve a cabo un análisis de la situación y que vele por que los aspectos relativos a la salud de los refugiados y los migrantes se aborden adecuadamente en el pacto mundial sobre los refugiados y el pacto mundial para una migración segura, regular y ordenada, que se presentarán a la Asamblea General de las Naciones Unidas en 2018.
3.	**Plazo estimado (en años o meses) para aplicar los posibles entregables adicionales.** Dos años y medio.
B.	**Repercusiones presupuestarias**
1.	**Estimación del costo total de la aplicación de la resolución, en millones de US$:** Entre junio de 2017 y diciembre de 2019, el costo se eleva a US$ 4,36 millones. Más allá de este periodo, el costo dependerá del plan de acción mundial sobre la salud de los refugiados y los migrantes que se elaborará y se someterá a la consideración de la 72.ª Asamblea Mundial de la Salud.
2.*a*	**Estimación de las necesidades presupuestarias adicionales en el bienio actual, en millones de US$:** US$ 0,54 millones.
2.*b*	**Recursos disponibles en el bienio actual** – **Recursos disponibles en el bienio actual para financiar la aplicación de la resolución, en millones de US$:** Ninguno.

– **Cuantía del déficit de financiación, si lo hubiere, en millones de US$:**
US$ 0,54 millones.

– **Estimación de los recursos aún no disponibles que contribuirían a cubrir el déficit de financiación, en millones de US$:**
Ninguno.

3. Estimación de las necesidades presupuestarias adicionales en 2018-2019 (de ser necesario), en millones de US$:

US$ 3,82 millones.

Nivel	Personal	Actividades	Total
Oficinas en los países	0,00	0,10	0,10
Oficinas regionales	1,20	0,50	1,70
Sede	1,57	0,45	2,02
Total	**2,77**	**1,05**	**3,82**

¿Se ha incluido esto en el proyecto de presupuesto por programas 2018-2019?

Sí, esto se ha incluido en el proyecto de presupuesto por programas 2018-2019 en términos de productos entregables para 2018-2019: los detalles concretos sobre estos productos entregables y las actividades conexas se están examinando con los Estados Miembros. Ello se debe a que se trata de una nueva área de trabajo de la OMS, basada en el marco de prioridades y principios rectores para promover la salud de los refugiados y los migrantes que se está elaborando a petición del Consejo Ejecutivo.

4. Estimación de las necesidades presupuestarias adicionales en futuros bienios (de ser necesario), en millones de US$:

No se aplica – las necesidades presupuestarias se estimarán cuando se elaboren el marco y el plan de acción mundial en 2018.

Resolución WHA70.16: Respuesta mundial para el control de vectores: enfoque integrado para el control de las enfermedades de transmisión vectorial

A. Relación con el Programa General de Trabajo y el presupuesto por programas

1. Efecto(s) del Duodécimo Programa General de Trabajo, 2014-2019 y producto(s) del presupuesto por programas 2016-2017 a los que contribuirá esta resolución.

Efecto(s) del Duodécimo Programa General de Trabajo, 2014-2019:

– Acceso ampliado para personas con diagnóstico confirmado de malaria al tratamiento palúdico de primera línea;
– Acceso ampliado y constante a los medicamentos esenciales para el tratamiento de enfermedades tropicales desatendidas;
– Mayor coordinación intersectorial de las políticas para abordar los determinantes sociales de la salud;
– Reducción de las amenazas medioambientales para la salud;
– Todos los países cuentan con políticas, estrategias y planes nacionales de salud de carácter integral actualizados en los últimos cinco años;
– Existencia de políticas, medios financieros y recursos humanos para mejorar el acceso a servicios integrados de salud centrados en la persona;
– Mejor acceso y uso más racional de medicamentos y tecnologías sanitarias seguros, eficaces y de buena calidad;
– Todos los países tienen las capacidades básicas mínimas requeridas por el Reglamento Sanitario Internacional (2005) para la alerta y respuesta a todo tipo de peligros;
– Aumento de la capacidad de los países para formar resiliencia y una preparación suficiente para activar una respuesta rápida, previsible y eficaz frente a epidemias y pandemias relevantes;

– Los países tienen la capacidad para gestionar los riesgos de salud pública vinculados con las emergencias;
– Una mayor coherencia en el ámbito de la salud mundial, dentro del cual la OMS tomará la iniciativa a fin de favorecer la participación activa y eficaz de un gran número de actores para mejorar la salud de todos los pueblos.

Producto(s) del presupuesto por programas 2016-2017:

Producto 1.3.1. Se habrá posibilitado que los países apliquen planes estratégicos contra el paludismo basados en datos científicos en los que se preste especial atención a la cobertura efectiva de las intervenciones de control antivectorial, las pruebas diagnósticas y el tratamiento, a la eficacia terapéutica y al seguimiento y vigilancia de la resistencia a los insecticidas, mediante el fortalecimiento de la capacidad para acelerar la reducción de los casos de paludismo;

Producto 1.3.2. Se habrán actualizado las recomendaciones normativas y las directrices estratégicas y técnicas sobre control antivectorial, pruebas de diagnóstico, tratamiento antipalúdico, atención clínica integrada de las enfermedades febriles, vigilancia, detección de epidemias y respuesta con miras a la aceleración de la reducción y la eliminación del paludismo;

Producto 1.4.1. Se habrá facilitado la aplicación y el seguimiento de la hoja de ruta de la OMS para las enfermedades tropicales desatendidas;

Producto 1.4.2. Se habrá facilitado la aplicación y el seguimiento de las intervenciones de control de las enfermedades tropicales desatendidas mediante directrices técnicas y asistencia técnica basadas en pruebas científicas;

Producto 1.4.3. Se habrán desarrollado nuevos conocimientos, soluciones y estrategias de aplicación, acordes con las necesidades sanitarias de los países en los que las enfermedades son endémicas.

2. Si no hay relación con los resultados indicados en el Duodécimo Programa General de Trabajo, 2014-2019 y el presupuesto por programas 2016-2017, justifíquese brevemente por qué se ha considerado la resolución.

No se aplica.

3. Plazo estimado (en años o meses) para aplicar los posibles entregables adicionales.

13 años y 6 meses. El plazo estratégico es desde julio de 2017 hasta diciembre de 2030, en consonancia con la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.

B. Repercusiones presupuestarias

1. Estimación del costo total de la aplicación de la resolución, en millones de US$:

US$ 53,18 millones (personal: US$ 29,34 millones; actividades: US$ 23,84 millones).

Total para 2017-2030, en millones de US$

Nivel	Personal	Actividades	Total
País, interpaíses y regional	22,03	17,22	39,25
Mundial	7,31	6,62	13,93
Total	**29,34**	**23,84**	**53,18**

2.*a* Estimación de las necesidades presupuestarias adicionales en el bienio actual, en millones de US$:

US$ 1,00 millón (personal: US$ 0,55 millones; actividades: US$ 0,45 millones).

Los entregables adicionales tendrán que ajustarse a los techos presupuestarios correspondientes a la categoría en el bienio actual.

2.*b* **Recursos disponibles en el bienio actual**

– **Recursos disponibles en el bienio actual para financiar la aplicación de la resolución en caso de que se adopte, en millones de US$:**

Actualmente no se dispone de fondos para financiar la aplicación de la resolución.

– **Cuantía del déficit de financiación, si lo hubiere, en millones de US$:**

US$ 1,00 millón.

– **Estimación de los recursos aún no disponibles que contribuirían a cubrir el déficit de financiación, en millones de US$:**

Se movilizarán recursos para el bienio actual a través de las contribuciones voluntarias.

3. **Estimación de las necesidades presupuestarias adicionales en 2018-2019 (de ser necesario), en millones de US$:**

US$ 7,98 millones (personal: US$ 4,38 millones; actividades: US$ 3,60 millones).

Total para 2018-2019, en millones de US$

Nivel	Personal	Actividades	Total
País, interpaíses y regional	3,28	2,60	5,88
Mundial	1,10	1,00	2,10
Total	**4,38**	**3,60**	**7,98**

¿Se ha incluido esto en el proyecto de presupuesto por programas 2018-2019?

El costo de aplicar esta resolución en el bienio 2018-2019 tendrá que incluirse en el presupuesto general del Proyecto de presupuesto por programas 2018-2019.

4. **Estimación de las necesidades presupuestarias adicionales en futuros bienios (de ser necesario), en millones de US$:**

El costo estimado de aplicar la resolución durante 2020-2030 es de US$ 44,20 millones (personal: US$ 24,41 millones; actividades: US$ 19,79 millones), si no hay fluctuaciones en los tipos de cambio.

Total para 2020-2030, en millones de US$

Nivel	Personal	Actividades	Total
País, interpaíses y regional	18,34	14,29	32,63
Mundial	6,07	5,50	11,57
Total	**24,41**	**19,79**	**44,20**

Decisión WHA70(9): Poliomielitis: planificación de la transición

A. **Relación con el Programa General de Trabajo y el presupuesto por programas**

1. **Efecto(s) del Duodécimo Programa General de Trabajo, 2014-2019 y producto(s) del presupuesto por programas 2016-2017 a los que contribuirá esta decisión.**

Efecto(s) del Duodécimo Programa General de Trabajo, 2014-2019:

No hay en el mundo ningún caso de parálisis causada por poliovirus salvajes o por el poliovirus vacunal de tipo 2.

Producto(s) del presupuesto por programas 2016-2017:

Producto 5.5.4. Ultimación y puesta en marcha a nivel mundial del plan de trabajo para el aprovechamiento del legado de la lucha contra la poliomielitis.

2.	**Si no hay relación con los resultados indicados en el Duodécimo Programa General de Trabajo, 2014-2019 y el presupuesto por programas 2016-2017, justifíquese brevemente por qué se ha considerado la decisión.** No se aplica.
3.	**Plazo estimado (en años o meses) para aplicar los posibles entregables adicionales.** El plan de acción estratégico y opciones generales de transición para la OMS deberán estar elaborados a más tardar a finales de 2017 y presentados a la consideración del Consejo Ejecutivo en su 142.ª reunión, en enero de 2018. El plan de acción estratégico seguirá elaborándose y perfilándose para la 71.ª Asamblea Mundial de la Salud, en mayo de 2018. El plazo de aplicación del plan (y el costo) se incluirá en el plan de acción estratégico.
B.	**Repercusiones presupuestarias**
1.	**Estimación del costo total de la aplicación de la decisión, en millones de US$:** La elaboración del plan de acción estratégico y opciones generales, junto con los costos, a más tardar a finales de 2017, para su presentación a la 71.ª Asamblea Mundial de la Salud por conducto de la 142.ª reunión del Consejo Ejecutivo, exigirá recursos de personal especialmente dedicados a tal efecto en la OMS, que se estiman como sigue: en la Sede, un funcionario P6, uno P5 y uno P4, y un funcionario G5 de apoyo durante 7 meses (para lo que queda de 2017), y un funcionario P5 en la Oficina Regional para el Mediterráneo Oriental y la Oficina Regional para África, y un funcionario P4 a medio tiempo en la Oficina Regional para Asia Sudoriental. El costo de personal en 2017 asciende a US$ 1,06 millones. Para el primer semestre de 2018 se necesitará la misma dotación de personal, a un costo de US$ 0,89 millones. Los costos operacionales para reuniones y documentos en 2017 se estiman en US$ 0,03 millones. El costo total estimado para los 13 meses asciende por tanto a US$ 1,98 millones. También se necesitará apoyo en especie del personal de la Iniciativa de Erradicación de la Poliomielitis y de otros programas conexos (por ejemplo, el Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS e Inmunización, Vacunas y Productos Biológicos) y de las oficinas regionales, pero este costo no está contemplado. Esta estimación se basa en parte en los recursos que se han necesitado hasta ahora para coordinar la planificación de la transición.
2.*a*	**Estimación de las necesidades presupuestarias adicionales en el bienio actual, en millones de US$:** Como se indica en la sección B.1, los costos durante 2017 ascenderán a US$ 1,09 millones; sin embargo, estos costos se asumirán en el marco del presupuesto por programas 2016-2017.
2.*b*	**Recursos disponibles en el bienio actual** – **Recursos disponibles en el bienio actual para financiar la aplicación de la decisión, en millones de US$:** Probablemente los fondos necesarios para aplicar la decisión se ajustarán a los recursos existentes. – **Cuantía del déficit de financiación, si lo hubiere, en millones de US$:** Ninguno. – **Estimación de los recursos aún no disponibles que contribuirían a cubrir el déficit de financiación, en millones de US$:** No se aplica.

3.	**Estimación de las necesidades presupuestarias adicionales en 2018-2019 (de ser necesario), en millones de US$:** Se estima que el costo de ejecutar y seguir perfilando el plan de acción estratégico y opciones generales en el primer semestre de 2018 asciende a US$ 0,89 millones para el personal de la Sede y de las oficinas regionales especificado en la sección B.1. **¿Se ha incluido esto en el proyecto de presupuesto por programas 2018-2019?** La planificación para el logro de los entregables es un proceso en curso, pero en la medida de lo posible los costos se incluirán en el presupuesto por programas 2018-2019 aprobado. El costo de la aplicación del plan de acción estratégico y opciones generales se incluirá en el informe que se presentará al Consejo Ejecutivo en su 142.ª reunión y la 71.ª Asamblea Mundial de la Salud.
4.	**Estimación de las necesidades presupuestarias adicionales en futuros bienios (de ser necesario), en millones de US$:** Se determinarán en el plan de acción estratégico y opciones generales.

Decisión WHA70(10):	Examen del Marco de Preparación para una Gripe Pandémica
A.	**Relación con el Programa General de Trabajo y el presupuesto por programas**
1.	**Efecto(s) del Duodécimo Programa General de Trabajo, 2014-2019 y producto(s) del presupuesto por programas 2016-2017 a los que contribuirá esta decisión.** **Efecto(s) del Duodécimo Programa General de Trabajo, 2014-2019:** No se aplica. **Producto(s) del presupuesto por programas 2016-2017:** No se aplica.
2.	**Si no hay relación con los resultados indicados en el Duodécimo Programa General de Trabajo, 2014-2019 y el presupuesto por programas 2016-2017, justifíquese brevemente por qué se ha considerado la decisión.** El Marco de preparación para una gripe pandémica: intercambio de virus gripales y acceso a las vacunas y otros beneficios contribuye a los efectos E.1 y E.2 del Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS. Los Estados Miembros están examinado el informe del Grupo de Examen del Marco de PIP de 2016. En el Marco de PIP, sección 7.4.2, se señala que el Marco y sus apéndices serán examinados en 2016, a fin de proponer a la Asamblea Mundial de la Salud en 2017, por conducto del Consejo Ejecutivo, revisiones que reflejen las novedades pertinentes.
3.	**Plazo estimado (en años o meses) para aplicar los posibles entregables adicionales.** Hasta 30 meses.
B.	**Repercusiones presupuestarias**
1.	**Estimación del costo total de la aplicación de la decisión en caso de que fuera adoptada, en millones de US$:** US$ 2,91 millones.
2.*a*	**Estimación de las necesidades presupuestarias adicionales en el bienio actual, en millones de US$:** Se calcula que la ejecución de las actividades descritas en la decisión necesitará una financiación adicional de US$ 0,84 millones en 2017. Como el Marco de PIP queda fuera del presupuesto por programas, la aplicación de la decisión puede sufragarse sin aumentar el margen presupuestario.

2.*b*	**Recursos disponibles en el bienio actual** – **Recursos disponibles en el bienio actual para financiar la aplicación de la decisión, en millones de US$:** Ninguno. – **Cuantía del déficit de financiación, si lo hubiere, en millones de US$:** US$ 0,84 millones. – **Estimación de los recursos aún no disponibles que contribuirían a cubrir el déficit de financiación, en millones de US$:** Ninguno.
3.	**Estimación de las necesidades presupuestarias adicionales en 2018-2019 (de ser necesario), en millones de US$:** US$ 2,07 millones. **¿Se ha incluido esto en el proyecto de presupuesto por programas 2018-2019?** El Marco de PIP queda fuera del presupuesto por programas.
4.	**Estimación de las necesidades presupuestarias adicionales en futuros bienios (de ser necesario), en millones de US$:** No se aplica.

Decisión WHA70(12):	Situación sanitaria en el territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental, y en el Golán sirio ocupado
A.	**Relación con el Programa General de Trabajo y el presupuesto por programas**
1.	**Efecto(s) del Duodécimo Programa General de Trabajo, 2014-2019 y producto(s) del presupuesto por programas 2016-2017 a los que contribuirá esta decisión.** **Efecto(s) del Duodécimo Programa General de Trabajo, 2014-2019:** La labor que se ha de emprender contribuirá a todos los efectos del Programa General de Trabajo, 2014-2019. **Producto(s) del presupuesto por programas 2016-2017:** La labor que se ha de emprender contribuirá a todos los productos del presupuesto por programas 2016-2017.
2.	**Si no hay relación con los resultados indicados en el Duodécimo Programa General de Trabajo, 2014-2019 y el presupuesto por programas 2016-2017, justifíquese brevemente por qué se ha considerado la decisión.** No se aplica.
3.	**Plazo estimado (en años o meses) para aplicar los posibles entregables adicionales.** Un año (mayo de 2017– mayo de 2018).
B.	**Repercusiones presupuestarias**
1.	**Estimación del costo total de la aplicación de la decisión, en millones de US$:** Total: US$ 10,11 millones (personal: US$ 3,86 millones; actividades: US$ 6,25 millones).
2.*a*	**Estimación de las necesidades presupuestarias adicionales en el bienio actual, en millones de US$:** Total: US$ 6,48 millones (personal: US$ 2,25 millones; actividades: US$ 4,23 millones), que se habrán de sufragar con cargo al presupuesto por programas existente.

2.*b*	**Recursos disponibles en el bienio actual** – **Recursos disponibles en el bienio actual para financiar la aplicación de la decisión en caso de que se adopte, en millones de US$:** US$ 1,39 millones. – **Cuantía del déficit de financiación, si lo hubiere, en millones de US$:** Se seguirá buscando financiación mediante contribuciones voluntarias, incluido el plan de respuesta estratégica para el territorio palestino ocupado. – **Estimación de los recursos aún no disponibles que contribuirían a cubrir el déficit de financiación, en millones de US$:** No se aplica.
3.	**Estimación de las necesidades presupuestarias adicionales en 2018-2019 (de ser necesario), en millones de US$:** Total: US$ 3,63 millones (personal: US$ 1,61 millones; actividades: US$ 2,02 millones). **¿Se ha incluido esto en el proyecto de presupuesto por programas 2018-2019?** Sí.
4.	**Estimación de las necesidades presupuestarias adicionales en futuros bienios (de ser necesario), en millones de US$:** No se aplica.

Decisión WHA70(17):	Plan de acción mundial sobre la respuesta de salud pública a la demencia
A.	**Relación con el Programa General de Trabajo y el presupuesto por programas**
1.	**Indíquese a qué efecto del Duodécimo Programa General de Trabajo, 2014-2019 y a qué producto del presupuesto por programas 2016-2017 contribuirá esta decisión.** Duodécimo Programa General de Trabajo, 2014-2019, categoría 2, efecto: acceso ampliado a servicios de salud mental y trastornos derivados del consumo de sustancias. Presupuesto por programas 2016-2017, productos 2.2.1 (Se habrá fortalecido la capacidad de los países para desarrollar y aplicar políticas, planes y sistemas de información nacionales acordes con el Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020) y 2.2.2 (Los países habrán adquirido la capacidad técnica necesaria para establecer servicios integrados de salud mental que abarquen todo el proceso de promoción, prevención, tratamiento y recuperación).
2.	**Si no hay relación con los resultados indicados en el Duodécimo Programa General de Trabajo, 2014-2019 y el presupuesto por programas 2016-2017, justifíquese brevemente por qué se ha considerado la decisión.** El presupuesto por programas 2018-2019 incluye un producto entregable de las oficinas regionales consistente en la prestación de orientación y apoyo a los países de la región para la elaboración y aplicación de políticas/planes/estrategias sobre la demencia y un producto entregable de la Sede consistente en el establecimiento de un observatorio mundial de las demencias y asistencia a los Estados Miembros para la elaboración y ejecución de estrategias para el manejo de estos trastornos.
3.	**Indíquese (en años o meses) el plazo estimado para aplicar los posibles entregables adicionales.** Los ocho años que duraría el plan de acción mundial sobre la respuesta de salud pública a la demencia.

B.	Repercusiones presupuestarias de la aplicación de los posibles entregables adicionales
1.	**Bienio actual − necesidades presupuestarias estimadas, en millones de US$:** Para cubrir el periodo de julio a diciembre de 2017: Total de US$ 1,33 millones (US$ 0,70 millones para personal y US$ 0,63 millones para actividades). En la Sede: 100% del equivalente de un funcionario a tiempo completo de grado P2, 75% del equivalente de un funcionario a tiempo completo de grado P4 y 25% del equivalente de un funcionario a tiempo completo de grado P5, con experiencia internacional en salud pública y demencia, y 50% del equivalente de un funcionario a tiempo completo de grado G5 que preste apoyo administrativo. En cada región: un experto internacional en salud pública y demencia con conocimientos sobre las necesidades de la región (50% del equivalente de un funcionario a tiempo completo de grado P4).
i)	**Indíquese en qué medida se dispone de recursos para financiar la aplicación de la decisión propuesta en el bienio actual, en millones de US$:** **– ¿De qué cantidad de recursos se dispone para financiar la decisión propuesta en el bienio actual?** US$ 0,11 millones. **– ¿Cuál sería el déficit de financiación?** US$ 1,22 millones. **– ¿Qué recursos aún no disponibles se considera que contribuirían a cubrir el déficit de financiación?** US$ 0,08 millones (subvención prevista de la Comisión Europea).
2.	**2018-2019 (de ser necesario): necesidades presupuestarias estimadas, en millones de US$:** US$ 5,30 millones (US$ 2,80 millones para personal y US$ 2,50 millones para actividades).
3.	**Bienios posteriores a 2018-2019 (de ser necesario) − necesidades presupuestarias estimadas, en millones de US$:** Bienio 2020-2021: US$ 5,30 millones (US$ 2,80 millones para personal y US$ 2,50 millones para actividades). Bienio 2022-2023: US$ 5,30 millones (US$ 2,80 millones para personal y US$ 2,50 millones para actividades). Bienio 2024-2025: US$ 5,30 millones (US$ 2,80 millones para personal y US$ 2,50 millones para actividades). Total: US$ 15,90 millones (US$ 8,40 millones para personal y US$ 7,50 millones para actividades) en los tres bienios.

Decisión WHA70(18):	La dimensión de salud pública del problema mundial de las drogas
A.	**Relación con el Programa General de Trabajo y el presupuesto por programas**
1.	**Efecto(s) del Duodécimo Programa General de Trabajo, 2014-2019 y producto(s) del presupuesto por programas 2016-2017 a los que contribuirá esta decisión.** **Efecto(s) del Duodécimo Programa General de Trabajo, 2014-2019:** – Aumento del número de personas infectadas por el VIH que acceden a intervenciones clave; – Acceso ampliado a los servicios de atención de la salud mental y los trastornos derivados del consumo de sustancias; – Mejor acceso y uso más racional de medicamentos y tecnologías sanitarias seguros, eficaces y de buena calidad. **Producto(s) del presupuesto por programas 2016-2017:** Producto 1.1.1. Mayor capacidad de los países para llevar a cabo intervenciones clave contra el VIH mediante una participación activa en el diálogo sobre políticas, la elaboración de orientaciones e instrumentos normativos, la difusión de información estratégica, y la prestación de apoyo técnico; Producto 1.1.2. Mayor capacidad de los países para llevar a cabo intervenciones clave contra las hepatitis mediante la participación activa en diálogos normativos, la formulación de orientaciones e instrumentos normativos, la divulgación de información estratégica, y la prestación de apoyo técnico; Producto 2.2.3. Se habrá posibilitado la ampliación y el fortalecimiento de las estrategias, los sistemas y las intervenciones de los países en lo que respecta a los trastornos provocados por el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas; Producto 4.3.1. Se habrá posibilitado que los países elaboren o actualicen, apliquen, vigilen y evalúen las políticas nacionales sobre la mejora del acceso a los medicamentos y otras tecnologías sanitarias y refuercen su selección basada en criterios científicos y su uso racional.
2.	**Si no hay relación con los resultados indicados en el Duodécimo Programa General de Trabajo, 2014-2019 y el presupuesto por programas 2016-2017, justifíquese brevemente por qué se ha considerado la decisión.** No se aplica.
3.	**Plazo estimado (en años o meses) para aplicar los posibles entregables adicionales.** Junio de 2017 – mayo de 2022 (5 años).
B.	**Repercusiones presupuestarias**
1.	**Estimación del costo total de la aplicación de la decisión, en millones de US$:** US$ 12,85 millones. Bienio 2016-2017: US$ 1,35 millones Bienio 2018-2019: US$ 5,75 millones Bienio 2020-2021: US$ 5,75 millones Total: US$ 12,85 millones.
2.*a*	**Estimación de las necesidades presupuestarias adicionales en el bienio actual, en millones de US$:** US$ 1,35 millones. Con los siguientes entregables adicionales, a saber, la ampliación de la colaboración entre la OMS, la UNODC y la JIFE para responder al aumento de las necesidades de los países con mecanismos eficaces de coordinación y ejecución, US$ 0,3 millones se pueden sufragar dentro del tope presupuestario existente.

2.*b*	**Recursos disponibles en el bienio actual** – **Recursos disponibles en el bienio actual para financiar la aplicación de la decisión, en millones de US$:** US$ 0,3 millones. – **Cuantía del déficit de financiación, si lo hubiere, en millones de US$:** US$ 1,05 millones. Costo: US$ 1,35 millones Recursos disponibles: US$ 0,30 millones Déficit de financiación: US$ 1,05 millones. – **Estimación de los recursos aún no disponibles que contribuirían a cubrir el déficit de financiación, en millones de US$:** US$ 1,05 millones.
3.	**Estimación de las necesidades presupuestarias adicionales en 2018-2019 (de ser necesario), en millones de US$:** US$ 5,75 millones. **¿Se ha incluido esto en el proyecto de presupuesto por programas 2018-2019?** Sí.
4.	**Estimación de las necesidades presupuestarias adicionales en futuros bienios (de ser necesario), en millones de US$:** US$ 5,75 millones.

Decisión WHA70(19):	Informe de la Comisión para acabar con la obesidad infantil: plan de aplicación
A.	**Relación con el Programa General de Trabajo y el presupuesto por programas**
1.	**Efecto(s) del Duodécimo Programa General de Trabajo, 2014-2019 y producto(s) del presupuesto por programas 2016-2017 a los que contribuirá esta decisión.** **Efecto(s) del Duodécimo Programa General de Trabajo, 2014-2019:** Efectos de la categoría 2, área programática relativa a las enfermedades no transmisibles. **Producto(s) del presupuesto por programas 2016-2017:** Producto 2.1.1. Se habrá acelerado la formulación y/o la aplicación de políticas y planes nacionales multisectoriales para prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles; Producto 2.1.2. Se habrá posibilitado que los países apliquen estrategias para reducir los factores de riesgo modificables de las enfermedades no transmisibles (consumo de tabaco, dieta malsana, inactividad física y uso nocivo del alcohol), incluidos los determinantes sociales subyacentes; Producto 2.1.3. Se habrá posibilitado que los países mejoren la cobertura de asistencia sanitaria relativa a la atención clínica de las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y las neumopatías crónicas y sus factores de riesgo mediante el fortalecimiento de los sistemas de salud; Producto 2.1.4. Se habrá empezado a aplicar el marco de seguimiento para informar sobre los progresos realizados en el cumplimiento de los compromisos que figuran en la Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles y en el Plan de acción mundial de la OMS para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020.
2.	**Si no hay relación con los resultados indicados en el Duodécimo Programa General de Trabajo, 2014-2019 y el presupuesto por programas 2016-2017, justifíquese brevemente por qué se ha considerado la decisión.** No se aplica.

3. Plazo estimado (en años o meses) para aplicar los posibles entregables adicionales.

Se propone que la decisión se aplique desde enero de 2018 hasta diciembre de 2023.

La Secretaría coordinará la elaboración de un marco de seguimiento y evaluación que permita facilitar la presentación periódica de informes sobre los progresos mundiales en la aplicación de las recomendaciones de la Comisión para acabar con la obesidad infantil y proporcionar orientaciones a los Estados Miembros sobre la puesta en marcha y el fortalecimiento de actividades de seguimiento, evaluación y rendición de cuentas en el ámbito nacional. Estas actividades se llevarán a cabo durante el bienio 2018-2019.

Se elaborará y difundirá un conjunto de reseñas de política y guías de aplicación pertinentes en apoyo del fortalecimiento de la capacidad en las oficinas regionales y las oficinas en los países en 2018-2019. De ese modo se intensificará el apoyo a la aplicación por los Estados Miembros de enfoques innovadores, nuevos o existentes, para hacer frente a la obesidad infantil. Se realizará labor técnica para subsanar las deficiencias en los conocimientos y en la aplicación práctica de métodos y sistemas de seguimiento para cuantificar comportamientos destacados y el peso corporal de los niños menores de cinco años y los que tienen entre 5 y 17 años. En 2018-2019 se ofrecerá apoyo técnico y creación de capacidad a través de redes y centros regionales.

B. Repercusiones presupuestarias

1. Estimación del costo total de la aplicación de la decisión, en millones de US$:

US$ 12,61 millones.

2.*a* Estimación de las necesidades presupuestarias adicionales en el bienio actual, en millones de US$:

Ninguna.

2.*b* Recursos disponibles en el bienio actual

– **Recursos disponibles en el bienio actual para financiar la aplicación de la decisión, en millones de US$:**

Ninguno.

– **Cuantía del déficit de financiación, si lo hubiere, en millones de US$:**

Ninguno.

– **Estimación de los recursos aún no disponibles que contribuirían a cubrir el déficit de financiación, en millones de US$:**

No se aplica.

3. Estimación de las necesidades presupuestarias adicionales en 2018-2019 (de ser necesario), en millones de US$:

Nivel	Personal	Actividades	Total
Oficinas en los países	0,2	0,3	0,5
Oficinas regionales	0,3	0,5	0,8
Sede	1,1	1,6	2,7
Total	**1,6**	**2,4**	**4,0**

¿Se ha incluido esto en el proyecto de presupuesto por programas 2018-2019?

Sí.

4.	**Estimación de las necesidades presupuestarias adicionales en futuros bienios (de ser necesario), en millones de US$:** Se calcula que los recursos presupuestarios necesarios para la aplicación de las recomendaciones de la Comisión para acabar con la obesidad infantil en el bienio 2020-2021 ascienden a US$ 4,2 millones y en el bienio 2022-2023 a US$ 4,41 millones, lo que supone un incremento del 5% en cada bienio con respecto a 2018-2019. Esta estimación de los recursos presupuestarios necesarios se tendrá en cuenta para los futuros proyectos de presupuestos por programas. Las asignaciones permitirán seguir evaluando los progresos en el ámbito nacional y mundial de la aplicación de las recomendaciones de la Comisión para acabar con la obesidad infantil y la prestación de apoyo técnico y orientaciones a los Estados Miembros.

Decisión WHA70(20):	Fortalecimiento de las sinergias entre la Asamblea Mundial de la Salud y la Conferencia de las Partes en el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco
A.	**Relación con el Programa General de Trabajo y el presupuesto por programas**
1.	**Efecto(s) del Duodécimo Programa General de Trabajo, 2014-2019 y producto(s) del presupuesto por programas 2016-2017 a los que contribuirá esta decisión.** **Efecto(s) del Duodécimo Programa General de Trabajo, 2014-2019:** Efectos de la categoría 2, área programática relativa a las enfermedades no transmisibles. **Producto(s) del presupuesto por programas 2016-2017:** Producto 2.1.1. Se habrá acelerado la formulación y/o la aplicación de políticas y planes nacionales multisectoriales para prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles; Producto 2.1.2. Se habrá posibilitado que los países apliquen estrategias para reducir los factores de riesgo modificables de las enfermedades no transmisibles (consumo de tabaco, dieta malsana, inactividad física y uso nocivo del alcohol), incluidos los determinantes sociales subyacentes.
2.	**Si no hay relación con los resultados indicados en el Duodécimo Programa General de Trabajo, 2014-2019 y el presupuesto por programas 2016-2017, justifíquese brevemente por qué se ha considerado la decisión.** No se aplica.
3.	**Plazo estimado (en años o meses) para aplicar los posibles entregables adicionales.** Indefinido.
B.	**Repercusiones presupuestarias**
1.	**Estimación del costo total de la aplicación de la decisión, en US$ millones:** Ninguno.
2.*a*	**Estimación de las necesidades presupuestarias adicionales en el bienio actual, en US$ millones:** Ninguna.
2.*b*	**Recursos disponibles en el bienio actual** – **Recursos disponibles en el bienio actual para financiar la aplicación de la decisión en caso de que se adopte, en US$ millones:** Ninguno. – **Cuantía del déficit de financiación, si lo hubiere, en US$ millones:** Ninguno.

	– **Estimación de los recursos aún no disponibles que contribuirían a cubrir el déficit de financiación, en US$ millones:** No se aplica.
3.	**Estimación de las necesidades presupuestarias adicionales en 2018-2019 (de ser necesario), en US$ millones:** Ninguna. **¿Se ha incluido esto en el proyecto de presupuesto por programas 2018-2019?** No se aplica.
4.	**Estimación de las necesidades presupuestarias adicionales en futuros bienios (de ser necesario), en US$ millones:** Ninguna.

Decisión WHA70(21):	Mecanismo de Estados Miembros sobre productos médicos de calidad subestándar y falsificados
A.	**Relación con el Programa General de Trabajo y el presupuesto por programas**
1.	**Efecto(s) del Duodécimo Programa General de Trabajo, 2014-2019 y producto(s) del presupuesto por programas 2016-2017 a los que contribuirá esta decisión.** **Efecto(s) del Duodécimo Programa General de Trabajo, 2014-2019:** Mejor acceso y uso más racional de medicamentos y tecnologías sanitarias seguros, eficaces y de buena calidad. **Producto(s) del presupuesto por programas 2016-2017:** Producto 4.3.3. Se habrá mejorado la calidad y la seguridad de los medicamentos y otras tecnologías sanitarias mediante la elaboración de normas, criterios y directrices, el fortalecimiento de los sistemas de reglamentación y la precalificación.
2.	**Si no hay relación con los resultados indicados en el Duodécimo Programa General de Trabajo, 2014-2019 y el presupuesto por programas 2016-2017, justifíquese brevemente por qué se ha considerado la decisión.** No se aplica.
3.	**Plazo estimado (en años o meses) para aplicar los posibles entregables adicionales.** Tres meses (junio-agosto de 2017), si la Asamblea de la Salud adopta la decisión. El sitio web de la OMS se actualizaría con objeto de reflejar el refrendo de las definiciones recogidas en el apéndice 3 del anexo del documento A70/23; y la expresión «productos médicos de calidad subestándar, espurios, de etiquetado engañoso, falsificados o de imitación» se sustituiría por la expresión «productos médicos de calidad subestándar y falsificados» en el nombre del mecanismo de Estados Miembros.
B.	**Repercusiones presupuestarias**
1.	**Estimación del costo total de la aplicación de la decisión, en millones de US$:** Ningún costo.
2.*a*	**Estimación de las necesidades presupuestarias adicionales en el bienio actual, en millones de US$:** Ningún costo.

2.*b*	**Recursos disponibles en el bienio actual** – **Recursos disponibles en el bienio actual para financiar la aplicación de la decisión, en millones de US$:** Ningún costo. – **Cuantía del déficit de financiación, si lo hubiere, en millones de US$:** No se aplica. – **Estimación de los recursos aún no disponibles que contribuirían a cubrir el déficit de financiación, en millones de US$:** No se aplica.
3.	**Estimación de las necesidades presupuestarias adicionales en 2018-2019 (de ser necesario), en millones de US$:** Ningún costo. **¿Se ha incluido esto en el proyecto de presupuesto por programas 2018-2019?** No se aplica.
4.	**Estimación de las necesidades presupuestarias adicionales en futuros bienios (de ser necesario), en millones de US$:** No se aplica.

Decisión WHA70(22):	Progresos en la aplicación de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible
A.	**Relación con el Programa General de Trabajo y el presupuesto por programas**
1.	**Efecto(s) del Duodécimo Programa General de Trabajo, 2014-2019 y producto(s) del presupuesto por programas 2016-2017 a los que contribuirá esta decisión.** **Efecto(s) del Duodécimo Programa General de Trabajo, 2014-2019:** No se aplica. **Producto(s) del presupuesto por programas 2016-2017:** No se aplica.
2.	**Si no hay relación con los resultados indicados en el Duodécimo Programa General de Trabajo, 2014-2019 y el presupuesto por programas 2016-2017, justifíquese brevemente por qué se ha considerado la decisión.** Cuando el Duodécimo Programa General de trabajo, 2014-2019 y el presupuesto por programas 2016-2017 se examinaron y aprobaron, los Objetivos de Desarrollo Sostenibles todavía no estaban ultimados, por lo que no pudieron incluirse en la estructura de resultados.
3.	**Plazo estimado (en años o meses) para aplicar los posibles entregables adicionales.** Los progresos se examinarán y se presentarán los correspondientes informes cada tres años a partir de 2018 y hasta 2030.
B.	**Repercusiones presupuestarias**
1.	**Estimación del costo total de la aplicación de la decisión en caso de que fuera adoptada, en millones de US$:** Ningún costo.

2.*a*	**Estimación de las necesidades presupuestarias adicionales en el bienio actual, en millones de US$:** Ningún costo.
2.*b*	**Recursos disponibles en el bienio actual** – **Recursos disponibles en el bienio actual para financiar la aplicación de la decisión, en millones de US$:** Ninguno. – **Cuantía del déficit de financiación, si lo hubiere, en millones de US$:** No se aplica. – **Estimación de los recursos aún no disponibles que contribuirían a cubrir el déficit de financiación, en millones de US$:** No se aplica.
3.	**Estimación de las necesidades presupuestarias adicionales en 2018-2019 (de ser necesario), en millones de US$:** Ningún costo. **¿Se ha incluido esto en el proyecto de presupuesto por programas 2018-2019?** No se aplica.
4.	**Estimación de las necesidades presupuestarias adicionales en futuros bienios (de ser necesario), en millones de US$:** No se aplica.

Decisión WHA70(23):	Función del sector de la salud en el Enfoque Estratégico de la Gestión Internacional de los Productos Químicos de cara al objetivo fijado para 2020 y años posteriores
A.	**Relación con el Programa General de Trabajo y el presupuesto por programas**
1.	**Efecto(s) del Duodécimo Programa General de Trabajo, 2014-2019 y producto(s) del presupuesto por programas 2016-2017 a los que contribuirá esta decisión.** **Efecto(s) del Duodécimo Programa General de Trabajo, 2014-2019:** Reducción de las amenazas ambientales para la salud. **Producto(s) del presupuesto por programas 2016-2017:** Producto 3.5.1. Se habrá posibilitado que los países evalúen los riesgos sanitarios y formulen y apliquen políticas, estrategias o reglamentos de prevención, mitigación y gestión de las repercusiones sanitarias de los riesgos medioambientales y ocupacionales; Producto 3.5.2. Se habrán elaborado normas, criterios y directrices sobre los riesgos y beneficios medioambientales y ocupacionales para la salud derivados, por ejemplo, de la contaminación atmosférica y sonora, los productos químicos, los desechos, los sistemas de abastecimiento de agua y saneamiento, la radiación, las nanotecnologías y el cambio climático; y Producto 3.5.3. Se habrán abordado objetivos de salud pública en aplicación de acuerdos y convenios multilaterales sobre medio ambiente y en el marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible propuestos y la agenda para el desarrollo después de 2015.
2.	**Si no hay relación con los resultados indicados en el Duodécimo Programa General de Trabajo, 2014-2019 y el presupuesto por programas 2016-2017, justifíquese brevemente por qué se ha considerado la decisión.** No se aplica.

3.	**Plazo estimado (en años o meses) para aplicar los posibles entregables adicionales.** 13 años, de enero de 2018 a diciembre de 2030.
B.	**Repercusiones presupuestarias**
1.	**Estimación del costo total de la aplicación de la decisión, en millones de US$:** La hoja de ruta para fortalecer la participación del sector de la salud en el Enfoque Estratégico de la Gestión Internacional de los Productos Químicos de cara al objetivo fijado para 2020 y años posteriores incluye tanto las actividades actualmente en curso como nuevas actividades. El costo estimado de la ejecución de las nuevas actividades es de US$ 52 millones.
2.*a*	**Estimación de las necesidades presupuestarias adicionales en el bienio actual, en millones de US$:** Ninguna.
2.*b*	**Recursos disponibles en el bienio actual** – **Recursos disponibles en el bienio actual para financiar la aplicación de la decisión, en millones de US$:** No se aplica. No se propone ningún aumento del nivel de actividad de la Secretaría en el ámbito de la gestión de los productos químicos en el bienio actual. – **Cuantía del déficit de financiación, si lo hubiere, en millones de US$:** No se aplica. – **Estimación de los recursos aún no disponibles que contribuirían a cubrir el déficit de financiación, en millones de US$:** No se aplica.
3.	**Estimación de las necesidades presupuestarias adicionales en 2018-2019 (de ser necesario), en millones de US$:** US$ 8 millones, de los que US$ 1,8 millones se precisarían en la Sede y US$ 6,2 millones en el nivel de las oficinas regionales. Esto permitiría contratar un funcionario adicional en la Sede y aumentar los niveles de dotación de personal a un puesto en cada una de las seis oficinas regionales, la mayoría de las cuales cuentan actualmente con una fracción de puesto para esta función. El resto del aumento permitiría a la Sede y a las seis oficinas regionales sufragar los costos de las actividades. **¿Se ha incluido esto en el proyecto de presupuesto por programas 2018-2019?** En la medida de lo posible, el costo relativo a la aplicación de esta decisión en el bienio 2018-2019 se cubrirá con cargo a los fondos generales del proyecto de presupuesto por programas 2018-2019.
4.	**Estimación de las necesidades presupuestarias adicionales en futuros bienios (de ser necesario), en millones de US$:** US$ 8 millones por bienio de 2020 a 2030, esto es, US$ 44 millones.